

ROMÂNIA
MINISTERUL AFACERILOR INTERNE
DIRECȚIA MEDICALĂ



SPITALUL CLINIC "Avram Iancu" ORADEA



Nesecret

Nr. 1.276.113

Data: 12.03.2025

Ex unic

REGULAMENT DE
ORDINE INTERIOARĂ

Cuprins

CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE	7
<i>1.1. Domeniul de aplicabilitate</i>	<i>7</i>
<i>1.2. Domeniul de adresabilitate</i>	<i>7</i>
1.2.1. Modul de aducere la cunoștință a prevederilor Regulamentului	8
CAPITOLUL II - REGULI PRIVIND PROTECȚIA, IGIENA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ	9
CAPITOLUL III - REGULI PRIVIND RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ȘI A ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂȚII	13
CAPITOLUL IV - DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE CONDUCERII SPITALULUI ȘI ALE PERSONALULUI ACESTUIA.....	16
<i>4.1. Drepturile și obligațiile conducerii Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea</i>	<i>16</i>
<i>4.2. Drepturile și obligațiile personalului Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea</i>	<i>18</i>
CAPITOLUL V - PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR INDIVIDUALE DE MUNCĂ, A CERERILOR SAU A RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR.....	21
CAPITOLUL VI - REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL	27
CAPITOLUL VII - ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANCTIUNILE APLICABILE	29
CAPITOLUL VIII - REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ	30
CAPITOLUL IX - MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE REGULAMENTARE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE.....	32
<i>IX.1. - Conducerea activităților</i>	<i>32</i>
<i>IX.2. - Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor.....</i>	<i>33</i>
<i>IX.3. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activității zilnice...</i>	<i>35</i>
<i>IX.4. Apărarea împotriva incendiilor.....</i>	<i>36</i>

<i>IX.5. Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie</i>	<i>37</i>
<i>IX.6 Reguli de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor, normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute</i>	<i>46</i>
<i>IX.7 Protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora).....</i>	<i>49</i>
<i>IX.8. Modalitatea în care pacientul poate solicita "a doua opinie medicală" altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate ...</i>	<i>51</i>
<i>IX.9. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.....</i>	<i>54</i>
<i>IX.10. Modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.....</i>	<i>56</i>
<i>IX.11. Modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora</i>	<i>59</i>
<i>IX.12. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate.....</i>	<i>61</i>
<i>IX.13. Stabilirea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale.....</i>	<i>63</i>
<i>IX.14. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul</i>	<i>66</i>
<i>IX.15. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu.....</i>	<i>72</i>
<i>IX.16. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare</i>	<i>74</i>
<i>IX.17. Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate</i>	<i>76</i>
<i>IX.18. Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern</i>	<i>79</i>
<i>IX.19. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți.....</i>	<i>81</i>
<i>IX.20. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media</i>	<i>85</i>
<i>IX.21. Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic</i>	<i>85</i>
<i>IX.22. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative.....</i>	<i>88</i>
<i>IX.23. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților.....</i>	<i>90</i>
<i>IX.24. Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz</i>	<i>92</i>
<i>IX.25. Modalitatea de identificare corectă a pacientului și monitorizarea sistemului de identificare a acestuia</i>	<i>93</i>
<i>IX.26. Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare</i>	<i>97</i>
<i>IX.27. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale.....</i>	<i>99</i>
<i>IX.28. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor</i>	<i>103</i>

<i>IX.29. Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală și protocolul de comunicare către aparținători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului.....</i>	<i>105</i>
<i>IX.30. Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați.....</i>	<i>109</i>
<i>IX.31. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului.....</i>	<i>110</i>
<i>IX.32. Modul de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor</i>	<i>113</i>
<i>IX.33. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament</i>	<i>115</i>
<i>IX.34. Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric</i>	<i>116</i>
<i>IX.35. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare</i>	<i>120</i>
<i>IX.36. Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului.....</i>	<i>122</i>
<i>IX.37. 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.....</i>	<i>123</i>
<i>IX.38. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului</i>	<i>125</i>
<i>IX.39. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale.....</i>	<i>129</i>
<i>IX.40. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor</i>	<i>134</i>
<i>IX.41. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor</i>	<i>136</i>
<i>IX.42. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților.....</i>	<i>139</i>
<i>IX.43. Modul de respectare a intimității pacientului</i>	<i>142</i>
<i>IX.44. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate</i>	<i>144</i>
<i>IX.45. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale.....</i>	<i>145</i>
<i>IX.46. Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice, precum și a pacienților cu dizabilități intelectuale și psihosociale.....</i>	<i>147</i>
<i>IX.47. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament.....</i>	<i>152</i>
<i>IX.48. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii.....</i>	<i>154</i>
<i>IX.49. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare</i>	<i>156</i>
<i>IX.50. Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat.....</i>	<i>159</i>
<i>IX.51. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente.....</i>	<i>164</i>

<i>IX.52. Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului</i>	<i>166</i>
<i>IX.53. Determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități</i>	<i>167</i>
<i>IX.54. Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale.....</i>	<i>172</i>
<i>IX.55. Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile.....</i>	<i>175</i>
<i>IX.56. Colaborarea dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești</i>	<i>178</i>
<i>IX.57. Preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă.....</i>	<i>181</i>
<i>IX.58. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I.</i>	<i>186</i>
<i>IX.59. Accesul în Compartimentul A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia.....</i>	<i>188</i>
<i>IX.60. Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română</i>	<i>190</i>
<i>IX.61. Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere.....</i>	<i>192</i>
<i>IX.62. Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice.....</i>	<i>194</i>
<i>IX.63. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian</i>	<i>196</i>
<i>IX.64. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe</i>	<i>198</i>
<i>IX.65. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal.....</i>	<i>204</i>
<i>IX.66. Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic..</i>	<i>207</i>
<i>IX.67. Modalități de identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente</i>	<i>209</i>
<i>IX.68. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor, stupefiantelor si psihotropelor) neutilizate pe secții/compartimente</i>	<i>210</i>
<i>Art.301. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de recuperare a medicamentelor(inclusiv a antibioticelor, stupefiantelor si psihotropelor) neutilizate pe secții sau compartimente sunt următorii:.....</i>	<i>212</i>
<i>IX.69. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a stupefiantelor, psihotropelor si unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate</i>	<i>212</i>
<i>IX.70. Reglementări cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile</i>	<i>216</i>
<i>IX.71. Modul de atenționare a șefilor/coordonatorilor de secție/compartiment referitor la medicația cu mișcare încetinită</i>	<i>217</i>
<i>IX.72. Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice</i>	<i>219</i>
<i>IX.73. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților</i>	<i>220</i>

<i>IX.74. Controlul calității hranei.....</i>	<i>222</i>
<i>IX.75. Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș</i>	<i>223</i>
<i>IX.76. Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale.....</i>	<i>225</i>
<i>IX.77. Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia</i>	<i>229</i>
<i>IX.78. Modul de realizare al meniurilor zilnice.....</i>	<i>231</i>
<i>IX.79. Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă</i>	<i>232</i>
<i>IX.80. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului.....</i>	<i>234</i>
<i>IX.81. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului</i>	<i>237</i>
<i>IX.82. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului.....</i>	<i>239</i>
<i>IX.83. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului.....</i>	<i>241</i>
<i>IX.84. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului</i>	<i>245</i>
<i>IX.85. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului</i>	<i>247</i>
<i>IX.86. 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... </i>	<i>258</i>
<i>IX.87. Utilizarea echipamentului individual de protecție.....</i>	<i>262</i>
<i>IX.88 Reglementare privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase</i>	<i>269</i>
<i>IX.89. Modul de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic</i>	<i>270</i>
<i>IX.90. - Predarea/preluarea pacienților cu suspiciune de boală cronică renală (B.C.R.) de/către medicul nefrolog.....</i>	<i>271</i>
<i>IX.91. - Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o spital cu competență de a trata cazuri oncologice.....</i>	<i>274</i>
CAPITOLUL X - CRITERIILE ȘI PROCEDURILE DE PROMOVARE ȘI DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR	276
CAPITOLUL XI - REGULI REFERITOARE LA PREAVIZ	280
CAPITOLUL XII - PROGRAMUL ORAR DE MUNCA	281
CAPITOLUL XIII - DISPOZIȚII FINALE	283
ANEXE.....	283

CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE

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

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

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

1.1. Domeniul de aplicabilitate

Art.3. (1) Prezentul Regulament prevede responsabilități, reguli, drepturi și obligații menționate în legislația în vigoare care sunt adaptate la specificul activităților desfășurate în Spital, stabilind modalitățile de pregătire și îndeplinire a obiectivelor din planul cu activitățile Spitalului și/sau 0ordine și dispoziții ale eșaloanelor superioare.

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

1.2. Domeniul de adresabilitate

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

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

(2) Dispozițiile referitoare la organizarea timpului de lucru și disciplină, din prezentul Regulament se aplică în mod corespunzător tuturor persoanelor care participă la diferite activități, pe timpul prezenței în unitate.

Art.5. – (1) Regulamentul se aplică tuturor salariaților Angajatorului, indiferent de durata contractului individual de muncă, de atribuțiile pe care le îndeplinesc și de funcția pe care o ocupă, precum și celor care lucrează în cadrul spitalului pe bază de delegare sau detașare.

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

Art.6. – (1) Relațiile de muncă se bazează pe principiul consensualității și al bunei-credințe.

(2) Drepturile și obligațiile privind relațiile de muncă dintre angajator și salariat se stabilesc potrivit legii, prin negociere, în cadrul contractelor individuale de muncă.

(3) Salariații nu pot renunța la drepturile ce le sunt recunoscute prin lege.

(4) Orice tranzacție prin care se urmărește renunțarea la drepturile recunoscute de lege salariaților sau limitarea acestor drepturi este lovită de nulitate.

(5) Pentru buna desfășurare a relațiilor de muncă, Angajatorul și salariații se vor informa și se vor consulta reciproc, în condițiile legii.

1.2.1. Modul de aducere la cunoștință a prevederilor Regulamentului

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

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

(3) După redactare și aprobare, Regulamentul va fi postat pe serverul Spitalului într-un director special creat în acest sens, astfel încât să se asigure posibilitatea diseminării prevederilor acestuia.

Art.8. – (1) Modificările sau derogările de la prevederile prezentului Regulament se fac numai cu aprobarea directorului general al Spitalului, devenind operaționale numai după aducerea lor la cunoștință tuturor salariaților.

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

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

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

(4) Prezentul Regulament își produce efectele din momentul încunoștiințării salariaților, sub semnătură.

(5) Conducerea Spitalului va pune la dispoziția salariaților, la cerere, în vederea documentării și consultării, exemplare din prezentul Regulament.

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

(7) Controlul legalității dispozițiilor cuprinse în Regulament este de competența instanțelor judecătorești, care pot fi sesizate în termen de 30 de zile de la data comunicării de către angajator a modului de soluționare a sesizării formulate potrivit alin. (6).

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

a) personalul încadrat în funcții în cadrul Spitalului la data intrării în vigoare a prezentului Regulament, prin semnarea unor tabele-nominale de luare la cunoștință, care se constituie ca anexe prezentului Regulament.

b) noii angajați încadrați în funcții în cadrul Spitalului ulterior datei de intrare în vigoare a prezentului Regulament, prin semnarea unei declarații pe propria răspundere (în dublu exemplar) pusă la dispoziție de către structura de resurse umane a Spitalului, în care declară că au luat la cunoștință de prevederile acestuia și au fost informați cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului precum și privind procedurile și protocoalele utilizate în desfășurarea activității lor.

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

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

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

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

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

a) să asigure protecția, igiena și securitatea personalului în toate aspectele legate de muncă; măsurile luate pentru aceasta nu trebuie să comporte în nici un caz obligații financiare pentru angajat; obligațiile personalului în domeniul securității și sănătății în muncă nu aduc atingere principiului responsabilității angajatorului.

b) în cadrul propriilor responsabilități, angajatorul va lua măsurile necesare pentru protejarea securității și sănătății salariaților, inclusiv pentru activitățile de prevenire a riscurilor profesionale, de informare și pregătire, precum și pentru punerea în aplicare a

organizării securității și sănătății în muncă și mijloacelor necesare acesteia, cu respectarea următoarelor principii generale de prevenire:

- evitarea riscurilor;
 - evaluarea riscurilor care nu pot fi evitate;
 - combaterea riscurilor la sursă;
 - adaptarea muncii la om, în special în ceea ce privește proiectarea locurilor de muncă și alegerea echipamentelor și metodelor de muncă, în vederea atenuării, cu precădere, a muncii monotone și a muncii repetitive, precum și a reducerii efectelor acestora asupra sănătății;
 - luarea în considerare a evoluției tehnicii;
 - înlocuirea a ceea ce este periculos cu ceea ce nu este periculos sau cu ceea ce este mai puțin periculos;
 - planificarea prevenirii și instruirii în toate fazele acesteia;
 - adoptarea măsurilor de protecție colectivă cu prioritate față de măsurile de protecție individuală;
 - aducerea la cunoștința salariaților a instrucțiunilor proprii corespunzătoare.
- c) să organizeze locul de muncă, astfel încât să fie garantată securitatea și sănătatea în muncă a personalului;
- d) să organizeze controlul permanent al stării materialelor, utilajelor și substanțelor folosite în procesul muncii, în scopul asigurării sănătății și securității personalului;
- e) să asigure condițiile de acordare a primului ajutor în caz de accident de muncă;
- f) să asigure crearea condițiilor de preîntâmpinare a incendiilor, precum și pentru evacuarea personalului în situații speciale și în caz de pericol iminent;
- g) să realizeze evaluarea riscurilor pentru sănătate și securitate în muncă;
- h) să supravegheze sănătatea personalului în funcție de riscurile privind securitatea și sănătatea în muncă astfel încât acesta să poată beneficia de supravegherea sănătății la intervale regulate;
- i) să informeze personalul despre riscurile, precum și măsurile și activitățile de prevenire și protecție atât la nivelul spitalului, în general, cât și la nivelul fiecărui post de lucru în parte;
- j) să evalueze riscurile pentru securitatea și sănătatea personalului, inclusiv la alegerea echipamentelor de muncă, a substanțelor sau preparatelor chimice utilizate și la amenajarea locurilor de muncă iar, ulterior evaluării să ia măsurile de prevenire necesare, astfel încât metodele de lucru aplicate de către acesta să asigure îmbunătățirea nivelului securității și al protecției sănătății personalului și să fie integrate în ansamblul activităților spitalului respective și la toate nivelurile ierarhice;
- k) să stabilească pentru întreg personalul, prin fișa postului, atribuțiile și răspunderile ce le revin în domeniul securității și sănătății în muncă, corespunzător funcțiilor exercitate;
- l) să asigure personalului accesul la servicii medicale, inclusiv la serviciul medical de medicina muncii;
- m) să consulte personalul și să asigure participarea acestuia la discutarea problemelor de securitate și sănătate în muncă;

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

o) să mențină prin structura logistică a spitalului, o stare igienică adecvată în spațiile de lucru și de folosință comună, asigurând materialele și substanțele necesare realizării acestuia precum și coordonarea personalului din subordine implicat în această activitate;

p) să asigure toți salariații pentru risc de accidente de muncă și boli profesionale, în condițiile legii și efectuarea controlului medical la angajare și periodic;

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

r) să respecte și celelalte obligații prevăzute de legislația în domeniul securității și sănătății în muncă, în partea care-l privește.

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

a) în cazul noilor angajați– instruire generală și la locul de muncă;

b) în cazul salariaților care își schimbă locul de muncă sau felul muncii;

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

d) în situația în care intervin modificări ale legislației în domeniu;

e) periodic tuturor angajaților de către șeful structurii.

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

Art.13. - Personalul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, este obligat să respecte următoarele reguli privind protecția, igiena și securitatea în muncă:

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

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

c) să utilizeze corect echipamentul individual de protecție primit, asigurând în permanență o întreținere corespunzătoare a acestuia;

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

e) să comunice imediat angajatorului și/sau responsabililor desemnați orice situație de muncă despre care are motive întemeiate să o considere un pericol pentru securitatea și sănătatea proprie sau a celorlalți angajați, precum și orice deficiență a sistemelor de protecție;

f) să dea relațiile solicitate de către inspectorii de muncă și inspectorii sanitari.

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

h) să își însușească și să respecte și celelalte obligații prevăzute de legislația în domeniul securității și sănătății în muncă și măsurile de aplicare a acestora, în partea care-l privește.

i) în vederea asigurării igienei corecte și eficiente a mâinilor personalului medico-sanitar și de îngrijire este interzisă purtarea inelelor, brățarilor, ceasurilor sau altor bijuterii¹.

j) este interzisă purtarea unghiilor lungi, lăcuite sau artificiale².

Art.14. - Instruirea pe linie de securitate și sănătate în muncă și însoțirea altor persoane care participă temporar la activități care se desfășoară în cadrul spitalului cu permisiunea angajatorului, se va face de către responsabilii cu securitatea în muncă din fiecare loc de muncă conform prevederilor legale în vigoare.

Art.15. - În contractele de prestări servicii vor fi prevăzute clauze cu privire la instruirea lucrătorilor externi pe linie de securitate și sănătate în muncă.

Art.16. – În contractele de achiziție de aparatură și echipamente medicale sau de suport a activității medicale vor fi prevăzute clauze cu privire la obligativitatea instruirii personalului propriu al Spitalului de către reprezentanți ai firmelor furnizoare de aparatură/echipamente.

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

Art.18.– Conducătorii ierarhici superiori ai compartimentelor funcționale ale Spitalului răspund de aplicarea și respectarea legislației de securitate și sănătate în muncă, protecția mediului și supravegherea tehnică în vigoare pentru personalul din subordine și cooperează cu personalul care are atribuții în domeniul securității și sănătății în muncă, protecția mediului și supravegherea tehnică nominalizat prin decizie internă.

Art.19. –Instrucțiunile privind securitatea și sănătatea în muncă, protecția mediului și supravegherea tehnică se execută potrivit prevederilor instrucțiunilor și normelor privind organizarea și desfășurarea activității de securitate și sănătate în muncă în vigoare.

Art.20.– Comunicarea și cercetarea evenimentelor, înregistrarea și evidența accidentelor de muncă și a incidentelor periculoase, semnalarea, cercetarea, declararea și raportarea bolilor profesionale se face în conformitate cu prevederile *Legii nr.319/2006 a securității și sănătății în muncă*, cu modificările și completările ulterioare, coroborat cu dispozițiile *H.G. 1425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006* cu modificările și completările ulterioare.

¹ Bază: art. 4 alin. (1) din Anexa 3 la O.M.S. 1761/2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, evaluarea eficacității procedurilor de curățenie și dezinfectie efectuate în cadrul acestora, procedurile recomandate pentru dezinfectia mâinilor în funcție de nivelul de risc, precum și metodele de evaluare a derulării procesului de sterilizare și controlul eficienței acestuia;

² Bază: art. 4 alin. (2) din Anexa 3 la O.M.S. 1761/2021 pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, evaluarea eficacității procedurilor de curățenie și dezinfectie efectuate în cadrul acestora, procedurile recomandate pentru dezinfectia mâinilor în funcție de nivelul de risc, precum și metodele de evaluare a derulării procesului de sterilizare și controlul eficienței acestuia

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

Art.21. – (1) În cadrul relațiilor de muncă funcționează principiul egalității de tratament față de toți salariații.

(2) Discriminarea se caracterizează prin reunirea a două elemente, mai precis tratarea diferită a unor persoane aflate în situații identice sau comparabile (sau, dimpotrivă, tratarea identică a unor persoane aflate în situații diferite), pe de o parte, și lipsa unei justificări obiective pentru un asemenea tratament, pe de altă parte.

(3) Orice discriminare directă sau indirectă față de un salariat, discriminare prin asociere, hărțuire sau faptă de victimizare, bazată pe criteriul de rasă, cetățenie, etnie, culoare, limbă, religie, origine socială, trăsături genetice, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare cu HIV, opțiune politică, situație sau responsabilitate familială, apartenență, ori activitate sindicală, apartenență la o categorie defavorizată, este interzisă.

(4) Constituie discriminare indirectă orice prevedere, acțiune, criteriu sau practică aparent neutră care are ca efect dezavantajarea unei persoane față de o altă persoană în baza unuia dintre criteriile prevăzute la alin. (2), în afară de cazul în care acea prevedere, acțiune, criteriu sau practică se justifică în mod obiectiv, printr-un scop legitim, și dacă mijloacele de atingere a acelui scop sunt proporționale, adecvate și necesare.

(5) Constituie discriminare prin asociere, orice act sau faptă de discriminare săvârșit(ă) împotriva unei persoane care, deși nu face parte dintr-o categorie de persoane identificată potrivit criteriilor prevăzute la alin. (2), este asociată sau prezumată a fi asociată cu una sau mai multe persoane aparținând unei astfel de categorii de persoane.

(6) Orice comportament care constă în a dispune, scris sau verbal, unei persoane să utilizeze o formă de discriminare, care are la bază unul dintre criteriile prevăzute la alin. (2), împotriva uneia sau mai multor persoane este considerat discriminare.

(7) Nu constituie discriminare excluderea, deosebirea, restricția sau preferința în privința unui anumit loc de muncă în cazul în care, prin natură specifică a activității în cauză sau a condițiilor în care activitatea respectivă este realizată, există anumite cerințe profesionale esențiale și determinate, cu condiția ca scopul să fie legitim și cerințele proporționale.

Art.22. – (1) Orice salariat care prestează o muncă beneficiază de condiții de muncă adecvate activității desfășurate, de protecție socială, de securitate și sănătate în muncă, precum și de respectarea demnității și a conștiinței sale, fără nicio discriminare.

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

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

a) anunțarea, organizarea concursurilor sau examenelor și selecția candidaților pentru ocuparea posturilor vacante;

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

c) stabilirea sau modificarea atribuțiilor din fișa postului;

d) stabilirea remunerației;

e) beneficii, altele decât cele de natură salarială și măsuri de protecție și asigurări sociale;

f) informare și consiliere profesională, programe de inițiere, calificare, perfecționare, specializare și recalificare profesională;

g) evaluarea performanțelor profesionale individuale;

h) promovarea profesională;

i) procesul de învățământ;

j) aplicarea măsurilor disciplinare;

k) dreptul de aderare la sindicat și accesul la facilitățile acordate de acesta;

l) orice alte condiții de prestare a muncii, potrivit legislației în vigoare.

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

Art.24.- (1) Hărțuirea unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă este considerată discriminare și este interzisă.

(2) Hărțuirea constă în orice tip de comportament care are la bază unul dintre criteriile care are ca scop sau ca efect lezarea demnității unei persoane și duce la crearea unui mediu intimidant, ostil, degradant, umilitor sau ofensator.

(3) Constituie hărțuirea și victimizarea ori aplicarea unui tratament advers, venit ca reacție la o plângere sau acțiune în justiție cu privire la încălcarea principiului tratamentului egal și al nediscriminării.

(4) Persoana care se consideră hărțuită va raporta incidentul printr-o plângere în scris, care va conține relatarea detaliată a manifestării de hărțuire la locul de muncă.

Art.25. – (1) Hărțuirea sexuală a unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă este considerată discriminare după criteriul de sex și este interzisă.

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

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

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

b) de a influența negativ situația persoanei angajate în ceea ce privește promovarea profesională, remunerația sau veniturile de orice natură ori accesul la formarea și perfecționarea profesională, în cazul refuzului acesteia de a accepta un comportament nedorit, ce ține de viața sexuală.

(4) Toți salariații trebuie să respecte regulile de conduită și răspund în condițiile legii pentru încălcarea acestora.

(5) Angajatorul nu va permite și nu va tolera hărțuirea sexuală la locul de muncă și face public faptul că încurajează raportarea tuturor cazurilor de hărțuire sexuală, indiferent cine este ofensatorul, că angajații care încalcă demnitatea personală a altor angajați, prin orice manifestare confirmată de hărțuire sexuală la locul de muncă, vor fi sancționați disciplinar.

Art.26. – (1) Persoana care se consideră hărțuită sexual va raporta incidentul printr-o plângere în scris, care va conține relatarea detaliată a manifestării de hărțuire sexuală la locul de muncă.

(2) Angajatorul va oferi consiliere și asistență victimelor actelor de hărțuire sexuală, va conduce investigația în mod strict confidențial și, în cazul confirmării actului de hărțuire sexuală, va aplica măsuri disciplinare corespunzătoare.

(3) Cercetarea sesizării de hărțuire se va face de o comisie numită de directorul general.

(4) La terminarea investigației se va comunica părților implicate rezultatul anchetei, într-un termen ce nu va depăși 8 săptămâni de la depunerea plângerii. Pe parcursul anchetei, nu vor fi admise referiri cu privire la stilul de viață al persoanei reclamate.

(5) Dacă se stabilește că a avut loc un act de hărțuire sexuală, hărțuitorului i se vor aplica sancțiuni disciplinare corespunzătoare, în termen de 2 săptămâni de la terminarea anchetei.

(6) Măsurile vor fi comunicate, în scris, atât reclamantului, cât și reclamatului.

(7) Dacă se stabilește că nu a avut loc un act de hărțuire sexuală, se va comunica reclamantului care, dacă dorește, se poate adresa justiției.

(8) Dacă actul de hărțuire sexuală la locul de muncă vine din partea unei persoane care nu este angajată în spital, victima se va adresa șefului ierarhic.

(9) Dosarele cu plângerile de hărțuire sexuală vor fi păstrate confidențial cel puțin 3 ani de la data rezolvării lor.

(10) Orice fel de represalii, în urma unei plângeri de hărțuire sexuală, atât împotriva reclamantului, cât și împotriva oricărei persoane care ajută la investigarea cazului, vor fi considerate acte discriminatoare și vor fi sancționate conform dispozițiilor legale în vigoare.

(11) În cazul în care ancheta stabilește că reclamantul a adus acuzații false, cu rea-credință, acesta va răspunde potrivit legii.

(12) Hărțuirea unei persoane prin amenințare sau constrângere, în scopul de a obține satisfacții de natură sexuală, de către o persoană care abuzează de autoritatea sau influența pe care i-o conferă funcția îndeplinită la locul de muncă constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la un an sau cu amendă, potrivit dispozițiilor art. 223 alin. (1) din Codul penal, cu modificările și completările ulterioare.

Art.27. – (1) Angajații au obligația să facă eforturi în vederea promovării unui climat normal de muncă în unitate, cu respectarea prevederilor legii, a contractelor colective de muncă, a regulamentului intern, precum și a drepturilor și intereselor tuturor salariaților.

(2) Pentru crearea și menținerea unui mediu de lucru care să încurajeze respectarea demnității fiecărei persoane, pot fi derulate proceduri de soluționare pe cale amiabilă a plângerilor individuale ale salariaților, inclusiv a celor privind cazurile de violență sau hărțuire sexuală, în completarea celor prevăzute de lege.

Art.28. – (1) Constituie hărțuire morală (psihologică sau mobbing) la locul de muncă orice comportament exercitat cu privire la un angajat de către un alt angajat, care este superiorul său ierarhic, de către un subaltern și/sau de către un angajat comparabil din punct de vedere ierarhic, în legătură cu raporturile de muncă, care are loc într-o perioadă, este repetitiv sau

sistematic și implică un comportament fizic, limbaj oral sau scris, gesturi sau alte acte intenționate și care are drept scop sau efect, o deteriorare a condițiilor de muncă prin lezarea drepturilor sau demnității angajatului, prin afectarea sănătății sale fizice sau mentale, ori prin compromiterea viitorului profesional al acestuia, comportament manifestat în oricare din următoarele forme:

- a) conduită ostilă sau nedorită;
- b) comentarii verbale;
- c) acțiuni sau gesturi.

(2) Fiecare angajat are dreptul la un loc de muncă lipsit de acte de hărțuire morală. Niciun angajat nu va fi sancționat, concediat sau discriminat, direct sau indirect, inclusiv cu privire la salarizare, formare profesională, promovare sau prelungirea raporturilor de muncă, din cauză că a fost supus sau că a refuzat să fie supus hărțuirii morale la locul de muncă.

(3) Angajații care săvârșesc acte sau fapte de hărțuire morală la locul de muncă răspund disciplinar, în condițiile legii și ale prezentului regulament intern.

(4) Conducerea Spitalului are obligația de a lua orice măsuri necesare în scopul prevenirii și combaterii actelor de hărțuire morală la locul de muncă.

(5) Este interzisă stabilirea de către conducerea Spitalului, în orice formă, de reguli sau măsuri interne care să oblige, să determine sau să îndemne angajații la săvârșirea de acte sau fapte de hărțuire morală la locul de muncă.

(6) Procedura privind sesizarea, investigarea și soluționarea cazurilor de hărțuire morală se realizează în conformitate cu prevederile art. 26, alin. 1-11.

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

4.1. Drepturile și obligațiile conducerii Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea

Art.29. - Conducerea Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi**:

- a) să stabilească organizarea și funcționarea activităților ce se desfășoară în Spital în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare;
- b) să stabilească atribuțiile corespunzătoare fiecărei categorii de personal, precum și cele la nivel individual, în condițiile legii;
- c) să dea dispoziții, indicații conform competențelor în domeniu, sub rezerva legalității acestora;
- d) să exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor/atribuțiilor de serviciu de către personalul din subordine;
- e) să propună structura organizatorică, reorganizarea/restructurarea spitalului sau a unei părți din aceasta sub rezerva respectării prevederilor legislației în vigoare;

- f) să constate săvârșirea abaterilor disciplinare și să aplice sancțiunile corespunzătoare, în conformitate cu normele legale aplicabile pentru fiecare categorie de personal în parte;
- g) să stabilească obiectivele de performanță individuală, precum și criteriile de evaluare a realizării acestora, urmând ca rezultatele obținute să fie utilizate în procesul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a salariaților.

Art.30. - Conducerea Spitalului are, în principal, următoarele **obligatii**:

- a) să asigure permanent condițiile tehnice și organizatorice necesare pentru aplicarea întocmai a prevederilor actelor normative referitoare la încadrarea/angajarea, salarizarea, promovarea/avansarea, securitatea și sănătatea în muncă, încadrarea în condiții de muncă, răspunderea disciplinară, pensionarea, acordarea drepturilor sociale stabilite sau rezultate din raporturile de muncă sau de serviciu;
- b) să ia toate măsurile pentru organizarea și desfășurarea lucrului în condiții de deplină siguranță, pentru însușirea de către întregul personal a normelor de protecție a muncii, de prevenire și stingere a incendiilor și a măsurilor de aplicare a acestora, pentru stabilirea atribuțiilor pentru fiecare loc de muncă și controlul îndeplinirii acestora;
- c) să asigure accesul la formarea profesională, la perfecționarea pregătirii generale și de specialitate, prin participarea personalului la diferite forme de pregătire și perfecționare în conformitate cu normele legale aplicabile în acest domeniu;
- d) să impună obligativitatea acordării serviciilor medicale în mod nediscriminatoriu asiguraților;
- e) să ia toate măsurile necesare în vederea păstrării confidențialității față de terți asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraților;
- f) să dispună măsurile specifice necesare respectării de către întreg personalul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea a prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date;
- g) să impună prin măsuri specifice obligativitatea respectării dreptului la libera alegere a furnizorului de servicii medicale;
- h) să ia măsuri specifice pentru neutilizarea de către personalul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea a materialelor și a instrumentelor a căror condiție de sterilizare este nesigură;
- i) să aplice prevederile legislației și normelor specifice categoriilor de personal în privința rapoartelor/cererilor, sesizărilor, propunerilor sau reclamațiilor privind raporturile de muncă sau de serviciu;
- j) să informeze salariații asupra condițiilor de muncă și asupra elementelor care privesc desfășurarea relațiilor de muncă;
- k) să comunice periodic salariaților situația economică și financiară a Spitalului, cu excepția informațiilor sensibile sau secrete, care, prin divulgare, sunt de natură să prejudicieze activitatea spitalului.

- l) să se consulte cu sindicatul sau reprezentatii salariaților, după caz, în privința deciziilor susceptibile să afecteze substanțial drepturile și interesele acestora;
- m) să acorde salariaților toate drepturile care decurg din lege, din contractul colectiv de muncă aplicabil și contractele individuale de muncă;
- n) să plătească toate contribuțiile și impozitele aflate în sarcina sa precum și să rețină și să vireze contribuțiile și impozitele datorate de salariați, în condițiile legii;
- o) să înființeze Registrul general de evidență a salariaților și să opereze înregistrările prevăzute de lege;
- p) să ia decizii, să le exprime prin dispoziții scurte, clare și precise, să asigure condițiile necesare îndeplinirii acestora și să urmărească executarea lor;
- q) să dispună executarea unor acțiuni numai în temeiul legii;
- r) să elibereze, la cerere, toate documentele care atestă calitatea de salariat a solicitantului;
- s) să asigure confidențialitatea datelor cu caracter personal ale salariaților;
- t) să aducă la cunoștința personalului din subordine, în părțile ce îl privesc, ordinele și dispozițiile legale nou intrate în vigoare, precum și asigurarea înțelegerii corecte a acestora;
- u) să respecte principiile și regulile de conduită prevăzute în „Codul de conduită etică al personalului din cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu ”- Oradea”;
- v) alte obligații prevăzute de actele normative în vigoare.

4.2. Drepturile și obligațiile personalului Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea

Art.31.– (1) Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi**:

- a) dreptul la salariu corespunzător funcției ocupate, inclusiv dreptul la salarizarea reglementată de legislația specifică unităților sanitare cu paturi;
- b) dreptul la repaus zilnic și săptămânal;
- c) dreptul la concediu de odihnă anual, concediu medical, concediu maternal/paternal, concediu de creștere a copilului, alte forme prevăzute pentru salariați de legislația privind timpul de muncă și concediile;
- d) dreptul la promovare pe baza rezultatelor obținute în evaluarea anuală a performanțelor profesionale individuale;
- e) dreptul la respectarea onoarei și demnității în muncă;
- f) dreptul la egalitate de șansă și tratament;
- g) dreptul la informare și consultare;
- h) dreptul la acces la formare și perfecționare profesională continuă;
- i) dreptul la consultare în vederea determinării și ameliorării condițiilor de muncă și a mediului de muncă și de a beneficia de îngrijire specifică în cazul unor accidente de muncă (cu risc infecțios);

- j) dreptul la asistență medicală, recuperare și refacere a capacității de muncă în conformitate cu legislația aplicabilă în domeniu;
- k) dreptul la protecție socială în caz de concediere, ieșire la pensie, în condițiile legii;
- l) dreptul la negociere colectivă și individuală;
- m) dreptul de a participa la acțiuni colective;
- n) dreptul la securitate și sănătate în muncă și echipament de protecție corespunzător;
- o) dreptul de a constitui sau de a adera la un sindicat, în condițiile legii;
- p) dreptul la asistență juridică, în condițiile legii;
- q) dreptul de a participa la activitatea de voluntariat în folosul public, în condițiile respectării prevederilor legale incidente în vigoare, având obligația de a informa în scris în acest sens conducerea Spitalului;
- r) alte drepturi prevăzute de lege sau de contractele colective de muncă aplicabile.
- s) (2) Drepturile salariaților vor fi acordate și exercitate cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare.

Art.32. –Pentru rezultate deosebite obținute în activitatea desfășurată, personalului de toate categoriile li se pot acorda recompense morale și materiale, potrivit legislației incidente aplicabile în domeniu, specifice fiecărei categorii de personal în parte.

Art.33. - Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **obligații**:

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

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

Art.34. – (1) Fiecare salariat are datoria să semnaleze imediat situațiile observate de incendiu, inundație sau orice situații în care se pot produce deteriorări sau distrugerii, inclusiv observarea unor colete sau obiecte uitate sau suspecte, precum și neregulile potențial generatoare de astfel de situații și să acționeze, după caz, pentru rezolvarea acestora și pentru diminuarea efectelor lor negative.

(2) Salariații care pot acționa în astfel de situații au obligația de a o face în timpul cel mai scurt posibil, fiind obligați să își ia anterior toate măsurile de protecție pentru a nu-și periclita viața sau securitatea fizică.

Art.35. - Salariaților Spitalului le este interzis:

- a) să facă declarații sau să dea publicității în presă informații/articole/documente referitoare la Spital și în numele acestuia, cu excepția celor de interes public;
- b) să introducă în spital băuturi alcoolice, substanțe toxice sau droguri, să se prezinte la serviciu sau să desfășoare activități sub influența acestora;
- c) să desfășoare, în cadrul programului de lucru, alte activități decât cele legate de atribuțiile postului sau de sarcinile spitalului;
- d) să părăsească locul de muncă în timpul programului de lucru fără aprobare sau pentru alte interese decât cele ale spitalului;
- e) folosirea în scopuri personale, aducerea la cunoștință pe orice cale sau copierea pentru alții, fără aprobarea scrisă a conducerii spitalului, a unor documente sau informații privind activitatea Spitalului sau a datelor specificate în fișele sau dosarele personale ale angajaților;
- f) efectuarea de mențiuni, ștersături, rectificări sau semnarea pentru alt salariat în condica de prezență;
- g) atitudinea necorespunzătoare față de ceilalți angajați (insulta, calomnia, purtarea abuzivă, lovirea sau vătămarea integrității corporale sau a sănătății).

Art.36. - În situații deosebite, determinate de necesitatea bunei funcționări a spitalului sau a unei părți a acesteia, fiecare salariat - indiferent de funcția sau postul pe care îl/o ocupă, are obligația de a participa la executarea oricăror lucrări și la luarea tuturor măsurilor cerute de situația de urgență, fiind la dispoziția conducerii Spitalului, în limita competențelor stabilite.

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

Art.37. – 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.38. – (1) Oricare din angajați poate solicita sprijinul șefilor direcți și al conducerii Spitalului pentru rezolvarea problemelor personale și are dreptul să facă sesizări în legătură cu acțiunile unor șefi sau cu dispozițiile pe care le consideră nedrepte. De asemenea, pacienții nemulțumiți de calitatea serviciilor de sănătate acordate în cadrul Spitalului au dreptul de a adresa verbale, în scris conducerii spitalului reclamații/sesizări, observații sau recomandări.

(2) Solicitățile personalului propriu al spitalului care conțin propuneri, sesizări, reclamații sau cereri pot fi verbale, în scris ori prin poștă electronică, referirile acestora fiind numai în legătură cu problemele proprii apărute la locul de muncă și în activitatea desfășurată. Este interzis ca în rapoartele scrise, înaintate prin serviciile de poștă să fie trecute date cu conținut secret de serviciu.

(3) Rapoartele scrise ale personalului propriu al spitalului, cât și reclamațiile/sesizările pacienților trebuie semnate, cele 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.39. - Rapoartele 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 director/șef/coordonator nu are dreptul să interzică subordonatului să înainteze un raport directorului/șefului ierarhic superior.

Art.40. - (1) Reclamațiile de orice natură adresate atât de către personalul propriu al spitalului cât și de către pacienți/apartinători, inclusiv cele depuse în cutia poștală aflată în holul principal al spitalului, lângă Recepție/Informații, se înregistrează în registrul de evidență a reclamațiilor/petițiilor de către personalul Biroului secretariat, documente clasificate și arhivă, urmând a fi prezentate directorul general al spitalului.

(2) Reclamațiile formulate de pacienți și depuse în cutia poștală din holul principal al spitalului prevăzute la alin. (1) sunt colectate zilnic de referent din cadrul Recepției și le transmise secretariatul spitalului pentru înregistrare.

(3) Directorul general este obligat să primească rapoartele subordonaților cât și reclamațiile pacienților și să acorde toată atenția rezolvării legale a acestora.

(4) Repartizarea reclamațiilor în vederea soluționării lor de către personalul de specialitate din cadrul spitalului se face de către directorul general spitalului.

(5) Reclamația individuală primită de la angajat sau pacient va fi tratată confidențial și se va comunica soluționarea în termenul stabilit de lege, urmând ca problemele de ordin general să poată fi aduse la cunoștința întregului personal din subordine, în părțile care-l privesc.

(6) În cazul în care problemele sesizate în cerere sau în reclamație necesită o cercetare mai amănunțită, conducerea spitalului numește o persoană sau o comisie care să verifice realitatea lor.

(7) În urma verificării problemelor sesizate în cerere sau în reclamație, persoana sau comisia numită întocmește un proces-verbal cu constatări, concluzii și propuneri și îl supune aprobării conducerii Spitalului.

Art.41. – (1) Directorul general este obligat să analizeze proces-verbal și să ia măsuri pentru a-l rezolva, răspunsul fiind comunicat verbal sau în scris celui în cauză în termen de 30 de zile de la data înregistrării acestuia în registrul special destinat, indiferent dacă soluția este favorabilă sau nefavorabilă. În cazul în care:

- sesizarea nu este de competența sa - îl va înainta, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare instituțiilor în drept, comunicând aceasta celui în cauză;

- problemele din cerere nu au putut fi soluționate în termenul legal - întrucât au necesitat o cercetare mai amănunțită - poate prelungi termenul de soluționare, cu cel mult 15 zile, cu obligația de a aduce – în scris - la cunoștință despre aceasta autorului reclamației, în intervalul celor 30 de zile de la data înregistrării reclamației, despre luarea în evidență a acesteia și prelungirea termenului de soluționare.

(2) Pentru rezolvarea unor probleme curente ale personalului propriu al spitalului (solicitări de concedii, învoiri, participări la diferite forme de perfecționare, etc.), care nu necesită un răspuns elaborat, șefii ierarhici vor înscrie hotărârea luată în rezoluție pe cererile personale ale subordonaților, care vor lua la cunoștință despre aceasta, funcție de situație, pe aceeași cerere.

(3) Răspunsurile către petiționari se redactează de către structura de specialitate care a soluționat raportul/reclamația, iar semnarea acestora se face de către directorul general spitalului, precum și de către șeful structurii de specialitate care a soluționat petiția. În răspuns se va indica, în mod obligatoriu, temeiul legal al soluției adoptate.

Art.42. – (1) Salariații nu pot formula două petiții privitoare la aceeași problemă.

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

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

(4) Dacă după trimiterea răspunsului se primește o nouă petiție cu același conținut sau care privește aceeași problemă, aceasta se clasează, făcându-se mențiune că s-a verificat și i s-a dat deja un răspuns petiționarului.

Art.43. – (1) Șeful unei structuri din cadrul spitalului care comite o nedreptate sau are o atitudine nejustificată față de un subaltern, pentru că acesta a făcut o reclamație sau o sesizare justă, poartă răspunderea pentru aceasta.

Art.44. – (1) Evidența cererilor, rapoartelor și sesizărilor/reclamațiilor scrise personalului din spital sau din afara acesteia, se ține la nivelul secretariatului spitalului, într-un registru special destinat.

(2) Evidența cererilor, rapoartelor și sesizărilor personalului din spital sau din afara acesteia, prezentate verbal cu ocazia audiențelor solicitate directorului general Spitalului, va fi consemnată într-un registru destinat acestui scop, păstrat la nivelul secretariatului Spitalului.

(3) Clasarea și arhivarea reclamațiilor adresate de către personalul propriu și/sau pacienți, expedierea răspunsurilor către aceștia și anexarea xerocopiilor răspunsurilor la petiții se realizează de către personalul secretariatului spitalului.

Art.45. – (1) În cadrul spitalului, personalul C.M.C.S.M. va întocmi analize lunare ale modului în care au fost soluționate sugestiile și reclamațiile primite și înregistrate la nivelul registraturii spitalului în luna precedentă, care vor fi supuse atenției Consiliului medical și, după caz, Comitetului director.

(2) În mod distinct, în cadrul analizelor menționate la alineatul (1) se va acorda o atenție sporită următoarelor categorii de reclamații:

- a) reclamații/sesizări ale pacienților și/sau personalului propriu privind hrana primită;
- b) reclamații/sesizări ale pacienților și/sau personalului propriu privind aspectul lenjeriei și al efectelor.

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

Art.46. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procedurii de gestionare a cererilor sau a reclamațiilor individuale ale salariaților și pacienților sunt următorii:

- e) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu referitoare la probleme etice, în ultimul an calendaristic, sa fie maxim 10% din total reclamații înregistrate pe spital;
- f) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu referitoare la aspecte de comunicare cu pacienții, în ultimul an calendaristic, sa fie maxim 15% din total reclamații înregistrate pe spital;
- g) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor/personalului propriu privind hrana primită, în ultimul an calendaristic, sa fie maxim 10% din total reclamații înregistrate pe spital;
- h) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor/personalului propriu privind aspectul lenjeriei și al efectelor, în ultimul an calendaristic, sa fie maxim 10% din total reclamații înregistrate pe spital;

- i) Numărul de reclamații ale pacienților/personalului privind activitatea din cadrul spitalului, în ultimul an calendaristic, să fie maxim 15% din total reclamații înregistrate pe spital;
- j) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu colectate în cutia poștală de la nivelul Recepției spitalului, în ultimul an calendaristic să fie maxim 15% din totalul reclamațiilor înregistrate pe spital;
- k) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu înregistrate în secretariat, pe ultimul an calendaristic, să fie maxim 15% din totalul sugestiilor/reclamațiilor înregistrate pe spital.

Art.47. (1) Reglementarea procedurii de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă are ca principale scopuri:

- a) stabilirea modului extrajudiciar de soluționare a unor eventuale conflicte individuale de muncă;
- b) stabilirea în mod expres a dreptului părților de a fi asistate de către un consultant extern;
- c) degrevarea instanțelor judecătorești;
- d) asigurarea soluționării cu celeritate a eventualelor litigiilor de muncă;
- e) posibilitatea de a stabili prin contractul individual de muncă a opțiunii de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă.
- f) adaptarea legislației muncii astfel încât să permită informarea și consultarea reciprocă a angajatorilor și angajaților încă de la încheierea relațiilor de muncă și ulterior, pe parcursul derulării acestora;

(2) Procedura de soluționare amiabilă pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă elimină/ tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- neinformarea angajatorilor și angajaților la încheierea relațiilor de muncă și pe parcursul derulării acestora;
- aglomerarea instanțelor de judecată cu conflicte individuale de muncă ce ar fi putut fi soluționate extrajudiciar.
- tergiversarea soluționării litigiilor de muncă.

Art.48. (1) Părțile din contractul individual de muncă pot decide asupra parcurgerii sau neparcurgerii procedurii de conciliere în scopul soluționării unui conflict individual de muncă pe cale amiabilă.

(2) Procedura devine obligatorie atunci când la încheierea contractului individual de muncă sau pe parcursul executării acestuia, părțile cuprind expres în contractul individual de muncă o clauză prin care stabilesc ca orice conflict individual de muncă să se soluționeze pe cale amiabilă prin conciliere.

(3) Prin parcurgerea procedurii se urmărește soluționarea amiabilă a unui conflict de muncă cu ajutorul unui consultant extern specializat în legislația muncii, în condiții de neutralitate, imparțialitate, confidențialitate și având liberul consimțământ al părților. În această procedură fiecare parte poate fi asistată sau reprezentată de un consultant extern-avocat, expert în legislația muncii, mediator specializat în legislația muncii, care prin rolul său activ va stăruia ca părțile să acționeze responsabil pentru stingerea conflictului, cu respectarea drepturilor salariaților recunoscute de lege sau stabilite prin contractul individual de muncă.

(4) Deschiderea procedurii de conciliere are ca prim pas transmiterea unei invitații scrise în cuprinsul căreia se va stabili expres data la care va avea loc deschiderea procedurii de conciliere.

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

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

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

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

2. prin constatarea de către consultantul extern eșuării concilierii;

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

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

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

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

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

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

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

Art.49. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procedurii de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă

- vizează în mod exclusiv soluționarea conflictelor individuale de muncă;
- modalitate amiabilă de soluționare a conflictelor individuale de muncă, fără a îngreuna accesul la justiție;
- este o procedură facultativă, părțile au posibilitatea de a opta, atât la momentul încheierii contractului individual de muncă cât și pe parcursul executării acestuia, să cuprindă sau nu în contract o clauză prin care stabilească soluționarea conflictului prin conciliere;

1. Numărul de conflicte individuale de muncă înregistrate în secretariatul spitalului, sa nu depasească 1%, raportat la numărul total de angajați, în ultimul ;
2. Numărul de conflicte individuale de muncă soluționate prin conciliere, din totalul conflictelor individuale de muncă înregistrate, sa fie de minim 50% din totalul conflictelor de munca pe ultimul an calendaristic;
3. Numărul de conflicte individuale de muncă eșuate din totalul conflictelor individuale de muncă înregistrate, pe ultimul an calendaristic, sa fie de maxim 50% .

CAPITOLUL VI - REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL

Art.50. – Relațiile care se stabilesc între categoriile de personal, precum și între persoane în cadrul Spitalului sunt relații de:

1.Subordonare.

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

2. Colaborare.

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

Art.51. - Informarea reciprocă și cooperarea dintre compartimentele funcționale ale Spitalului se realizează, în principal, prin următoarele forme:

- a) participarea la ședințe ale consiliilor, comitetelor și comisiilor care funcționează în cadrul Spitalului;
- b) participarea în cadrul grupurilor de lucru organizate pentru întocmirea unor diferitelor lucrări;
- c) schimburi de informații și documente;
- d) consultări pe probleme de specialitate;

- e) executarea în comun a unor activități de instruire;
- f) participarea la ședințe/întuniri ale personalului stabilite de către directorul general Spitalului;
- g) luarea la cunoștință a celor dispuse prin DECIZIE de către directorul general Spitalului.

Art.52. – (1) Pentru a evita risipa de forțe și mijloace, pe linia principalului domeniu de activitate pe care-l gestionează, șefii compartimentelor funcționale ale Spitalului impun, cu aprobarea directorului general Spitalului, conduita care este urmată de întregul personal al spitalului în domeniul incident.

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

Art.53. –În Spital sunt interzise:

- a) prezentarea la serviciu în stare de ebrietate sau oboseală înaintată, introducerea sau consumul de băuturi alcoolice, practicarea de activități care contravin atribuțiilor de serviciu sau care perturbă activitatea altor salariați;
- b) nerespectarea programului de lucru, întârzierea sau absentarea nemotivată;
- c) părăsirea locului de muncă în timpul programului de lucru fără aprobare sau pentru alte interese decât cele ale Angajatorului;
- d) executarea în timpul programului a unor lucrări personale ori străine interesului Angajatorului;
- e) scoaterea din unitate, prin orice mijloace, a oricăror informații (indiferent de suportul de stocare al acestora), bunuri și documente aparținând acestuia, fără acordul scris al conducerii Spitalului;
- f) înstrăinarea oricăror bunuri date în folosință, păstrare sau de uz comun, precum și deteriorarea funcțională și calitativă sau descompletarea acestora, ca rezultat al unor utilizări ori manevrări necorespunzătoare;
- g) folosirea în scopuri personale, aducerea la cunoștință pe orice cale sau copierea pentru alții, fără aprobarea scrisă a conducerii, a unor documente sau informații privind activitatea Spitalului sau a datelor specificate în fișele sau dosarele personale ale angajaților;
- h) prestarea oricărei activități remunerate sau neremunerate, în timpul orelor de program sau în timpul liber - în beneficiul unui concurent direct sau indirect al Angajatorului;
- i) efectuarea de mențiuni, ștersături, rectificări sau semnarea pentru alt salariat în condica de prezență;
- j) atitudinea necorespunzătoare față de ceilalți angajați sau față de managementul spitalului (conduita necivilizată, insulta, calomnia, purtarea abuzivă, lovirea și vătămarea integrității corporale sau a sănătății);
- k) comiterea de fapte care ar putea pune în pericol siguranța Angajatorului, a propriei persoane sau a colegilor;
- l) manifestări de natura a aduce atingere imaginii Angajatorului;
- m) folosirea în scopuri personale a autovehiculelor Angajatorului, a oricăror materiale, mijloace fixe sau materii prime ale acestuia;

- n) fumatul în incinta Spitalului;
- o) organizarea de întruniri în perimetrul spitalului fără aprobarea prealabilă a conducerii;
- p) introducerea, răspândirea sau afișarea în interiorul instituției a unor anunțuri, afișe, documente etc. fără aprobarea conducerii Spitalului;
- q) propaganda partizană unui curent sau partid politic.

CAPITOLUL VII - ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANCTIUNILE APLICABILE

Art.54. - Conducerea Spitalului dispune de prerogativa disciplinară, având dreptul și obligația, de a aplica, potrivit legii, sancțiuni disciplinare personalului din subordine ori de câte ori constată că s-a săvârșit o abatere disciplinară.

Art.55. - Constituie abatere disciplinară fapta în legătură cu atribuțiile de serviciu și care constă într-o acțiune sau inacțiune săvârșită cu vinovăție de către personalul Spitalului, prin care acesta a încălcat normele legale, prezentul Regulament, contractul individual de muncă și dispozițiile legale ale șefilor ierarhici.

Art.56. – Neîndeplinirea unui decizii date de către director general sau altă autoritate legală nu constituie abatere de la disciplinară dacă aceasta nu este dată în forma prevăzută de lege și nu este în concordanță cu actele normative în vigoare.

Art.57. – (1) Pentru săvârșirea de abateri disciplinare, precum și pentru nerespectarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale³, în raport cu consecințele acțiunilor și/sau inacțiunilor săvârșite cu vinovăție de către salariați, prin care acesta a încălcat normele legale incidente în vigoare, acestuia i se va aplica una dintre următoarele sancțiuni:

- a) avertisment scris;
- b) retrogradarea din funcția deținută, pentru o durată ce nu poate depăși 60 de zile calendaristice, cu acordarea salariului corespunzător funcției în care s-a dispus retrogradarea;
- c) reducerea salariului de bază pentru funcția de execuție sau de conducere, după caz, pe o durată de 1-3 luni cu 5-10%;
- d) desfacerea contractului individual de muncă din motive disciplinare.

(2) Toate sancțiunile disciplinare trebuie stabilite în raport cu gravitatea abaterii disciplinare săvârșite de salariatul respectiv, avându-se în vedere următoarele:

- a) împrejurările în care a fost săvârșită fapta;
- b) gradul de vinovăție al salariatului;
- c) consecințele abaterii disciplinare;
- d) comportarea generală în serviciu a salariatului;
- e) eventualele sancțiuni disciplinare aplicate anterior acestuia;
- f) împrejurările care atenuează sau agravează răspunderea disciplinară.

³ În continuare: „I.A.A.M.”;

(3) Atributul de verificare a modului de respectare a protocoalelor și procedurilor de prevenire și limitare a I.A.A.M. revine în exclusivitate în sarcina coordonatorului Compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale⁴, acesta având obligația de a propune directorului general spitalului sancțiuni pentru personalul care nu respectă respectivele protocoale/proceduri.

(4) Personalul Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea este obligat să se prezinte la examenele medicale prin care se asigură supravegherea stării de sănătate, conform planificării stabilite anual de către medicul de medicina muncii. Împotriva personalului care refuză efectuarea examinărilor medicale și a investigațiilor recomandate, directorul general al Spitalului poate dispune sancționarea disciplinară conform prevederilor normative în vigoare.

Art.58. Amenziile disciplinare sunt interzise cu excepția celor prevăzute expres de alte legi în vigoare, respectiv în cazul nerespectării prevederilor privind interzicerea fumatului și consumului de băuturi alcoolice în instituție.

CAPITOLUL VIII - REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ

Art.59. – (1) Procedura disciplinară este stabilită în mod punctual, atât privind actele procedurale cât și dispozițiile care se emit în funcție de competența atribuită, prin reglementările normative în domeniu – menționate în prezentul Regulament, iar respectarea întocmai a acesteia este obligatorie.

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

Art.60. - În desfășurarea procedurii disciplinare se vor respecta următoarele principii:

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

⁴ În continuare: ”C.P.I.A.A.M.”;

- se interzice aplicarea sancțiunilor colective, precum și aplicarea mai multor sancțiuni pentru aceeași abatere săvârșită.

Art.61(1) Odată cu luarea la cunoștință, în scris (referat, sesizare), de către conducerea Spitalului de săvârșirea unei fapte ce ar putea fi considerată abatere disciplinară, directorul general al Spitalului emite decizia de cercetare disciplinară.

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

- descrierea acțiunii sau inacțiunii cercetate;
- data producerii acesteia;
- prevederile avute în vedere ca fiind încălcate;
- cine a făcut sesizarea;
- componența comisiei de disciplină;
- data și ora la care are loc prima audiere din partea comisiei de cercetare disciplinară prealabilă;

Art.62. – (1) Decizia de cercetare disciplinară prealabilă, împreună cu copia actului de sesizare a faptei, se comunică celui cercetat cu semnătură de primire. În cazul în care salariatul refuză primirea, decizia de cercetare, care constituie o convocare scrisă a salariatului în fața comisiei de disciplină, de natura celei prevăzute de prevederile art. 251 alin. (1) lit. b din Codul Muncii, va fi comunicată prin poștă cu scrisoare recomandată, cu confirmare de primire, sau prin executor judecătoresc, la domiciliu sau reședința salariatului.

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

Art.63. – (1) Comisia de cercetare disciplinară procedează la o primă audiere, a tuturor salariaților care erau prezenți, sau ar fi trebuit să fie prezenți la locul și data la care a avut loc fapta, precum și a tuturor salariaților care au fost implicați sau au legătură cu fapta cercetată.

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

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

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

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

(6) După cercetarea apărărilor salariatului, formulate sau solicitate prin nota explicativă, dar și în lipsa notei explicative, comisia de disciplină, pe baza analizei tuturor probelor, propune sau nu o sancțiune disciplinară. Propunerea de sancțiune disciplinară se comunică directorului general Spitalului sau înlocuitorului său, care dispune aplicarea sancțiunii disciplinare printr-o decizie emisă în formă scrisă, în termen de 30 de zile

calendaristice de la data luării la cunoștință despre săvârșirea abaterii disciplinare, dar nu mai târziu de 6 luni de la data săvârșirii faptei.

Art.64. – (1) Decizia de sancționare disciplinară se comunică personal salariatului, în cel mult 5 zile de la data emiterii, și își produce efectele de la data comunicării.

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

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

IX.1. - Conducerea activităților

Art.65. – (1) Managementul și controlul în cadrul Spitalului se execută pe toate treptele ierarhice.

(2) În situații de normalitate sau de criză conducerea și controlul se exercită de către directorul general al Spitalului care-și manifestă competența și atribuțiile prin structurile și microstructurile specializate din organigrama Spitalului și gestionează întreaga gamă a activităților.

Art.66. – (1) Directorul general al Spitalului, în exercitarea actului de comandă, în funcție de situația operativă, tehnică sau administrativă, poate atribui, temporar, prin delegare de competență, o parte din atribuțiile și responsabilitățile sale unor persoane subordonate. Prin acest act, transferă acestor persoane autoritatea și responsabilitatea asupra deciziilor luate în numele său. Delegarea de competență nu înlătură integral răspunderea directorului general, în legătură cu atribuțiile delegate.

(2) În lipsa directorului general al Spitalului, înlocuitorul legal al acestuia aprobă sau avizează după caz documentele justificative curente, semnează corespondența curentă, adeverințele necesare personalului, etc., în strictă conformitate cu limitele delegării impuse de către directorul general.

(3) Angajarea sub orice formă a spitalului, a unei părți din aceasta sau a resurselor umane, materiale și financiare a acesteia, cu terțe persoane sau instituții, se poate face de către înlocuitorul la comanda Spitalului sau de către un responsabil de problemă nominalizat de către director general să participe la o anumită activitate în afara spitalului, în limita delegării de competență permise, înscrisă în decizie managerială.

(4) „*Delegarea de competență*” se va înscrie în decizie a directorului general al Spitalului și va cuprinde cel puțin următoarele aspecte: nominalizarea persoanei delegate,

perioada de delegare, activitatea și instituția în cadrul căreia persoana delegată reprezintă interesele Spitalului (după caz), domeniul în care este delegat să reprezinte Spitalul, liniile directe pentru problema în care este delegat (doar la nevoie) și limitele delegării.

(5) Inițierea procedurii de delegare de competență se poate face și verbal, în cadrul ședințelor de lucru a directorului general al Spitalului, dar înscrierea în decizie este obligatorie.

(6) Pe timpul delegării de competență, persoana delegată este obligată să se consulte telefonic cu directorul general al Spitalului în situația că există premise ale depășirii limitelor acesteia și, să adopte poziția indicată de acesta.

(7) Depășirea limitelor delegării de competență sau angajarea sub orice formă a spitalului, a unei părți din aceasta sau a resurselor umane, materiale și financiare a acesteia, cu terțe persoane sau instituții fără a exista o delegare de competență scrisă sau verbală, constituie abatere disciplinară și se pedepsește în conformitate cu prevederile actelor normative incidente în vigoare.

(8) Pentru îndeplinirea activităților specifice Spitalului, în cadrul spitalului se pot stabili următoarele tipuri de relații:

- **Relațiile organizatorice**, raporturile care se stabilesc în interiorul instituției, între microstructuri organizatorice, dar și între personalul acestora, în scopul desfășurării normale a activităților, pe baza statului de organizare;

- **Relațiile ierarhice**, raporturile care se stabilesc, pe linie de subordonare, între microstructurile Spitalului dar și între persoanele acestora. Pentru exercitarea competențelor ce-i revin, directorul general *emite Decizii*;

- **Relațiile funcționale**, raporturile care se stabilesc între două sau mai multe microstructuri, dintre care una are asupra celorlalte o autoritate funcțională ce se concretizează în transmiterea unor reglementări, indicații, proceduri, prescripții din domeniul de specialitate al activității sale. Acestea se angajează și dezvoltă în baza funcției principale pe care o îndeplinește fiecare microstructură componentă;

- **Relațiile de colaborare (cooperare)** se pot stabili între microstructurile (persoanele) din cadrul Spitalului, între acestea și alte structuri similare din alte unități sanitare, cu care nu sunt în relații de autoritate, precum și cu structuri medicale și nemedicale din afara Spitalului;

- **Relațiile de control** se stabilesc între microstructurile (persoanele) din cadrul Spitalului, investite legal în acest sens și microstructurile (persoanele) care pot fi controlate de către acestea, potrivit actelor normative în vigoare.

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

Art.67. - Accesul și circulația în cadrul Spitalului se organizează în conformitate cu prevederile legislative în vigoare. Accesul se execută prin punctul de control-acces personal și prin punctul de control-acces autovehicule.

Art.68. - Accesul persoanelor și documentele necesare accesului:

(1) Accesul în Spital pentru intervenții tehnice, reparații, activități de deservire, curățenie și întreținere este permis numai angajaților Spitalului și angajaților operatorilor economici care

au contracte cu Spitalul. Aceste activități se execută numai în prezența unui reprezentant al structurii în care se desfășoară, după ce s-au luat toate măsurile necesare de protecție împotriva accesului neautorizat la eventualele informații clasificate deținute.

(2) Accesul reprezentanților instituțiilor care, potrivit competențelor legale, au atribuții de coordonare și control se face pe baza legitimației de serviciu și a delegației speciale semnată de conducătorul autorității pe care o reprezintă. Accesul în locuri în care se gestionează informații clasificate (zonele de securitate și administrative) se face doar în prezența unei persoane titulare de încăpere. Accesul acestora în locuri în care se gestionează informații clasificate (zonele de securitate și administrative), la documente/informații clasificate se face doar pe baza documentelor de acces la informații clasificate menționate expres în delegațiile de control, cu respectarea principiului “necesitatea de a cunoaște”.

Art.69. - Accesul și controlul vehiculelor

(1) Accesul autovehiculelor proprii ale personalului Spitalului se face controlat, pe baza listei întocmite de Serviciul Logistic și a legitimației de serviciu/ ecuson eliberat de Spital.

(2) Accesul autovehiculelor altor instituții/furnizori este permis pe baza foii de parcurs, însoțită de documentele de identitate ale conducătorului vehiculului; accesul celorlalte persoane din vehicul se efectuează după regulile generale de acces; la autovehiculele care transportă diferite materiale se verifică, în plus, și documentele de însoțire a mărfii.

(3) Autovehiculele de intervenție și ale societăților de prestări servicii vor intra în baza delegației de serviciu, prin punctul de control acces nr. 2 (strada Brașovului), după legitimare și obținerea de către personalul de serviciu a aprobării accesului.

(4) Accesul în incinta obiectivului al autoturismelor aparținând altor persoane din afara spitalului, este INTERZIS, cu excepția situației în care acestea transportă pacienți nedeplasabili din punct de vedere locomotor. Accesul acestora din urmă se permite în baza documentelor de identitate ale persoanelor aflate în autoturism și a regulilor generale de acces în unitate.

(5) Posesorii autovehiculelor sunt obligați:

- să parcheze autovehiculul numai pe locul care i s-a indicat, fără a obstrucționa accesul persoanelor sau autovehiculelor;

- să prezinte pentru verificare documentele sau materialele care urmează a fi introduse sau scoase din perimetrul obiectivului;

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

(6) Pacienții cu dizabilități internați în Spital beneficiază de locuri de parcare special amenajate și marcate corespunzător, pe toată perioada internării.

Art.70. - Controlul materialelor

(1) Asigurarea cu echipamente, materiale, medicamente etc., necesare Spitalului se face pe baza comenzilor de achiziții, în format electronic sau letric, înaintate unităților distribuitoare de către compartimentul Achiziții și semnată de către directorul general al SCAI Oradea. Persoanele desemnate, din cadrul comisiei de recepție care urmează să preia respectivele

articole, execută verificarea materialelor care urmează să fie introduse în Spital pe baza actelor de primire (avizului de însoțire a mărfii și facturilor fiscale).

(2) Toate bunurile care se scot din unitate (bunuri provenite din casare, deșeuri, etc) se scot pe baza de document justificativ/documente de însoțire a mărfii.

Art.71. - Personalul din cadrul Spitalului are obligația să prezinte, de fiecare dată, atât la intrarea cât și la ieșirea din incinta obiectivului, documentele de acces și să se supună controlului celor care răspund de securitatea obiectivului. La cererea personalului de serviciu la punctul de control acces, pe lângă permisul de acces, se prezintă și alte documente care să ateste identitatea persoanei.

Art.72. – Accesul persoanelor din afara spitalului în zonele cu acces limitat/interzis sau administrative este permis numai dacă acestea sunt însoțite de personal anume desemnat de directorul general Spitalului.

Art.73. - În cazul modificării datelor personale (schimbarea datelor de identitate etc.), posesorul documentelor de acces în obiectiv are obligația să solicite schimbarea acestora în termen de maximum 10 zile. Schimbarea documentelor de acces se face în maximum 30 de zile.

Art.74. - Documentele de acces sunt valabile numai pentru perioada în care posesorul întrunește condițiile în baza cărora acestea au fost eliberate. În cazul încetării raporturilor de muncă/serviciu, posesorul documentelor de acces are obligația să le predea la structura de resurse umane a Spitalului.

Art.75. - Pierderea ori distrugerea documentelor de acces se raportează imediat ierarhic. Directorul general dispune cercetarea împrejurărilor în care s-a produs pierderea și ia măsuri pentru prevenirea folosirii neautorizate a documentelor pierdute.

Art.76. - Evidența permiselor de acces în spital și de acces în zonele de securitate și zonele administrative este atribuția structurii de securitate.

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

Art.77. – În conformitate cu prevederile cap. II articolul 1, litera r) din *O.M.S. nr. 1101/2016 privind aprobarea „Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare”*, întregul personal care vine în contact cu pacienții, care manipulează, prepară sau distribuie medicația, hrana și lenjeria, utilizează aparatura, echipamente în procesul de acordare a îngrijirilor (medici, farmaciști, asistente, îngrijitoare, infirmiere, brancardieri, bucătărese, spălătorese, etc.) va fi supus unei examinări la intrarea în serviciu, pentru evaluarea stării de sănătate și depistarea precoce a eventualelor boli transmisibile, în vederea prevenirii I.A.A.M.

Art.78. – (1) Triajul epidemiologic cuprinde evaluarea stării de sănătate a persoanelor care urmează să intre în serviciu și va cuprinde observații asupra prezenței de simptome decelabile: febră, rinoree, disfagie, tuse, stare generală alterată, vărsături, diaree, infecții sau erupții cutanate sugestive pentru o boală infecto-contagioasă.

(2) Fiecare secție medicală deține în acest sens un „*Registru de triaj epidemiologic al personalului*”, care va fi completat zilnic, pentru fiecare tură de lucru, înaintea începerii activității, de către asistenta șefă/coordonatoare în timpul programului acesteia sau persoana desemnată de aceasta în lipsa sa, precum și pe celelalte ture.

(3) De asemenea, în cadrul blocului alimentar există un „*Registru de triaj epidemiologic al personalului*”, care va fi completat zilnic, pentru fiecare tură de lucru, înaintea începerii activității, de către personalul C.P.I.A.A.M. în zilele lucrătoare și de medicul din linia de gardă a serviciului de urgență al spitalului pentru turele care execută serviciu în afara programului C.P.I.A.A.M. sau în zilele libere și 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 anunță șeful de secție/compartiment sau medicul de gardă, după caz. Acesta examinează persoana și hotărăște dacă starea de sănătate îi permite îndeplinirea obligațiilor de serviciu, după care notează în respectivul registru diagnosticul și decizia sa, apoi semnează și parafează. Orice suspiciune de boală transmisibilă se declară de șeful de secție/medicul de gardă către C.P.I.A.A.M.

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

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

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

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

(9) Întreg personalul care vine în contact cu pacienții, precum și personalul care prepară hrana are obligația de a autodeclara voluntar îmbolnăvirile.

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

IX.4. Apărarea împotriva incendiilor

Art.79. – Activitatea de prevenire și stingere a incendiilor în cadrul Spitalului este organizată și se desfășoară în conformitate cu prevederile Legii 307/2006, *Ordinului comun al M.A.I./M.S. nr. 146/1427 din 2013 pentru aprobarea Dispozițiilor generale de apărare împotriva incendiilor la unități sanitare* și cu „*Planul de apărare împotriva incendiilor*”, aprobat de directorul general spitalului.

Art.80. – (1) Scopul prezentei reglementări de apărare împotriva incendiilor este de prevenire și reducere a riscurilor de producere a incendiilor, de asigurare a condițiilor pentru limitarea propagării și dezvoltării acestora prin măsuri tehnice și organizatorice, pentru protecția utilizatorilor, forțelor care acționează la intervenție, bunurilor și mediului împotriva efectelor incendiilor.

(2) Șefii structurilor/microstructurilor funcționale ale Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea răspund de aplicarea și respectarea normelor de prevenire și stingere a incendiilor pentru personalul din subordine și cooperează cu personalul responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor, nominalizat de către directorul general al Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea prin decizie internă.

(3) Întreg personalul Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea este obligat:

- a) să-și însușească și să aplice normele de prevenire și stingere a incendiilor stabilite pentru locul de muncă în care își desfășoară activitatea;
- b) să cunoască și să respecte măsurile de apărare împotriva incendiilor aduse la cunoștință sub orice formă de către directorul general Spitalului;
- c) să utilizeze conform instrucțiunilor de exploatare substanțele periculoase, instalațiile, utilajele, mașinile, aparatura și echipamentele de lucru;
- d) să nu efectueze manevre nepermise ale mijloacelor tehnice de protecție sau de intervenție pentru stingerea incendiilor;
- e) să coopereze cu personalul desemnat de director general în vederea realizării măsurilor de apărare împotriva incendiilor;
- f) să comunice imediat șefilor nemijlociți orice situație pe care o consideră pericol de incendiu, precum și orice defecțiune sesizată la sistemele de protecție sau de intervenție pentru stingerea incendiilor.

(4) Activitatea de instruire a personalului se desfășoară în conformitate cu prevederile legislației menționate la art. 79 și a precizărilor directorului general consemnate în decizie internă.

(5) În Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea, principalele categorii de utilizatori nominalizați la alin. (1) sunt:

- a) pacienți/persoane internate/beneficiari ai actului medical;
- b) personalul medical;
- c) personalul mediu sanitar și auxiliar care desfășoară activități complementare actului medical;
- d) personalul tehnic-administrativ;
- e) însoțitorii persoanelor cu handicap/apartinători;
- f) studenți, cursanți, practicanți;
- g) vizitatori;
- h) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreținere;
- i) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale.

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

Art.81. – 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 redisolării 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.82. - 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/apartinătorilor și a vizitatorilor, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie;
- d) să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență;
- e) păstrarea permanentă a căilor de evacuare libere;
- f) menținerea în stare operațională a surselor alternative de alimentare cu energie electrică și a iluminatului de siguranță;
- g) menținerea în stare de funcționare a instalației de alarmare și avertizare/semnalizare;
- h) marcarea corespunzătoare a căilor de evacuare;
- i) asigurarea existenței mijloacelor specifice de evacuare: târgi, cărucioare, paturi cu roțile.
- j) să respecte normele generale de apărare împotriva incendiilor, prevederile normelor legale incidente prezentei reglementări, precum și regulile și măsurile specifice stabilite în cadrul spitalului;
- k) să respecte instrucțiunile specifice de exploatare a aparatelor/echipamentelor aflate în dotarea spitalului;
- l) să intervină, conform instrucțiunilor proprii de apărare împotriva incendiilor, pentru stingerea oricărui început de incendiu, utilizând mijloacele de apărare împotriva incendiilor din dotare.

Art.83. – Obligațiile generale specifice pacienților internati, însoțitorilor/apartinătorilor și vizitatorilor sunt următoarele:

- a) să respecte instrucțiunile/regulile specifice privind apărarea împotriva incendiilor;

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

Art.84. – Regulile generale obligatorii valabile pentru toate categoriile de utilizatori 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 personalului propriu în situații de urgență, pentru evacuarea în siguranță a clădirilor;
- c) să nu deterioreze mijloacele tehnice portabile de stins incendii.

Art.85. - Pentru asigurarea condițiilor de evacuare și salvare a utilizatorilor în siguranță în situațiile de urgență care impun evacuarea, se interzice:

- a) blocarea în poziție deschisă a ușilor caselor 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 căile de evacuare, prevăzute cu sisteme de acționare electrică, precum și amplasarea de obiecte de mobilier în spațiile de manevră ale acestora;
- c) blocarea căilor de acces, de evacuare și de intervenție cu materiale, echipamente sau aparatură păstrate/depozitate care reduc lățimea sau înălțimea liberă de circulație stabilită ori care prezintă pericol de incendiu sau explozie, precum și efectuarea unor modificări la acestea, prin care se modifica situația inițială;
- d) amenajarea de boxe ori locuri de lucru, depozitarea de materiale, mobilier sau obiecte, amplasarea de copiatoare, dozatoare pentru sucuri/cafea etc., care ar putea împiedica evacuarea persoanelor și bunurilor, precum și accesul personalului de intervenție;
- e) încuierea ușilor de pe traseele de evacuare a utilizatorilor;
- f) blocarea căilor de evacuare, acces și intervenție, a hidranților de incendiu interiori și exteriori, a surselor de apă, a intrărilor în clădiri și a scărilor exterioare de acces către poduri și terase cu diferite materiale, mărfuri, precum și prin parcare mijloacelor de transport și se asigură curățarea acestora pe timp nefavorabil și întreținerea periodică pentru a fi practicabile/utilizabile în orice situație.

Art.86. - 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.87. – Situațiile de urgență sunt acele evenimente excepționale, cu caracter non-militar, care prin amploare și intensitate amenință viața și sănătatea populației, mediului înconjurător, valorile materiale și culturale importante, iar pentru restabilirea stării de normalitate sunt necesare adoptarea de măsuri și acțiuni urgente, alocarea de resurse suplimentare și managementul unitar al forțelor și mijloacelor implicate. **Situațiile de urgență care impun evacuarea, în raport de amploarea acestora, sunt următoarele:**

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

Art.88. –Etapale procesului de evacuare în cazul manifestării unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice sau explozie, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

- f) Tuturor persoanelor din clădire, inclusiv cele cu dizabilități și/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) li se recomandă să numere de la 1 la 60 pentru a avea o percepție reală asupra timpului.
- g) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă obiecte grele amplasate pe pereți, respectiv tablouri, ghivece cu flori, etc.
- h) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă ferestre deoarece geamurile se pot sparge în timpul evenimentului.
- i) Sub nici o formă nu se vor parcurge scările în timpul producerii evenimentului, fiind deasemenea, interzisă utilizarea lifturilor, așteptându-se liniștirea situației.
- j) După seism personalul din cadrul unității sanitare va verifica siguranța încăperilor și căilor de evacuare din componența clădirii și spațiilor specifice, precum și dacă există răniți.
- k) După încetarea evenimentului, personalul nominalizat în echipa responsabilă cu evacuarea/salvarea utilizatorilor pentru fiecare nivel al construcției și spațiilor specifice va asigura verificarea stării traseelor de evacuare (scări interioare, holuri, coridoare, uși, ieșiri, etc.), iar în cazul în care acestea sunt libere, neblockate, va da semnalul de alarmare/evacuare stabilit de conducerea unității sanitare.
- l) În funcție de starea clădirii, ordinea de evacuare (pe orizontală, pe verticală, parțială sau totală) va fi stabilită potrivit urgențelor.
- m) Șeful echipei de evacuare/salvare coordonează evacuarea utilizatorilor pe nivelul pentru care a fost desemnat.
- n) La acțiunile de evacuare/salvare pot participa rudele pacienților aflate în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirii și spațiilor specifice unității sanitare.
- o) Cadrele medicale care au în grijă pacienți cu dizabilități și/sau handicap locomotor (nedeplasabili) verifică dacă însoțitorii au grijă de aceștia și îi pregătesc pentru evacuare/salvare.
- p) Persoanele care vor ieși primele din clădire sunt utilizatorii spațiilor ce se află în saloane/rezerve/cabinete/spații situate la parter, în ordinea apropierii acestora față de ieșiri, urmând ca afluirea personalului spre exteriorul clădirilor, să se realizeze de la etajele superioare ale clădirilor, după caz.
- q) Utilizatorii spațiilor care prezintă dizabilități și/sau handicap locomotor (nedeplasabili) vor fi sprijiniți de persoanele însoțitoare care-i vor ajuta să se evacueze.
- r) Pe timpul derulării operațiunilor de evacuare se va evita aglomerația holurilor, în special a scărilor și se va circula, pe cât posibil, pe lângă pereții ce nu au ferestre (de preferat).
- s) Pentru protecția personală, utilizatorii pot folosi orice obiect pe care îl vor plasa deasupra capului, care va fi menținut în această poziție de la ieșirea din clădire până la locurile de adunare.
- t) Toți utilizatorii construcției ies din clădire în șir de câte o persoană folosind toate traseele stabilite ca sigure în urma verificării integrității acestora spre locurile de adunare stabilite. Locul de adunare este amplasat și semnalizat în centrul curții interioare, lângă terenul de tenis, .

- 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 directorului general spitalului/șefului secției/compartimentului din care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, personalului desemnat cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor/personalului de specialitate cu atribuții în domeniul situațiilor de urgență.
- v) În situația în care există persoane care, datorită afectării construcției în urma producerii seismului (scări rupte, prăbușite, pereți căzuți, etc.) au rămas blocate în diverse spații, acestea vor folosi mijloace acustice (bătăi în corpuri metalice/pereți sau alte obiecte dure, strigăte de ajutor, etc.) pentru a fi auzite de personalul echipelor de evacuare/salvare din cadrul serviciilor profesionale pentru situații de urgență chemați pentru intervenție prin apel la numărul unic 112.

Art.89. – 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 Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea, de către persoana desemnata cu atribuții în acest domeniu/inlocuitorul legal sau altă persoană stabilită în acest sens. În cazul în care nu funcționează sistemul, alarmarea se va face prin voce, semnalizând acustic (clopot) 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/zonelor 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/compartimentului în care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.
- k) Personalul responsabil cu verificarea evacuării tuturor utilizatorilor va verifica toate încăperile aferente fiecărui nivel al clădirilor și spațiilor respective pentru a se asigura că nu au rămas persoane în respectivele locații și că toți utilizatorii acestora au părăsit încăperile și/sau au fost evacuați și anunță rezultatul conducătorului unității sanitare/șefului secției în care au fost evacuați pacienții, după caz, sau în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.
- l) Se va intra în clădiri doar după intervenția și cu acordul serviciilor de urgență profesionale.
- m) În cazul în care incendiul este de mică amploare personalul stabilit în organizarea intervenției de stingere la locul de muncă va acționa cu mijloace de primă intervenție din dotare (stingătoare 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 utilizarea de mijloace de transport, cum ar fi cărucioare, târgi, 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.90. – Etapele procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Stabilirea priorităților de evacuare ținând cont de autonomia de deplasare a beneficiarilor actului medical, procedurile specifice actului medical, mijloacele de transport pentru personalul evacuat, dimensiunea căilor de evacuare. În situații care impun evacuarea și relocarea pacienților, responsabilitatea pentru stabilirea priorităților de evacuare revine:

- Directorului medical (înlocuitorului legal), în cazul unei evacuări/ relocări totale/generale;
 - Șefilor de secție/compartiment (înlocuitorului legal), în situația unei evacuări/relocări parțiale.
- b) măsură preliminară în astfel de situații este marcarea din timp de către asistenții medicali șefi/coordonatori 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 șefi prin luarea în considerare a autonomiei pacienților în caz de producere a unor urgențe.
- c) Evacuarea pacienților se realizează:
- în mod organizat, sub supravegherea directă și strictă a personalului medical stabilit prin dispoziția conducerii spitalului;
 - pe locurile dinainte stabilite în incinta spitalului, în baza planurilor de evacuare.
- d) Evacuarea în cazul pacienților grav bolnavi, în incapacitate de mișcare din cauza dependenței acestora de echipamentele medicale care le asigură menținerea funcțiilor vitale se realizează cu asistență nemijlocită a personalului medical și, dacă este cazul, se asigură transportul către alte spitale utilizându-se unități mobile de reanimare;
- e) Locul de adunare temporară la evacuarea clădirii în diferite situații este în centrul curții interioare, lângă terenul de tenis (acestea nu se amplasează în proximitatea clădirilor);
- f) La finalul operațiunilor de evacuare, directorul medical sau șefii/coordonatorii de secții/compartimente (înlocuitorii legali), după caz, verifică lista pacienților pentru a se stabili dacă au fost evacuate toate persoanele.
- g) După analizarea situațiilor și a consecințelor/urmărilor evenimentului care a generat evacuarea, conducerea spitalului decide:
- dacă este posibilă revenirea pacienților în spațiile din care au fost evacuați dacă acestea nu sunt afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;
 - dacă este necesară și posibilă relocarea pacienților în alte spații la nivelul spitalului, care nu au fost afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;
 - dacă este necesară relocarea pacienților în alte spații/unități sanitare, caz în care se dispune solicitarea sprijinului structurilor specializate de intervenție în situații de urgență prin apelarea numărului unic 112. Până la sosirea echipajelor specializate pentru evacuarea și relocarea pacienților, acestora continuă să li se asigure asistență medicală, în limita posibilităților, în spații neafectate, amenajate temporar în incinta spitalului sau în curtea interioară a spitalului.
 - Anual, prin decizie a directorului general se numește personalul propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor, care nu se pot evacua singure.

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

Art.91. (1) Evacuarea clădirilor/spațiilor precum și a medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se realizează în baza unui *”Plan de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă”*, întocmit și actualizat în permanență de către responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor.

(2) În *”Planul de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă”* sunt prevăzute persoanele convocate pentru fiecare tip de situație cu risc identificată și înlocuitorii acestora, responsabilitățile care revin respectivelor persoane în diferite situații de urgență, precum și schema de alarmare pentru situații cu risc/urgențe/catastrofe.

(3) Planul de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă prevede modul de anunțare al echipelor de intervenție pentru diverse situații cu risc/urgențe/catastrofe.

(4) Prevederile referitoare la responsabilitățile în caz de dezastru natural și/sau catastrofă sunt menționate în fișele de post ale persoanelor responsabile cu intervenția în caz de dezastru natural și/sau catastrofă, prin grija șefilor ierarhici ai acestora, aspect care se verifică de către responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor.

(5) Anual, prin grija responsabilului cu apărarea împotriva incendiilor, se planifică simularea/verificarea funcționalității schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural și/sau catastrofă.

Art.92. (1) Evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se va face de către personalul spitalului în mod organizat, numai după primirea acordului serviciilor de urgență profesionale.

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

(3) Evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate se va face prin relocarea acestora în spații neafectate, acordându-se prioritate acelor materiale/echipamente de strictă necesitate, considerate ca fiind critice pentru îndeplinirea obiectivelor spitalului. Se va urmări de asemenea relocarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale cu valoare ridicată din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență.

(4) Funcție de amploare, activitatea de evacuare a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență este condusă de către directorul general al Spitalului sau responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor. Indiferent de natura/valoarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale care se doresc a fi evacuate din clădirile/spațiile afectate în

urma producerii diferitelor situații de urgență se va acorda o prioritate maximă siguranței personalului implicat în evacuare.

Art.93. -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale provocată de manifestarea unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice, explozie sau de producerea unui incendiu sunt următorii:

- a) Numărul de instruiți privind punerea în practică a măsurilor stabilite în diferite situații, în ultimul an calendaristic, planificate și executate, sa fie cel puțin 95% din numărul angajaților;
- b) Numărul verificărilor/ controalelor planificate privind cunoașterea de către personal a reglementărilor și a modului de acțiune în diferite situații, sa fie egal cu numărul verificărilor/controalelor efectuate, în ultimul an calendaristic;
- c) Numărul exercițiilor de evacuare a clădirilor, în diferite situații, planificate și executate, sa fie de minim 1 exercițiu / trimestru, pentru spațiile în care se află persoane netransportabile, în ultimul an calendaristic;
- d) Planificarea și executarea a minim 1 exercițiu de evacuare în cooperare cu I.S.U. Crișana, pe ultimul an calendaristic;
- e) În urma evaluării anuale a nivelului de apărare împotriva incendiilor, resursele alocate necesare dotării cu mijloace tehnice împotriva incendiilor conform normativelor specifice și pentru menținerea funcționalității celor existente sa fie minim 80% din totalul resurselor necesare.
- f) Codificarea privind mobilitatea pacienților sa fie respectată în proporție de cel puțin 95% în cazul pacienților relocați, în ultimul an calendaristic;
- g) Sunt disponibile cel puțin 95% târgi, cărucioare, paturi cu roțile din necesarul de 100% pentru evacuarea pacienților, pe ultimul an calendaristic;
- h) Este disponibil cel puțin 95% personal care intervine pentru evacuarea pacienților nedeplasabili din saloanele marcate cu codul roșu, din necesarul de 100%, pe ultimul an calendaristic ;
- i) Un procent de 100% din paturile din saloanele cu pacienți nedeplasabili sunt mobile și pot fi evacuate pe ușă.

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

Art. 94. –Reglementarea procesului de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute are ca principale scopuri:

- a)Asigură aducerea la cunoștință personalului spitalului, în timp oportun, a legilor, regulamentelor, ordinelor, normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute care vizează activități importante în cadrul Spitalului;

- b) Asigură posibilitatea explicării unor termeni sau prevederi normative nou intrate în vigoare asigurându-se o conduită unitară a factorilor de răspundere din cadrul Spitalului în ceea ce privește aplicarea noilor norme legislative intrate în vigoare.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - interpretarea / aplicarea eronată a unor termeni sau prevederi normative;
 - consecințe asupra personalului sau instituției.

Art. 95. –Procesul de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Prin grija consilierului juridic actele normative nou intrate în vigoare sau cele modificate și/sau completate, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se postează într-unul din subdomeniile/folderele existente în directorul "*Noutăți legislative*" dispus pe serverul spitalului, în termen maxim de 30 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 30 zile lucrătoare de la data publicării acestora în Monitorul Oficial.
- c) Despre intrarea în vigoare a unor noi acte normative sau despre modificarea și completarea unor acte normative în vigoare, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, prin grija consilierului juridic se întocmesc și se afișează la unul din avizierele Spitalului anunțuri privind intrarea în vigoare, modificarea și/sau completarea diferitelor acte normative incidente domeniilor de activitate ale Spitalului. Respectivetele anunțuri cuprind, după caz:
 - i. Denumirea actelor normative nou intrate în vigoare;
 - ii. Denumirea actelor normative modificate și/sau completate, cu menționarea datei la care acestea au fost ultima dată modificate și/sau completate;
 - iii. Atunci când se consideră necesar se menționează scurte indicații privind impactul pe care îl aduce intrarea în vigoare a respectivelor acte normative;
 - iv. Denumirea directorului și a subdomeniului/folderului acestuia în care se postează actele normative nou intrate în vigoare sau cele modificate și/sau completate.
- d) Legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute sau cele care presupun modificarea și/sau completarea unor acte normative aflate în vigoare, care vizează activități importante în cadrul Spitalului și care sunt de interes

general pentru personalul Spitalului, se prezintă personalului acestuia de către directorul general al Spitalului/ șefii de microstructuri ale Spitalului, la propunerea șefilor acestora în a căror responsabilitate intră domeniul incident al respectivelor norme, în cadrul ședințelor de prelucrări de ordine care au loc săptămânal, la raportul de gardă cu participare lărgită a întregului personal al Spitalului (nu participă personalul aflat în tură liberă, recuperare, concedii, precum și personalul a cărui prezență este strict necesară în compartimentele în care își desfășoară activitatea).

- e) Cu ocazia executării activității enunțate la punctul precedent, după caz, persoanele care prezintă legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute sau cele care presupun modificarea și/sau completarea unor acte normative aflate în vigoare, vor face precizări privind impactul pe care-l are intrarea în vigoare a respectivelor norme și responsabilitățile care revin personalului Spitalului.
- f) Șefii de microstructuri din cadrul Spitalului au obligația de a informa verbal personalul din subordine care nu a participat la raportul de gardă cu participare lărgită a întregului personal al Spitalului, despre intrarea în vigoare și/sau modificarea unor acte normative incidente domeniului de activitate, în prima zi lucrătoare în care respectivele persoane se prezintă la serviciu.
- g) Legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute care vizează doar anumite domenii din cadrul Spitalului și care sunt de interes doar pentru personalul anumitor microstructuri, se prezintă personalului acestora de către șefii de microstructuri în a căror responsabilitate intră domeniul incident al respectivelor norme, imediat după luarea la cunoștință privind intrarea în vigoare a acestora.

Art. 96. - În situația în care parte din personalul Spitalului nu participă, din motive întemeiate, la raportul de gardă în care se aduce la cunoștință despre intrarea în vigoare sau/și despre modificări ale unor acte normative aflate în vigoare, care vizează activități importante în cadrul Spitalului și care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, este obligat ca în prima zi în care se prezintă la program, ulterioară executării respectivei activități, să procedeze la luarea la cunoștință a prevederilor legale prezentate în cadrul activităților la care nu a participat, consultând în acest sens anunțurile postate la avizierele Spitalului despre modificarea și/sau completarea diferitelor acte normative incidente domeniilor de activitate ale Spitalului.

Art. 97. - Indicatorii de eficiență (dupa caz) și eficacitate a activității de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute, sunt următorii:

- a) Cel puțin 95% din numărul actelor normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, au fost postate, după caz, pe serverul Spitalului, la avizier, în termenul stabilit, în ultimul an calendaristic;
- b) Procentul acte normative noi, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, care au fost prezentate la rapoartele de gardă cu participare lărgită, în termenul stabilit, sa fie minim 10% din totalul actelor normative noi, intrate în vigoare, în ultimul an calendaristic.

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

Art. 98. –Reglementarea procesului de prelucrare a datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora are ca principale scopuri:

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

Art. 99. –Procesul de protecție a datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora) presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

privire la riscurile ce le comportă această activitate. Deasemenea pentru menținerea securității prelucrării datelor cu caracter personal se va interzice folosirea de către utilizatori a programelor software care provin din surse externe și implementarea unor sisteme de devirusare.

Art. 100. - (1) În cazul procesului de furnizare a serviciilor medicale Spitalul colectează și prelucrează date cu caracter personal aparținând pacienților, medicilor, angajaților și candidaților care acced la un post în cadrul spitalului, după cum urmează:

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

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

Art. 101. - Datele personale privind starea de sănătate sunt protejate conform regulilor stabilite de legislația în domeniul drepturilor pacienților, prelucrarea acestora fiind permisă numai cu respectarea secretului profesional.

Art. 102. - Pentru conformarea la cerințele legale sau de acreditare, o parte din aceste date personale sunt transmise către terțe părți: Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, CASAOPSNAJ, SNSP, D.S.P., REVISAL și ANAF, transmiterea făcându-se cu respectarea prevederilor legale privind protecția datelor personale, utilizând după caz sisteme de criptare, pseudonimizare sau anonimizare.

Art. 103.- (1) Datele personale pot fi păstrate în scopuri statistice, științifice sau istorice, colectarea și prelucrarea acestora făcându-se atât prin utilizarea suportului de hârtie, cât și cu ajutorul unor aplicații informatice, după caz.

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

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

Art. 104. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării privind modul de prelucrare a datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora:

- a) Numărul de reclamații cu privire la asigurarea confidențialității datelor și informațiilor personale precum și păstrarea în siguranță a acestora, în cadrul activității spitalului, sa fie de maxim 10% din total reclamatii, în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de reclamații cu privire la asigurarea accesului la datele personale ale pacientului determinate de îngrădirea drepturilor pacienților/aparținătorilor, sa nu depășească 10% din total reclamatii, în ultimul an calendaristic.

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

Art.105. –Reglementarea modalității în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, are ca principale scopuri:

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

Art.106. - Modul în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală, de la medici din cadrul spitalului sau medici acreditați din afara Spitalului.
- b) În sensul celor menționate la lit. a), medicul curant asigură completarea de către pacient/reprezentantul legal a rubricii ”*Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală*” din formularul ”*Acordul pacientului informat*” – instituit de prevederile O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se regăsește în F.O.C.G., prin bifarea căsuței ”DA”, urmată de obținerea semnăturii pacientului.
- c) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o ”a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia prin asigurarea accesului medicului indicat de către pacient la acesta și la datele sale medicale, situație în care pacientul va achita la casieria spitalului contravaloarea serviciilor medicale prestate la cerere.

- d) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, iar acest aspect presupune repetarea respectivelor investigații dar cu alte echipamente medicale decât cele utilizate în prima etapă, medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia, situație în care pacientul va achita la casieria spitalului contravaloarea serviciilor medicale prestate la cerere.
- e) 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/compartiment 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).
- f) 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.
- g) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), 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.
- h) Pacienților care își manifestă dorința de a avea acces la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), li se facilitează accesul în limita convențiilor/contractelor/protocoalelor de colaborare încheiate de către Spital cu alte unități sanitare publice sau medici acreditați, care au ca subiect accesul pacienților la o “a doua opinie medicală”.
- i) Solicitarea de a avea acces la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului sau din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), se poate formula de către pacient în scris sau verbal.
- j) Exprimarea unei o ”a doua opinii medicale” de către medici încadrați în cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, 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.

- k) Exprimarea unei o "a doua opinii medicale" de către medici acreditați încadrați în cadrul altor unități sanitare decât ai Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, 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.
- l) Plata serviciilor medicale acordate pacienților internați de către unități sanitare publice/medici acreditați din afara Spitalului se suportă integral de către pacienții care și-au manifestat dorința de a avea acces la o “a doua opinie medicală”, în baza tarifelor practicate de către respectivele unități sanitare publice/medici acreditați.
- m) 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”.
- n) Anual, de regulă în luna decembrie, prin grija directorului medical, Consiliul medical va analiza situația cazurilor pentru care a fost solicitată o ”a doua opinie medicală”, primită de la medici angajați ai spitalului. În acest sens, lunar, în cadrul ședințelor Consiliului medical se vor centraliza de către secretarul Consiliului medical situațiile pentru care a fost solicitată o ”a doua opinie medicală”, primită de la medici angajați ai spitalului.

Art.107. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării privind modul în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” unor alți medici angajați ai spitalului precum și medicilor care nu sunt angajați ai spitalului, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate sunt următorii:

- a) Asigurarea la cerere a accesului la o “a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), sa fie cel puțin 95% din numărul 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 și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), sa fie cel puțin 95% din numărul pacienților care solicită acest lucru, pe parcursul ultimului an calendaristic.
- c) Încheierea a cel puțin doua convenții/contracte/protocoale de colaborare încheiate de către SCAI Oradea cu alte unități sanitare publice sau medici acreditați, care au ca subiect accesul pacienților la o “a doua opinie medicală”, în ultimul an calendaristic.
- 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 și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate) în specialități medicale similare celor din Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea sa fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.

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

Art.108. – Reglementarea procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal are ca principale scopuri:

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

Art.109. –Etapel procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

- metoda de prevenție, diagnostic, tratament la care urmează să fie supusă persoana în cauză să facă parte din specialitatea/competența medicului, asistentului medical;
- persoana în cauză să facă o solicitare scrisă către medic, asistentul medical de acordare a asistenței medicale, cu excepția cazurilor în care persoana este lipsită de discernământ sau a situațiilor de urgență medico-chirurgicală. Solicitarea va fi păstrată în fișa medicală sau, după caz, într-un registru special;
- aprecierea medicului, asistentului medical că prin acordarea asistenței medicale nu există riscul evident de înrăutățire a stării de sănătate a persoanei căreia i se acordă asistența medicală. Aprecierea se face după un criteriu subiectiv și nu poate constitui circumstanță agravantă în stabilirea cazului de malpraxis.

Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea are obligația de a asigura efectuarea de intervenții medicale asupra pacientului numai dacă dispune de dotările necesare și de personal acreditat pentru a acorda respectivele îngrijiri medicale sau are servicii externalizate în baza unor contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale acreditați. Intervențiile medicale asupra pacientului pot fi efectuate și în absența acestor condiții numai în cazuri de urgență apărute în situații extreme.

Refuzul acordării asistenței medicale poate avea loc strict în condițiile legii sau dacă prin solicitarea de persoană în cauză îi cere medicului acte de natură a-i știrbi independența profesională, a-i afecta imaginea morală ori solicitarea nu este conformă cu principiile fundamentale ale exercitării profesiei de medic. În urma acceptării pacientului, personalul medical acordă îngrijirile medicale conform standardelor terapeutice stabilite de protocoalele aprobate la nivel național, asigurându-se că prevalează interesul și binele pacientului.

Întrucât drepturile universale de respectare a intimității și dreptul la autodeterminare coexistă actului medical, nici un pacient nu poate fi consultat împotriva propriei voințe, obligația de îngrijire nu subzistă în cazul pacienților care refuză explicit să-și dea consimțământul pentru consult sau tratament. Refuzul pacientului de a mai primi asistența medicală se înscrie de către acesta pe formularul "Acordul pacientului informat" anexă la O.M.S. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI "Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se introduce în F.O.C.G./documentele medicale. În această situație, pacienților trebuie să li se explice consecințele refuzului sau opririi actelor medicale, persistența pacienților în a nu accepta acordarea de servicii medicale conducând la încetarea furnizării acestora fără afectarea deontologiei profesionale.

Încetarea furnizării asistenței medicale și a responsabilității medicale încetează și în situația în care pacientul nu respectă cu strictețe prescripția sau recomandarea medicală.

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

În situația în care patologia prezentată necesită și justifică asistența altui medic, cu competențe sporite sau alte competențe decât ale medicului curant, medicul curant întrerupe relația cu pacientul și îl trimite altui medic, furnizându-i acestuia din urmă toate datele medicale obținute, care justifică asistența altui medic cu competențe sporite.

Pentru a beneficia de servicii medicale pacienții respectă cu strictețe indicațiile medicului și au obligația să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar. Ori de câte ori un pacient dovedește un comportament ostil, o conduită necivilizată, medicul curant are posibilitatea de a întrerupe relația cu pacientul irevențios.

În toate situațiile în care pacientul manifestă o atitudine ostilă și/sau ireverențioasă față de medic, întreruperea relației va fi inițiată de către medic printr-o notificare adresată respectivului pacient în care își exprimă dorința terminării relației. În măsura în care nu se pune în pericol starea sănătății pacientului, medicul trimite notificarea cu cel puțin 5 zile înainte pentru a-i da posibilitatea respectivului pacient de a găsi o altă alternativă, în caz contrar medicul asigură asistența medicală până la găsirea altui medic sau până la ameliorarea stării de sănătate. În vederea realizării notificării anterior menționată, medicul trebuie să motiveze temeiul refuzului, astfel încât acesta să nu fie unul arbitrar. Notificarea se întocmește de către medicul curant în dublu exemplar, unul fiind transmis pacientului cu minimum 5 zile înaintea terminării relației, iar celălalt exemplar urmând să rămână la medic. În notificare se va preciza că terminarea relației în momentul notificării nu pune în pericol viața pacientului.

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

De asemenea, pacientul declarat DECEDAT, conform prevederilor legale în vigoare, în situația în care nu este posibilă prelevarea de organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană, deoarece nu sunt îndeplinite cerințele legale pentru obținerea acordului pentru donare sau există situații care exclud prelevarea, poate fi deconectat de la suportul mecanic ventilator sau de oxigenare extracorporeală și nu mai poate primi îngrijiri medicale în ATI.

Diagnosticul de moarte cerebrală va fi stabilit de 2 medici primari anestezie - terapie intensivă sau de un medic primar anestezie - terapie intensivă și un medic primar neurologie care vor utiliza în acest sens criteriile de diagnostic pentru confirmarea morții cerebrale prevăzute de Anexa 3 la O.M.S. 1170/2014 privind aprobarea modelelor de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare. Echipa medicală va înregistra diagnosticul de moarte cerebrală în protocolul prevăzut în Anexa 3 la același Ordin.

Art.110. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal sunt următorii:

- Număr de F.O.C.G. în care a fost consemnata decizia de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, din numărul total al FOCC ale pacienților internați, în ultimul an calendaristic;
- Număr de reclamații ale pacienților motivate de încetarea abuzivă a medicilor a asistenței medicale, să nu depășească 5% din numărul total de reclamații, în ultimul an calendaristic;
- Număr de notificări transmise pacienților în care medicii își exprimă dorința terminării relației medic-pacient, în care este motivat temeiul refuzului să nu depășească 0,05% din numărul pacienților internați, în ultimul an calendaristic.

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

Art.111. – 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:

- 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.
- Stabilirea condițiilor în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.
- Eliminarea / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art.112. – (1) Eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, care a produs prejudicii asupra pacientului, atrage răspunderea civilă a

personalului medical și/sau a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice.

Personalul medical răspunde civil pentru prejudiciile produse în exercitarea profesiei și atunci când își depășește competențele, cu excepția cazurilor de urgență în care nu este disponibil personal medical ce are competența necesară.

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:

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;
- Intervenții salvatoare de viață prin terapie electrică:
- Defibrilare;
- Cardioversie de urgență;
- Pacing extern;

Intervenții salvatoare de viață prin următoarele proceduri:

- Decompresia pneumotoraxului sufocant;
- Pericardiocenteza;
- Toracotomie de urgență;
- Compresiuni toracice externe;

Intervenții salvatoare de viață prin intervenții hemodinamice:

- Resuscitare volemică cu fluide i.v.;
- Administrare de sânge;
- Controlul sângerărilor majore;

Intervenții salvatoare de viață prin administrarea de medicamente:

- Naloxone;
- Glucoza 33%;
- Dopamină;
- Atropină;
- Adenozin;
- Adrenalină.

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, $\text{SaO}_2 < 90\%$, modificări acute ale statusului mental, inconștient.

Exemple de situații în care pacienții necesită intervenții salvatoare de viață:

- stopul cardiorespirator;
- insuficiență respiratorie severă; – $\text{SpO}_2 < 90\%$;
- pacienții sever traumatizați care nu răspund la stimuli verbali;
- pacienții cu supradoză medicamentos și $\text{FR} \leq 6$ resp./min.;

Nu se consideră intervenții salvatoare de viață următoarele:

Administrarea de oxigen:

- pe mască facială
- pe canulă nazală;

Monitorizarea cardiacă;

Următoarele teste diagnostice:

- electrocardiograma;
- testele de laborator;
- CT sau ecografie FAST în traumă;
- Ecografie;
- Linie i.v.;
- gardă i.v. pentru administrarea medicației;

Administrarea următoarelor medicamente:

- Aspirină;
- Nitroglicerină i.v.;
- Antibiotice;
- Heparină;
- Analgetice;
- Beta-agoniști pe cale inhalatorie.

Art.113. – (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 Clinic „Avram Iancu” Oradea 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.

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 ordinul Nr. 1.411 din 12 decembrie 2016 privind modificarea și completarea ordinului ministrului sănătății publice nr. 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. **(Anexa 14)**

- c) În cazul în care la apariția unei situații de urgență cu risc vital imediat există posibilitatea și/sau timpul necesar solicitării și obținerii acordului pacientului/reprezentantului legal, rudei cele mai apropiate, autorității tutelare, actul medical se va efectua după obținerea acestuia.
- d) În situația apariției unei situații de urgență majoră cu risc vital imediat pentru pacient, personalul medico-sanitar va acționa cu promptitudine acordând asistență medicală, chiar și în lipsa dotărilor și/sau a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului.
- e) Ulterior acordării asistenței medicale și stabilizării funcțiilor vitale, personalul medico-sanitar care a efectuat îngrijirile, va solicita sprijinul personalului medico-sanitar cu competențele necesare încadrat în Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea sau, în lipsa acestuia, va direcționa pacientul către o unitate spitalicească de o categorie superioară și care îi poate acorda respectivului pacient tratamentul medical adecvat.

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

Art.114.- 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:

- Procentul situațiilor în care a fost acordată asistență medicală în situații de risc vital, chiar și în lipsa dotărilor și a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului, să fie de min. 95% din total situațiilor cu risc vital în care s-a intervenit, chiar și în lipsa dotărilor și a competențelor necesare, în ultimul an calendaristic;
- Număr de reclamații privind malpraxisul medical, în situații de risc vital în care personalul a intervenit în lipsa competențelor/dotărilor, pentru salvarea vieții pacientului să fie maxim 10% din total reclamații înregistrate pe spital, în ultimul an calendaristic.

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

Art.115. – Reglementarea procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora are ca principale scopuri:

- Stabilirea unui set unitar de reguli pentru acordarea de servicii medicale în lipsa consimțământului/acordului informat al pacientului/apartinătorului;
- Asigură continuitatea activităților de asistență medicală desfășurate în cadrul spitalului, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului medical;
- 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.116. – Etapele procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- 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, deoarece intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, personalul medical va acorda asistența medicală fără acordul pacientului.
- Ulterior, medicul/ asistentul medical care a/ au efectuat îngrijirea va/ vor efectua un raport scris ce va fi păstrat la foaia de observație a pacientului, prin completarea formularului de *“Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență”* prevăzut în Anexa nr. 2 la O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu respectarea următoarelor reguli:
 - În raport se vor descrie împrejurările în care a fost acordată îngrijirea medicală, cu precizarea elementelor care atestă situația de urgență, precum și a datelor din care să rezulte lipsa de discernământ a pacientului sau / și imposibilitatea exprimării acestuia;
 - Raportul trebuie să conțină numele și prenumele persoanei sau, după caz, ale persoanelor care au acordat asistența medicală, data și ora la care raportul a fost întocmit, actul medical efectuat în cauză (în detaliu), semnătura persoanei sau persoanelor care au efectuat actul medical;
 - Raportul va fi păstrat ca anexă la Foaia de observație clinică generală/Foaia de spitalizare de zi.
 - 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.
 - **Comisia de arbitraj** este constituită din 3 medici pentru pacienții internați în spital și din 2 medici pentru pacienții din ambulator. În mod obligatoriu din comisie face parte medicul curant, ceilalți membri ai comisiei vor fi medici confirmați în specialități medicale specifice patologiei pacientului pentru care a fost constituită respectiva comisie.
 - 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.117. - (1) Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la actul medical de care beneficiază. Acordul în cunoștință de cauză al pacientului cu privire la intervențiile și manevrele medicale ce pot avea consecințe imprevizibile trebuie obținut după ce pacientul este informat, la capacitatea lui de înțelegere, comunicându-se orice informație utilă pentru a lua decizia cea mai potrivită, ulterior completând formularul de consimțământ informat.

(2) Pentru legalitate, consimțământul implică următoarele componente:

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

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

Art.118. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora sunt următorii:

- a) Numarul reclamatilor pacientilor carora li s-a acordat asistența medicala într-o situație de urgență medicală, fără acordul lor, 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, sa fie cel mult 5% din numarul reclamatilor inregistrate, in ultimul an calendaristic
- b) Procentul ”*Rapoartelor privind asistența medicală acordată în situații de urgență*” completate în ultimul an calendaristic sa fie cel puțin 95% din 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.
- c) Procentul Comisiilor de arbitraj constituite ilegal sa fie de maxim 1% din totalul Comisiilor de arbitraj constituite la nivelul spitalului, în ultimul an calendaristic.

IX.12. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate

Art. 119. –Reglementarea procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate are ca principale scopuri:

- a) menținerea unui climat de liniște și confort pentru pacient;
- b) siguranța pacientului și protejarea bunurilor acestuia;
- c) protejarea imaginii pacientului împotriva filmării/fotografierii în incinta spitalului în scopuri care le exclud pe cele medicale.

Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- dispariția bunurilor personale ale pacientului;
- apariția unor conflicte.

Art. 120. - Etapele procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

Art.121. - Cu excepția situațiilor în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, fotografierea sau filmarea pacienților în spital se efectuează numai cu consimțământul scris al acestora, obținut prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind*

filmarea/fotografierea” prevăzut în anexa nr. 1 la O.M.S. nr. 1410/2016 – Norme de aplicare a Legii nr.46/2003 a drepturilor pacienților, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 122. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate sunt următorii:

- a) Număr de reclamații ale pacienților care au subiect afectarea siguranței pacientului prin intruziuni externe sa nu depaseasca 1% din numărul de pacienți externați, în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de reclamații ale pacienților care au subiect furturi de bunuri de valoare sa nu depaseasca 1% în raport cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic;
- c) Număr de situații în care personalul medical a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe, sa fie de cel mult 1% în raport cu numărul de pacienți externați, în ultimul an calendaristic;
- d) Număr de situații în care personalul de pază a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe,sa fie de cel mult 1% în raport cu numărul de pacienți externați, în ultimul an calendaristic.

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

Art.123. – (1) Reglementarea procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale are ca principale scopuri:

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

Art.124. –Etaplele procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Asigurarea continuității asistenței medicale este obligatorie pentru unitățile sanitare publice din sectorul sanitar și se asigură de către medici prin serviciul de gardă și prin serviciu în două sau trei ture, după caz, de către personalul sanitar și auxiliar-sanitar.
- b) Organizarea serviciului de gardă permanent și a liniilor de gardă la domiciliu:
- i. Anual, după consultarea Consiliului medical și în baza deciziei Comitetului director, se solicită Direcției Medicale din cadrul M.A.I. aprobarea liniilor de gardă permanente și a liniilor de gardă la domiciliu care urmează să funcționeze în următorul an calendaristic;
 - ii. În baza aprobării primite, prin aplicarea prevederilor legale incidente în speță, se constituie respectivele linii de gardă formate din medicii încadrați în spital (în funcție de specialitate).
 - iii. Personalul care execută serviciul de gardă pe spital este nominalizat prin decizie internă la începutul fiecărui an, pe linii de gardă și specialități;
 - iv. Medicii din compartimentele cu paturi, care sunt incluși în linia de gardă, în cadrul timpului de muncă de 7 ore în medie pe zi, vor executa activitate curentă de 6 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare și 18 de ore de gardă lunar (obligație de gardă);
 - v. Orele de gardă se efectuează în afara programului de la norma de bază și se desfășoară în baza unui contract individual de muncă cu timp parțial;
 - vi. Graficele cu planificarea serviciilor din liniile de gardă se întocmesc lunar de către *directorul medical*, la propunerea șefilor/coordonatorilor de secții/compartimente și se aprobă de către *director general* până în data de 25 a lunii în curs pentru luna următoare;
 - vii. După aprobarea respectivelor grafice de către directorul general, aducerea acestora la cunoștință tuturor medicilor din linia de gardă se face prin aducerea la cunoștință medicilor la raportul de gardă, respectiv prin postarea intranet în „Zona Comună” – Informații medici;
 - viii. Schimbarea serviciului de gardă, după aprobarea graficului de gardă de către directorul general, se poate face numai în situații cu totul deosebite cu minim 2 zile înainte de efectuarea serviciului, prin raport al medicului care dorește schimbarea unui serviciu având semnătura persoanei care preia serviciul de gardă, cu avizul medicului șef/coordonator de secție/compartiment și aprobarea director general;
 - ix. Orele de gardă prestate și chemările de la domiciliu se consemnează în mod obligatoriu în condica de prezență pentru activitatea de gardă;
 - x. Efectuarea a două gărzi consecutive de către același medic este interzisă;
 - xi. **Este interzis medicilor care sunt de gardă să părăsească unitatea sanitară pe durata serviciului de gardă;**
 - xii. După activitatea continuă aferentă activității curente și activității într-o linie de gardă, medicul beneficiază de o perioadă de repaus de 24 de ore. Prevederea se aplică și pentru activitatea prestată într-o linie de gardă într-o zi de duminică sau de sărbătoare legală care este urmată de o zi normală de lucru. În situația în care se acordă ziua liberă prevăzută anterior, completarea orelor care fac parte din norma de bază, de 5, 6 sau 7 ore zilnic, se poate face prin prelungirea

activității curente aferente altor zile din cursul lunii, având în vedere specialitatea, adresabilitatea și modul concret de organizare a activității. Prevederea de mai sus nu se aplică, în cazul în care nu există un număr suficient de medici, pe specialități, care ar face imposibilă organizarea activității în condiții corespunzătoare în cursul dimineții.

- xiii. **Refuzul medicilor de a respecta graficele de gărzi întocmite lunar de conducerea secțiilor și a compartimentelor și aprobate de directorul general al Spitalului Clinic „Avram Iancu ” Oradea, constituie abatere disciplinară.**

c) Organizarea serviciului în ture:

- i. Graficele lunare de activitate, pe locuri de muncă, se întocmesc de către asistentul șef/coordonator de secție/compartiment, avizat de către medicul șef/coordonator de secție/compartiment, se aprobă de conducerea spitalului și se afișează la loc vizibil sau accesibil pentru întreg personalul sanitar și auxiliar-sanitar;
 - ii. Prin graficele lunare de activitate întocmite anticipat pentru o lună, pe locuri de muncă, se stabilește:
 - numărul de personal pe fiecare tură în raport cu nevoile asistenței medicale;
 - rotația pe ture a personalului;
 - intervalul legal dintre două zile consecutive de lucru.
 - iii. În vederea întocmirii graficelor de lucru pentru programul în ture se va ține cont de următoarele precizări:
 - asistență medicală la paturi - 1 asistent medical la 8-12 paturi / tură;
 - asistență medicală la paturi (A.T.I.) - 1 asistent medical la 4 paturi / tură;
 - personal auxiliar - 1 infirmieră la 20-25 paturi /tură;
 - personalul care lucrează în locurile de muncă unde activitatea se desfășoară în 3 ture, pentru a beneficia de sporul prevăzut pentru activitatea desfășurată în 3 ture are obligația de a presta lunar un număr egal de zile în tura a 2-a și tura a 3-a;
 - iv. Până pe data de 25 a lunii se va desfășura activitatea de întocmire a graficelor de lucru, aprobarea lor de către directorul medical / director general și depunerea acestora la structura de secretariat;
 - v. Modificarea graficelor de lucru se va face doar la propunerea șefului/coordonatorului secției/compartimentului cu aprobarea director general spitalului prin raport scris, cu minimum 5 zile înainte de data pentru care se solicită schimbarea;
 - vi. Până pe data de 03 a lunii pentru luna anterioară se vor întocmi fișele de pontaje de către toți șefii locurilor de muncă, aprobarea acestora de către director general și predarea acestora la structura financiar în vederea calculului drepturilor salariale.
- d) În situația că la nivelul unor structuri medicale se constată că există deficit de personal sanitar/auxiliar-sanitar din anumite categorii profesionale, în vederea

optimizării procesului de furnizare a serviciilor, la solicitarea scrisă sau verbală a șefilor de secții în care se constată respectivul deficit, în cadrul ședințelor de Consiliu medical se propune luarea unor decizii care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al unor angajați. În acest sens structura de resurse umane emite respectivele decizii, acestea fiind luate doar după consultarea cu reprezentanții angajaților/sindicatul.

Art.125. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale sunt următorii:

- Procentul medicilor care fac garzi, raportat la totalul medicilor angajați, să fie cel puțin 90%, în ultimul an calendaristic;
- Procentul structurilor în care au fost acoperite în totalitate serviciile de tură, raportat la totalul structurilor medicale în care este organizat serviciul de tură, să fie minim 95%, în ultimul an calendaristic;
- Procentul personalului medical mediu care lucrează în ture, raportat la numărul total personal din secțiile/compartimentele cu paturi să fie cel puțin 90%, în ultimul an calendaristic.

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

Art.126. –Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții are ca principale scopuri:

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

Art.127. –Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Potrivit legislației în vigoare, pacientul are următoarele drepturi în ceea ce privește informația medicală:
 - i. dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza;

- ii. dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate;
 - iii. dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării;
 - iv. dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic;
 - v. dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință;
 - vi. dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său;
 - vii. dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală;
 - viii. dreptul să primească, la externare, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării și, la cerere, o copie a înregistrărilor investigațiilor de înaltă performanță, o singură dată.
- b) Informațiile se aduc la cunoștința pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă, ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.
- c) În relația cu pacienții personalul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea are obligația de a respecta următoarele norme de etică și comunicare:
- i. Pacientul va fi considerat ca fiind persoana cea mai importantă ! În acest sens:*
 - pacienții vor fi salutați politicos;
 - adresarea se va face cu numele de familie;
 - când se vor face referiri la un pacient, personalul medical nu va folosi denumiri de boală sau organ bolnav;
 - personalul medical va respecta valorile culturale și tradițiile fiecărui pacient;
 - ii. Siguranța pacientului, sănătatea și bunăstarea sa vor fi protejate ! În acest sens:*
 - comunicarea este esențială în desfășurarea procesului de îngrijire;
 - întreaga atenție trebuie concentrată asupra pacientului;
 - tonul vocii să fie ferm, plin de încredere, să arate respect față de pacient și adecvat cu gesturile și punctele de vedere exprimate;
 - ajutarea pacientului la participarea la diferite forme de relaxare și recreere;
 - nu trebuie să se pronunțe și nu se va aduce la cunoștință pacientului evoluția tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;
 - iii. Intimitatea fiecărui pacient și confidențialitatea informațiilor personale trebuie protejate! În acest sens:*

- în spațiile publice sunt interzise discuții despre pacienți;
 - doar persoanele autorizate de spital și care sunt implicate în îngrijirea pacientului pot avea acces la dosarul medical;
 - informațiile privitoare la pacienți pot fi utilizate numai de către persoanele desemnate;
 - la cererea pacientului, accesul vizitatorilor va fi limitat.
- iv. ***Comportamentul întregului personal angajat în procesul de îngrijire va fi orientat spre satisfacerea nevoilor pacienților! În acest sens:***
- personalul de îngrijire trebuie să-și decline cu claritate identitatea și funcția;
 - personalul de îngrijire va raporta persoanelor abilitate orice abatere de la etica medicală, precum și omisiunile și erorile apărute în îngrijirea pacienților;
 - personalul nu are voie să discute cu pacienții probleme personale;
 - personalul nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții;
 - personalul va evita intimități nepotrivite cu pacienții;
- v. ***Comunicarea să se realizeze într-un limbaj adecvat, adaptat nivelului de înțelegere al pacientului și stării în care acesta se află.***
- vi. ***Comunicarea veștilor rele o va face medicul curant sau, în lipsa sau la indicația acestuia, de către asistentă medicală.***
- d) În cadrul Spitalului limitele de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții se stabilesc după cum urmează:
- i. Medicii curanți și medicii care realizează consulturile interdisciplinare:
 - **aceștia sunt obligați să informeze pacientul/apartinătorii despre:**
 - numele medicului curant al pacientului;
 - starea sănătății acestuia (stabil, ameliorat, agravat etc)., direct sau prin intermediul reprezentanților legali;
 - data estimată a externării;
 - după caz, decizia unui transfer în altă secție/compartiment;
 - decizia unui transfer în altă unitate sanitară – numele unității sanitare, eventual număr de telefon, etc.
 - informațiile de mai sus se vor da în limita competențelor profesionale determinate de:
 - Specialitatea medicală/specialitățile medicale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
 - Gradul profesional / gradele profesionale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
 - Confirmarea în grade universitare/didactice/de cercetare potrivit legislației incidente în vigoare;
 - Confirmarea în titluri de "Doctor în medicină";

- Absolvirea unor supraspecializări și obținerea unor atestate de studii complementare/competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare
 - relația medicului cu pacientul va fi una exclusiv profesională și se va clădi pe respectul acestuia față de demnitatea umană, pe înțelegere și compasiune față de suferință;
 - medicul va solicita și va primi consimțământul numai după ce, în prealabil, persoana respectivă, sau cea îndreptățită să își dea acordul a primit informațiile adecvate;
 - obligația medicului de a păstra secretul profesional este opozabilă inclusiv față de membrii familiei care persistă și după ce persoana a încetat să îi fie pacient sau a decedat;
 - medicul va elibera persoanelor îndreptățite numai documentele permise de lege și care atestă realitatea medicală;
 - pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului, dacă întreruperea tratamentului sau a îngrijirilor are drept consecință punerea în pericol a vieții acestuia.
- ii. Asistenții medicali care asigură realizarea procedurilor de îngrijire a pacienților:
 - **nu au dreptul să dea informații medicale din F.O.C.G.,** la eventuale întrebări ale pacientului în acest sens îndrumă pe acesta să se adreseze medicului curant;
 - păstrează o atitudine de strictă neutralitate și neamestec în problemele familiale ale pacientului, exprimându-și părerea numai dacă intervenția este motivată de interesul sănătății pacientului, cu consimțământul prealabil al acestuia;
 - nu se pronunță și nu aduce la cunoștință pacientului evoluția tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;
 - nu discută cu pacienții probleme personale;
 - nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții, va evita intimități nepotrivite cu pacienții;
 - dacă pacientul se află într-o stare fizică sau psihică ce nu-i permit exprimarea lucidă a voinței, aparținătorii sau apropiații celui suferind trebuie preveniți și informați corect, pentru a hotărî în numele acestuia, cu excepția imposibilității (de identificare, de comunicare, de deplasare, etc.), sau a urgențelor.
 - nu poate face discriminări pe baza rasei, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale, față de pacienți.
 - obiectul *secretului* îl constituie tot ceea ce asistentul medical, 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 numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.

- în aplicarea prevederilor O.M.S. 1142/2013 privind aprobarea procedurilor de practică a asistenților medicali generaliști:

- pot da pacientului informații în ceea ce privește intervențiile autonome, care pot fi prestate în cadrul rolului propriu de asistent medical;

- în ceea ce privește intervențiile delegate de către medic (efectuate sub prescripție medicală), pot oferi pacientului informații cu respectarea limitelor stabilite de către medicul/medicii care a/au delegat realizarea respectivelor intervenții, într-una din următoarele variante: 1. exclusiv la prescripția medicului; 2. exclusiv la prescripția medicului, cu condiția ca un medic să poată interveni în orice moment; 3. la prescripția și în prezența unui medic;

- pentru intervențiile la care asistentul medical participă alături de medic, asistentul medical poate oferi informații doar fiind delegat de către medic și în prezența acestuia, cu respectarea limitelor prevăzute de actul normativ sus-invocat.

iii. Personalul sanitar auxiliar (infirmieră, îngrijitoare):

- **nu are acces la F.O.C.G.;**

- nu are dreptul să dea informații medicale din F.O.C.G., la eventuale întrebări ale pacientului în acest sens îndrumă pe acesta să se adreseze asistentului medical;

- obiectul secretului îl constituie tot ceea ce infirmiera, a aflat direct sau indirect, în legătura cu viața intimă a pacientului, precum și problemele de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și alte diverse fapte, inclusiv autopsiei;

- informarea pacientului se face strict în legătură cu manevra ce urmează a fi executată, după caz: transport, hrănire, toaletă, schimbarea hainelor și/sau a lenjeriei, alimentație, mobilizare;

- se pronunță doar prin a informa pacientul asupra activităților specifice din Planul de îngrijiri conform fișei postului fiecăruia;

- nu discută cu pacienții probleme personale;

- nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții, va evita intimități nepotrivite cu pacienții.

iv. Toate celelalte categorii de personal din cadrul Spitalului pot da informații pacienților și aparținătorilor acestora doar în domeniile în care își exercită atribuțiile înscrise în fișele de post, în măsura în care nu există prevederi normative interne sau aplicabile la nivel național care să limiteze difuzarea acestora.

v. Șeful / coordonatorul fiecărei structuri medicale stabilește persoana/persoanele care transmit telefonic informațiile către aparținători.

- vi. În cazuri excepționale, în care vizitarea pacienților nu este permisă (situații epidemiologice speciale determinate de boli infecto-contagioase cu risc înalt: COVID, febră hemoragică, antrax, Ebola, etc), persoana/persoanele prevăzută/e la lit.d), subpct.v) comunică, în scris, prin intermediul SMS/mijloace tehnice electronice (ex. e-mail, etc), aparținătorilor - persoane hipoacuzice, informații referitoare la evoluția stării de sănătate a membrilor familiei acestora.
- vii. În cazul în care activitatea medicală din cadrul spitalului se desfășoară în condiții de normalitate, fie se adoptă aceeași conduită ca cea prevăzută la lit. d) subpct. vi), fie aparținătorul –persoană hipoacuzică se prezintă personal la spital în timpul programului de lucru și obține informații despre starea pacientului direct de la medicul curant, în funcție de disponibilitatea acestuia (prioritare sunt activitățile medicale: vizită medicală, consultațiile pacienților, prescriere tratament, etc).
- viii. Ceilalți aparținători pot obține informații prezentându-se personal la spital în timpul programului de lucru al medicului curant, în funcție de disponibilitatea acestuia (prioritare sunt activitățile medicale: vizită medicală, consultațiile pacienților, prescriere tratament, etc), fie telefonic la numerele și intervalele orare afișate pe site-ul spitalului.
- ix. Transmiterea datelor privind starea de sănătate a pacienților se face cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) și doar prin utilizarea adreselor de email de serviciu și în niciun caz a adreselor de email personale configurate prin servicii publice gratuite adresate persoanelor fizice, evitându-se astfel accesul unor terțe părți la datele cu caracter personal ale pacienților.
- x. Informarea prin SMS a aparținătorilor hipoacuzici se face de personalul desemnat în acest sens, utilizând doar telefonul dedicat pentru acest tip de comunicare.
- xi. FOCG se consemnează dacă aparținătorul este persoană hipoacuzică, iar comunicarea datelor se face doar la adresa de email/ numărul de telefon al aparținătorului hipoacuzic prevăzute în FOCG.

Art.128. - În mod obligatoriu, la nivelul Spitalului, comunicarea cu pacienții/ aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului.

Art.129. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de stabilire a limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții sunt următorii:

a) Număr de reclamații cu privire la aspecte de comunicare cu pacienții, înregistrate în ultimul an calendaristic încheiat, referitoare la fiecare dintre categoriile de personal medico-sanitar și auxiliar sanitar implicat în procesul de asigurare a asistenței medicale, sa fie de cel mult 5% din total reclamatii, in ultimul an calendaristic.

b) Număr de evaluări profesionale anuale ale personalului Spitalului, pe categorii profesionale în care personalul evaluat a obținut calificativul „Satisfăcător” și

„Nesatisfăcător” în ceea ce privește comunicarea cu pacienții/ aparținătorii, sa fie sub 5%, in ultimul an calendaristic.

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

Art.130. – (1) Reglementarea privind verificare a competențelor certificate ale personalului propriu:

are ca principale scopuri:

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

Art.131. – (1) Etapele procesului de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

- la depunerea dosarului de candidat în vederea participării la un concurs / examen – comisia examen/concurs cu sprijinul secretarului (din cadrul structurii resurse umane) și consilierului juridic al spitalului;
 - la întocmirea dosarului profesional în urma promovării concursului/examenului de încadrare – șeful structurii de resurse umane cu sprijinul consilierului juridic al spitalului ;
 - la completarea dosarului profesional ca urmare a absolvirii unor cursuri sau obținerii / dobândirii unor noi competențe.
- a) În mod obligatoriu la dosarul de concurs, candidații vor depune copiile documentelor de studii legalizate de un notar acreditat;
 - b) În aplicarea prevederilor *O.M.S. 895/2019 privind condițiile necesare în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog și, respectiv, farmacist pe teritoriul României în cadrul unităților sanitare publice și private*, în vederea exercitării profesiei de medic, sau farmacist, biroul resurse umane solicită următoarele documente (în termen de valabilitate):

- cererea în care se menționează postul pentru care persoana interesată dorește să concureze sau să se angajeze, după caz;

- diploma de licență și certificatul de specialist sau primar pentru medici, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
 - documente privind schimbarea numelui (certificat de căsătorie, certificat de divorț, hotărâre judecătorească etc.), în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
 - certificatul de membru al organizației profesionale sau avizul de practică temporară sau ocazională a profesiei valabil, din care să rezulte că profesionistul este avizat pe specialitățile și competențele în care urmează să își desfășoare activitatea în unitatea sanitară, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
 - dovada/inscrisul din care să rezulte că nu i-a fost aplicată una dintre sancțiunile prevăzute la art. 455 alin. (1) lit. e) și f), la art. 541 alin. (1) lit. d) sau e), respectiv la art. 628 alin. (1) lit. d) sau e) din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare*, în original;
 - cazierul judiciar, în original;
 - certificat medical format A5 din care să rezulte că este apt din punct de vedere fizic și neuropsihic pentru exercitarea activității pentru postul pentru care candidează sau dorește să se angajeze, în original;
- a) actul de identitate în termen de valabilitate, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului.
- b) De asemenea, în aplicarea prevederilor *Legii 118/2019 privind Registrul national automatizat cu privire la persoanele care au comis infractiuni sexuale, de exploatare a unor persoane sau asupra minorilor, precum si pentru completarea Legii nr. 76/2008 privind organizarea si functionarea Sistemului National de Date Genetice Judiciare*, la dosarul de concurs se va depune și certificatul de integritate comportamentală, eliberat de structurile de cazier judiciar.
- c) Pentru medici, farmaciști și asistenți medicali, personalul structurii de resurse umane vor consulta suplimentar bazele de date ale organizațiilor profesionale în care sunt înscrși aceștia, pentru a avea certitudinea existenței respectivelor persoane în aceste evidențe precum și faptul că activitatea acestora nu este suspendată temporar;

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

Art.132. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu, sunt următorii:

- a) Numărul de situații în care se face dovada exercitării profesiei în baza unor acte de studii-competențe false, raportat la numărul total de angajări, în ultimul an calendaristic, să fie cel mult 0,1%.
- b) Cel puțin 5 monitorizări realizate de către personalul din biroul resurse umane a studiilor / competențelor personalului prin verificarea medicilor/ farmaciști și

asistenților medicali pe platformele puse la dispoziție de organizațiile profesionale din care fac parte aceștia, din totalul de astfel de personal angajat, în ultimul an calendaristic;

- c) Procentul personalului medical (medici/ farmaciști și asistenți medicali) încadrat pe posturi vacante conform competențelor profesionale din fișele posturilor să fie cel puțin 95%, raportat la numărul total de personal medical angajat în ultimul an calendaristic.

IX.16. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare

Art.133. –Reglementarea procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea coordonării de către conducerea spitalului, prin intermediul întregului personal al C.M.C.S.M. a procesului de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate;
- b) Evaluarea permanentă a mediului de îngrijire și adaptarea permanentă a acestuia la necesitățile asistenței medicale asigurate de către spital;
- c) Asigurarea desfășurării tuturor activităților legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității în vederea optimizării continue a proceselor de la nivelul spitalului;
- d) Identificarea activităților / proceselor care nu converg înspre asigurarea conformării la cerințele standardelor de acreditare și luarea de decizii în vederea implementării de corecții;
- e) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare, precum și a obiectivelor *”Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului”*, care să conțină propuneri punctuale de îmbunătățire a activităților în scopul creșterii calității serviciilor de sănătate oferite de către spital.
- f) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Menținerea unor neconformități care afectează procese / activități curente care se derulează în cadrul spitalului;
 - Neluarea unor măsuri pertinente și imediate de eliminare/diminuare a neconformităților constatate;
 - Neconformarea la standardele și cerințele A.N.M.C.S.

Art.134. –Etapale procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual, de regulă în ultimul trimestru al anului, personalul C.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 îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților aferente *”Planului strategic de dezvoltare al Spitalului”*.

- c) Totodată, anual, de regulă în luna noiembrie sau decembrie, personalul C.M.C.S.M. prezintă spre aprobare directorului general spitalului *”Planificarea anuală a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare”*, în cadrul căreia se planifică activități de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare – anexe la *Ordinul președintelui ANMCS privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor*.
- d) De regulă, cel puțin odată pe an – în luna noiembrie, personalul C.M.C.S.M. colectează date privind indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților înscrși 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 C.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 C.M.C.S.M. înaintează directorului general Spitalului rapoarte informative însoțite de analize și planuri de măsuri cu propuneri concrete pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.
- g) Analizele menționate la litera f) se prezintă atât la ședințele Consiliului medical, ale Comitetului director cât și la rapoartele de gardă cu participare lărgită care au loc săptămânal la nivelul spitalului.
- h) În cadrul ședințelor Comitetului director în care se analizează rapoartele informative semestriale prevăzute la litera d) precum și rapoartele informative însoțite de analize precum și de planuri de măsuri – prevăzute la litera f), se stabilesc responsabilități, responsabili și termene de implementare a propunerilor formulate pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.
- i) În ceea ce privește procesul de colectare a indicatorilor de monitorizare, potrivit prevederilor art. 4 lit. j) din *”Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților”* înregistrat la nivelul spitalului la nr. membrii respectivei comisii au obligația de a: *”Pune la dispoziția C.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.135. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare sunt următorii:

- a) Procentul de încadrare de 100% 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”*, în ultimul an calendaristic.
- b) Încadrarea în procent de 100% 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.
- c) Procentul 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, să fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.
- d) Numărul de propuneri formulate privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților în urma procesului de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare să fie cel puțin 10, în ultimul an calendaristic.
- e) Gradul de îndeplinire a obiectivelor înscrise în *”Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului”*, să fie de cel puțin 80%, în ultimul an calendaristic.
- f) Gradul de conformare la cerințele/indicatorii aferenți fiecărei liste de verificare supusă procesului de autoevaluare într-un an calendaristic să fie cel puțin 75%, în ultimul an calendaristic.

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

Art.136. –Reglementarea procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate are ca principale scopuri:

- a) Sunt stabilite etapele principalelor direcții de acțiune care privesc realizarea auditului clinic al procedurilor documentate, protocoalelor medicale și a reglementărilor la nivelul sectoarelor de activitate ale Spitalului;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - 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.137. – (1) Etapele procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual, de regulă în luna decembrie, personalul C.M.C.S.M. întocmește *”Programul anual de audit clinic”* pe care-l supune aprobării directorului general al Spitalului.
- b) *”Program anual de audit clinic”* se aduce prin grija personalului C.M.C.S.M. la cunoștința personalului spitalului și se postează pe serverul spitalului.
- c) În mod obligatoriu, în cadrul fiecărui *”Program anual de audit clinic”* se au în vedere următoarele referențiale:
 - i. unul dintre obiectivele vizate să fie cel de evaluare a eficacității și eficienței protocoalelor diagnostice și terapeutice existente la nivelul spitalului;
 - ii. C.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 C.M.C.S.M. și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării;
- d) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit (ad-hoc) sunt de competența directorului general al Spitalului. Acestea se solicită pentru motive justificate (reclamații, constatarea unor neconformități, producerea de evenimente adverse / indezirabile etc.), context în care programul anual de audit clinic intern se completează și se reaprobă⁵.
- e) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către directorul general al Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea în condițiile stipulate la capitolul *„Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern”* din prezentul Regulament.
- f) Pe parcursul anului, fiecare dintre echipele de audit clinic nominalizate în extrasul *”Programului anual de audit clinic”* execută misiuni de auditare clinică specifice potrivit obiectivelor înscrise în respectivul *”Program”*, cu respectarea perioadei în care aceste misiuni au fost programate. În acest sens, șeful fiecărei echipe de audit clinic va întocmi un *”Plan de audit clinic”* al misiunii de audit clinic programate, cu minim 5 - 15 zile lucrătoare anterior de efectuarea propriu-zisă a acesteia, care va fi aprobat de către directorul general spitalului.
- g) În termen de 10 zile lucrătoare de la finalizarea fiecărei misiuni de audit clinic se are în vedere întocmirea câte unui raport de audit clinic, care va fi înaintat spre analiză Consiliului medical și/sau Comitetului director (în situația că există în acesta propuneri care fac obiectul deciziei respectivului Comitet). Șeful fiecărei echipe de audit clinic va avea în vedere ca rapoartele de audit clinic ale misiunilor de auditare a protocoalelor să motiveze dacă este necesară, sau nu, revizuirea acestora.

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

- h) În afara misiunilor de audit clinic înscrise anual în ”*Programul anual de audit clinic*”, la nivelul spitalului se desfășoară audituri / analize ale procedurilor documentate / protocoalelor medicale / reglementărilor, după cum urmează:
- i. Prin grija directorului medical:
 - a) analize ale îmbunătățirii practicilor profesionale ca urmare a utilizării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament;
 - ii. Prin grija șefilor secțiilor medicale / serviciului de gardă al spitalului / Ambulatoriu integrat:
 - a) analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament;
 - b) analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocoalelor de diagnostic și tratament;
 - iii. Prin grija Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale:
 - a) analiză semestrială a respectării procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a I.A.A.M;
 - iv. Prin grija coordonatorului U.T.S.:
 - a) evaluări trimestriale ale respectării protocoalelor privind indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional pentru fiecare pacient care a necesitat administrare de sânge și/sau componente sanguine;
 - v. Prin grija responsabilului C.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 Clinic „Avram Iancu” Oradea 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.138. - 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 Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea sunt următorii:

- a) Procentul misiunilor de audit clinic planificate care 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) sa fie de cel puțin 95% raportat la totalul misiunilor de audit planificate, în ultimul an calendaristic.
- b) Procentul în care identificarea deficiențelor (diferențelor) se face în raport cu un referențial (ghiduri clinice, ghiduri metodologice, reglementări legale și administrative, standarde naționale și internaționale) sa fie de cel puțin 95%, raportat la totalul misiunilor de audit realizate, în ultimul an calendaristic;
- c) Procentul 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, sa fie de cel puțin 95%, raportat la totalul misiunilor de audit realizate, în ultimul an calendaristic;
- d) Procentul misiunilor de audit efectuate pe parcursul unui an calendaristic, raportat la misiunile de audit planificate, sa fie cel puțin 90%, în ultimul an calendaristic;
- 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., sa fie cel puțin 90%, în ultimul an calendaristic.

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

Art.139. – (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 directorul general al Spitalului Clinic „Avram Iancu ” Oradea în luarea deciziei de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - solicitarea nejustificată de misiuni de audit clinic extern;
 - apariția unor conflicte de interese.

Art.140. – 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 C.M.C.S.M. și se aprobă de către directorul general. Activitățile/procese auditate se programează astfel încât până la sfârșitul anului să fie cuprinse toate, măcar o dată. În acest sens șeful C.M.C.S.M. prezintă spre aprobare directorului general Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, în luna decembrie a fiecărui an calendaristic, un ”Program anual de audit clinic intern”. Acesta prevede în principal:
 - i. Structurile medicale auditate;
 - ii. Temele auditului clinic intern;

- iii. Componenta echipelor de audit clinic (în componenta echipelor desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic planificate fac parte un reprezentant al structurii de management al calității și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării;
 - iv. Luna în care se va iniția misiunea de audit clinic.
- b) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit (ad-hoc) intern este de competența directorului general spitalului. Acest lucru se poate face la propunerea personalului C.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:
- v. Existența unor reclamații pentru a căror rezolvare se consideră oportună nominalizarea unei echipe de audit clinic extern;
 - vi. Constatarea unor neconformități;
 - vii. Modificări organizatorice importante;
 - viii. Deficiențe majore în derularea unui proces;
 - ix. Se constată ineficacitatea acțiunilor corective întreprinse în urma efectuării unui audit clinic intern programat;
 - x. Introducerea unor modificări majore de sistem sau proces;
 - xi. Producerea de evenimente adverse / indezirabile;
 - xii. Inexistența sau insuficiența în cadrul spitalului a personalului cu formarea profesională necesară îndeplinirii unor misiuni de audit clinic intern. În această ultimă situație, personalul cooptat din sursă externă va participa în echipa de audit alături de personal propriu, selecționat în raport de obiectivele de audit clinic avute în vedere.
- c) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către directorul general spitalului, din proprie inițiativă sau ca urmare a propunerii formulate de către personalul C.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:
- xiii. Atunci când există dubii în ceea ce privește rezultatele auditului clinic intern propriu;
 - xiv. Atunci când este necesară auditarea unor activități/procese puse în execuție de către șefii/coordonatorii structurilor medicale;
 - xv. În oricare alte situații care pot presupune un potențial conflict de interese;
 - xvi. În situația producerii unor evenimente indezirabile, funcție de situația concretă;
 - xvii. În situația în care spitalul nu are personal instruit în cadrul programului de formare în domeniul managementului calității serviciilor de sănătate, specializarea "Audit clinic";
 - xviii. În situația în care se dorește auditarea unor activități/procese iar pentru constituirea echipei de audit clinic intern nu există medici specialiști necesari.

- d) În raport cu situația concretă care a determinat solicitarea unei misiuni de audit clinic extern și tema propusă spre auditare, prin grija structurii de achiziții se inițiază demersuri de achiziție prestări servicii de audit clinic extern, în baza unui caiet de sarcini întocmit de către șeful C.M.C.S.M.. La stabilirea echipei de audit clinic extern se au în vedere, pe lângă competențele studii necesare, următoarele criterii:
- xix. asigurarea independenței auditorilor;
 - xx. evitarea conflictului de interese;
 - xxi. abilitatea auditorilor de a interacționa eficient.
- e) Misiunile de audit clinic extern se încheie cu un Raport de audit clinic care se înaintează, în termen de 10 zile lucrătoare de la finalizarea misiunii, atât directorului general spitalului cât și șefului C.M.C.S.M., prin grija șefului echipei de audit clinic extern.

Art.141. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern sunt următorii:

- a) Procentul misiunilor de audit intern (ad-hoc) solicitate, raportat la totalul de audituri interne(ad-hoc) realizate, sa fie cel puțin 75% , in ultimul an calendaristic.
- b) Procentul misiunilor de audit clinic extern solicitate, raportat la numarul total de audituri interne sa nu depaseasca 30%, in ultimul an calendaristic;
- c) Gradul de asigurare a independenței auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii sa fie de 100%, in ultimul an calendaristic;
- d) Gradul de evitare a conflictului de interese a auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii, sa fie de 100%, in ultimul an calendaristic;
- e) Gradul de asigurare a nivelului de competență necesar auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii, sa fie de 100%, in ultimul an calendaristic.

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

Art.142. –Reglementarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia are ca principale scopuri:

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

Art.143. –Realizarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) directorul general al Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea numește anual, o persoană responsabilă în relația cu mass-media (R.R.M.M.), persoană responsabilă și de comunicarea cu mass-media în situații de criză. R.R.M.M. este responsabil cu elaborarea și prezentarea mesajelor în numele Spitalului și cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât și a populației. R.R.M.M. este principala persoană de contact pentru mass-media.
- b) În cadrul Spitalului relația cu mass-media este asigurată numai prin intermediul R.R.M.M. Excepție de la regulă fac următoarele cazuri:
 - i. accesul delegațiilor cu acordul directorului general, când aceștia vor fi însoțiți de directorul general, R.R.M.M. sau persoane numite prin decizie de către director general;
 - 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://dm.mai.gov.ro/scai/> sau la sediul său informațiile de interes public prevăzute de art. 5 alin. (1) din *Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public*.
- d) În vederea asigurării accesului în spital, acreditarea reprezentanților mass-media se face pe baza aprobării directorului general, la cererea instituției de presă al cărui angajat este ziaristul. Pentru obținerea unei acreditări, instituția de presă solicitantă din România, va depune o cerere la secretariatul Spitalului și va prezenta următoarele documente:
 - iii. Formularul de acreditare;
 - iv. Fișa personală a ziaristului/ ziariștilor propuși pentru a fi acreditați;
 - v. Copie după cartea de identitate a ziaristului/ ziariștilor;
 - vi. Declarație pe proprie răspundere a jurnalistului;
 - vii. Copie după legitimația de presă;
 - i. Motivația avută în vedere pentru solicitarea accesului în Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea. Dacă motivul pentru care solicită accesul mass-media în cadrul spitalului este acela de interviu a 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 solicitantă, Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea 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 Clinic „Avram Iancu” Oradea, se realizează numai de către director general, R.R.M.M. precum și de către alt personal

din cadrul spitalului care are aprobarea directorului general în acest sens, cu respectarea următoarelor reguli:

- viii. declarațiile referitoare la o persoană se vor face respectând drepturile și libertățile fundamentale ale omului;
 - ix. 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;
 - x. nu va fi dezvăluită în nici un fel identitatea persoanei victimă a unei infracțiuni privitoare la viața sexuală cu excepția cazului în care aceasta și-a dat acordul scris;
 - xi. 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;
 - xii. informațiile cu privire la persoanele aflate în tratament, date cu caracter personal sau privind starea de sănătate, probleme de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și cu alte diverse fapte, inclusiv rezultatul unei autopsii se vor pune la dispoziția reprezentanților mass-media, numai cu consimțământul explicit al persoanei sau în cazul unei persoane care nu-și poate da consimțământul ori decedată, cu acordul familiei sau reprezentantului legal al acesteia.
- g) R.R.M.M. va însoți reprezentanții mass-media în cazul în care aceștia doresc interviuarea unui pacient, dar va permite acest lucru numai după ce pacientul își va da în prealabil acordul în scris pentru interviuarea sa și, asistă pacientul pe tot timpul interviului. Acordul în scris referitor la oferirea informațiilor cu privire la starea de sănătate, medicația, tratament sau cu privire la luarea unor interviuri, se vor da pe formularul prevăzut în **Anexa nr. 3 la prezentul Regulament**, atât de către pacient cât și de către medicul curant al acestuia. În situația în care, în cadrul interviului se dorește fotografierea și/sau filmarea pacientului, acesta – inclusiv medicul curant al pacientului - își vor da consimțământul scris, prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unitatii sanitare*“, prevăzut în anexa nr. 1 la *O.M.S. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*.
- h) În sensul celor menționate la lit. g), după obținerea acreditării, R.R.M.M. va transmite jurnalistului acreditat acceptul pacientului de a acorda interviul solicitat în cadrul spitalului, respectiv de a fotografia și sau filma, cu menționarea datei și intervalului orar în care pacientul a acceptat acest lucru.
- i) R.R.M.M. nu va fi tras la răspundere în cazul unor filmări cu camera ascunsă sau a unor interviuri înregistrate cu echipamente audio ascunse de către reprezentanții mass-media, împotriva voinței pacientului/pacienților interviuat/i.
- j) Reprezentanții mass-media au obligația de a se identifica la punctul de control-acces de la intrarea spitalului. Personalul de pază din punctul control acces (Strada Brașovului) va solicita cartea de identitate și ordinul de serviciu/legitimația de serviciu a reprezentanților mass-media și va anunța directorul general al Spitalului și R.R.M.M. despre prezența reprezentanților mass-media pe teritoriul spitalului.

Accesul reprezentanților mass-media în spital se face numai pe baza legitimației de acreditare și a documentului de identitate, precum și cu acordul directorului general spitalului. Nu va Personalul de pază din punctul control acces nu va permite intrarea reprezentanților mass-media în cadrul spitalului până când nu vor fi însoțiți de către R.R.M.M. sau directorul general.

k) Regulile privind accesul reprezentanților mass-media în spital sunt următoarele:

- xiii. 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;
- xiv. În interiorul Spitalului reprezentanții mass-media vor fi însoțiți de R.R.M.M., director general sau o altă persoană delegată de către directorul general;
- xv. 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;
- xvi. Reprezentanții mass-media nu vor recurge la înșelăciune în vederea obținerii unor informații susținând că sunt persoane angajate ale Spitalului;
- xvii. 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;
- xviii. 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.
- xix. **Accesul reprezentanților mass-media va fi permis în interiorul spitalului numai după asumarea prin semnătură a acestor reguli.**

Art.144. - 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 aprobate, prezentate de către instituțiile de presă, în vederea obținerii acreditării propriilor ziariști care doresc să realizeze interviuri în cadrul spitalului, raportat la totalul documentațiilor depuse de instituțiile de presă, în ultimul an calendaristic, să fie de cel puțin 90%.
- b) Procentul acordurilor scrise ale pacienților internați în spital privind interviuarea de către ziariști acreditați de către spital, raportat la numărul pacienților intervievați, în ultimul an calendaristic să fie cel puțin 95%.

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

Art.145. –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.146. – (1) Relațiile cu mass-media a personalului spitalului, sunt admise cu respectarea strictă a regulilor stabilite în **Anexa nr. 4 la prezentul Regulament**.

(2) Acordarea de interviuri și/sau declarații de presă în legătură cu activitatea desfășurată în cadrul Spitalului, precum și participarea personalului Spitalului la emisiuni de radio sau de televiziune se aprobă de către directorul general al Spitalului/ înlocuitorul legal, în urma consultării personalului de informare și relații publice, fără a se solicita alte aprobări.

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

Art.147. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de reglementare a limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media sunt următorii:

- a) Numărul de informații eronate/incomplete furnizate raportat la numărul total de informații furnizate către mass-media, în ultimul an calendaristic, sa fie cel mult 5.
- b) Numărul de persoane angajate în spital care și-au depășit competența, în raport cu numărul de persoane angajate în spital, în domeniul comunicării cu mass-media în ultimul an calendaristic, sa fie cel mult 5.
- c) Numărul de intervenții la autoritatea tutelară din numărul total de situații apărute în relația cu mass-media, în ultimul an calendaristic, sa fie cel mult 2.

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

Art.148. –Reglementarea modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unui set de reguli care să asigure monitorizarea eficientă a desfășurării activităților emergente obiectivelor strategice înscrise în "*Planul strategic de dezvoltare Spitalului*".
- b) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru eliminarea / ameliorarea neconformităților constatate care să conțină propuneri punctuale pentru

îndeplinirea în volum complet și la termen a activităților subsecvente obiectivelor strategice asumate prin *Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea*.

- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- Identificarea cu întârziere a unor neconformități care pun în pericol atingerea obiectivelor strategice asumate prin *”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului”*;
 - Neexecutarea / întârzierea activităților prevăzute în *”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului”*;
 - Luarea unor măsuri care nu se fundamentează pe o analiză succintă a realității, context în care există riscul ca acestea să nu-și atingă scopul sau, din contră, să dăuneze atingerii obiectivelor propuse.

Art.149. –Etapele modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din *”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului”* presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Potrivit prevederilor *”Regulamentului de organizare și funcționare a C.M.C.S.M.”* personalul încadrat în cadrul C.M.C.S.M. se constituie ca membri ai echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic de dezvoltare al Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea.
- b) Anual, de regulă în luna noiembrie, membrii echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din *”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului”*, întocmesc o analiză anuală a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al respectivului Plan.
- c) În mod punctual, în cadrul analizei menționate la lit. b) se evidențiază stadiul executării activităților înscrise în graficul Gantt din cadrul *”Planului de îmbunătățire a calității în Spitalului* Indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor din *”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului”*, care vor fi utilizați în analiza menționată la lit. b) sunt următorii:
- i. Gradul de îndeplinire a fiecăruia dintre obiectivele și activitățile emergente planificate prin graficul Gantt din cadrul *”Planului strategic de dezvoltare al Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea”*.
 - ii. Se face sau nu dovada că fundamentarea obiectivelor *”Planului strategic de dezvoltare Spitalului”* a fost făcută în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.
 - iii. Se confirmă / infirmă că rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.
 - iv. Se confirmă / infirmă că obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.
- d) În baza deciziei Comitetului director, indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților (Bază: indicatorul 01.01.02.02.01 și indicatorul 01.07.05.01.01), sunt următorii:

- v. Număr de proceduri operaționale/protocoale revizuite în termen din totalul de proceduri operaționale existente;
- vi. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) instruite în raport cu procedurile operaționale/protocoale revizuite, din totalul personalului Spitalului care aplică proceduri (funcție de conținutul procedurilor operaționale, se vor utiliza indicatori de genul: "număr personal instruit, în ultimul an calendaristic încheiat, în privința normelor de per număr total angajați cu responsabilități în domeniu");
- vii. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) care au luat la cunoștință de prevederile procedurilor operaționale/protocoale revizuite, din totalul personalului Spitalului care aplică proceduri;
- viii. 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;
- ix. Număr de rapoarte informative privind propunerile/ sugestiile formulate în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne emise în vederea consultării angajaților, din numărul total de informări făcute la nivelul anului în curs;
- x. Numărul de protocoale a căror indicatori au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic, din numărul total de protocoale revizuite la începutul anului;
- xi. Numărul de analize pe marginea obiectivelor, activităților și indicatorilor care au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic și care au determinat implementarea unor propuneri de îmbunătățire;
- xii. Număr total de angajați care au luat la cunoștință de prevederile RI și ROF din numărul total de angajați ai spitalului;
- xiii. Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților înregistrate;
- xiv. Procentul cheltuielilor cu achiziții de echipament din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul anual de achiziții publice”;
- xv. Procentul cheltuielilor cu lucrări de reparații/îmbunătățiri din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul de reparații curente” și „Bugetul de venituri și cheltuieli”;
- xvi. Nivel mediu de satisfacție a pacientului legat de condițiile hoteliere, în anul calendaristic încheiat;
- xvii. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi, pe secție/compartiment;
- xviii. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr cabine WC, pe secție/compartiment;
- xix. Suma alocată cheltuielilor destinate prevenirii I.A.A.M din buget per număr cazuri rezolvate, în ultimul an calendaristic încheiat;
- xx. Număr pacienți mulțumiți ("bine" + "foarte bine") de serviciile oferite de spital per total pacienți internați, în ultimul an calendaristic încheiat;

- xxi. Număr de acțiuni organizate la nivelul spitalului cu impact în mass-media care asigură promovarea spitalului ca instituție sanitară de prestigiu;
 - xxii. Număr de solicitări de modificări de structură organizatorică / a statului de organizare cu impact în diversificarea ofertei de servicii medicale;
 - xxiii. Gradul de asigurare a tuturor spațiilor necesare la nivelul structurilor medicale din spital (serviciul de gardă al spitalului, secții medicale, structuri paraclinice, Ambulatoriu integrat, Farmacie, spitalizare de zi, etc.) în conformitate cu prevederile legale în vigoare incidente.
- e) Analiza menționată la lit. b) se transmite Comitetului director ca anexă la un raport de analiză, urmând a fi supusă atenției în proxima ședință a Comitetului director care va decide luarea, după caz, a unor măsuri adecvate de remediere a disfuncțiilor constatate, va nominaliza responsabilii și termenele de implementare a respectivelor măsuri.
- f) Rezultatele analizei menționată la lit. b) urmează a fi utilizate în:
- xxiv. Redactarea *”Planului de îmbunătățire a calității în Spital”* aferent anului următor;
 - xxv. 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 Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea ”, în anul 2021 (inclusiv a celor care nu au fost realizate pe parcursul anului 2020)”*

Art.150. - 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”*, în ultimul an calendaristic ;
- b) Utilizarea în cadrul analizei anuale 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 a cel puțin 95% a disfuncțiilor constatate, în ultimul an calendaristic;
- c) Procentul de realizare a obiectivelor strategice și a activităților emergente acestora în raport cu cele înscrise în Graficul Gantt din *”Planul strategic de dezvoltare Spitalului”* sa fie cel puțin 75%, în ultimul an calendaristic;
- d) Procentul propunerilor echipei responsabile cu evaluarea periodică a planificării activităților din *”Planul strategic de dezvoltare al Spitalului”* preluate în *”Planul de îmbunătățire a calitatii în Spital”* în anul următor sa fie cel puțin 95% din totalul propunerilor formulate de echipa în analiza anuală, în ultimul an calendaristic.

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

Art.151. – Reglementarea procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative are ca principale scopuri:

- a) Punerea la dispoziția unităților sanitare și administrative interesate de canale de comunicare variate;
- b) Asigurarea comunicării externe a spitalului care să răspundă atât nevoilor proprii cât și nevoilor partenerilor externi ai acestuia;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - neasigurarea tuturor canalelor de comunicare necesare cu unitățile sanitare și administrative care să răspundă nevoilor proprii ale spitalului;
 - reprezentarea necorespunzătoare a spitalului în relațiile cu alte instituții.

Art.152. – (1) Etapele procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Comitetul director definește în cadrul unei ședințe a acestuia situațiile care impun comunicarea cu alte unități sanitare și administrative sau organizații de profil din domeniul de interes al spitalului, stabilind în acest sens o *”Listă de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital”*.
- b) Modificarea și completarea *”Listei de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital”* revine în exclusivitate Comitetului director.
- c) Identificarea instituțiilor cu care se agreează a fi încheiate parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare pentru fiecare dintre situațiile menționate în *”Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital”* și încheierea efectivă cu acestea a respectivelor parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare este de competența consilierului juridic al Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea. 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) Educația pacienților / aparținătorilor în parteneriat cu organizații de profil;
- d) Comunicarea/colaborarea cu asociații ale pacienților;
- e) Facilitarea la nivelul spitalului a posibilității asigurării asistenței spirituale, conform confesiunii pacientului;
- f) Acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale în colaborare cu organizații de profil;
- g) Colaborarea cu 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 pacienții 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 serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești;
- l) Colaborarea cu instituții de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical.

(3) După încheierea parteneriatelor / protocoalelor / acordurilor de colaborare de către consilierul juridic în baza *"Listei de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"*, acesta întocmește și actualizează în permanență evidența unităților sanitare și administrative cu care spitalul colaborează, evidență care se pune la dispoziție prin afișare atât pe site-ul spitalului cât și pe secțiile medicale, personalul medico-sanitar utilizând aceste informații, după caz.

Art.153. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative sunt următorii:

- a) Încheierea în proporție de minim 80% a parteneriatelor / protocoalelor / acordurilor de colaborare din *"Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"*, în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare în vigoare, pentru fiecare dintre situațiile menționate în *"Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"*, raportat la numărul total de parteneriate/protocoale/acorduri să fie cel puțin 90%, în ultimul an calendaristic.

IX.23. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților

Art.154. (1) –În contextul în care conducerea Spitalului conștientizează că asociațiile reprezintă vocea pacienților și militează pentru schimbarea aspectelor care afectează viețile lor și pe ale celor din jurul acestora, reglementarea procesului de comunicare cu asociații ale pacienților are ca principale scopuri:

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

- e) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- limitarea numărului și calității informațiilor necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează Spitalului;
 - scăderea adresabilității;
 - prejudicii de imagine.

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

Art.155. (1) –Etapale 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/ protocole 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, directorul general al Spitalului este responsabil de invitarea asociațiilor de pacienți înscrise în registru în județul respectiv, prin invitații transmise prin fax sau scrisoare cu confirmare de primire și prin publicare pe site-ul spitalului. În vederea prezentării candidaturilor acestora, asociațiile de pacienți pot nominaliza un singur reprezentant, care trebuie să aibă domiciliul stabil în județul Bihor. 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.156. - 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, sa fie cel puțin 75%, în ultimul an calendaristic.
- b) Respectarea în procent de 100% a prevederilor normative incidente în vigoare constituirii Consiliului etic al Spitalului.

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

Art.157. –Reglementarea procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal are ca principale scopuri:

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

Art.158. - (1) În cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, activitatea de asistență psihologică se desfășoară conform reglementărilor Ordinului MAI nr. 23/2015, de personalul de specialitate din cadrul Centrului de Psihosociologie al MAI din municipiul București str. Maria Ghiculeasa, nr. 47, Sector 2, care va fi contactat prin structura de RU a spitalului. Identificarea personalului afectat de burnout se face de psihologul SCAI Oradea, prin aplicarea periodica a chestionarului care masoara calitatea vietii profesionale (Scala calitatii vietii profesionale).

Art.159. - (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 în următoarele situații:

- a) la angajare-pentru personalul din cadrul Spitalului;
- b) în cadrul evaluărilor psihologice periodice la indicația medicului de medicina muncii;

c) la solicitarea directorului general spitalului.

(3) Evaluarea psihologică periodică se execută, de regulă, la intervale de cinci ani pentru întreg personalul sau ori de câte ori se solicită de către medicul de medicina muncii din cadrul CMDTA Oradea.

(4) Evaluarea psihologică se realizează și în situații speciale (inclusiv burnout), la apariția unor comportamente dezadaptative, caz în care se urmărește stabilirea necesității acordării asistenței psihologice.

(5) Evaluarea psihologică clinică în vederea fundamentării diagnosticului medical se realizează în următoarele situații:

a) la solicitarea comisiilor de expertiză/evaluare a capacității de muncă;

b) la solicitarea medicilor specialiști din rețeaua sanitară a MAI, potrivit prevederilor Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art.160. - 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. În perioada de valabilitate a avizului APT CONDIȚIONAT, INAPT TEMPORAR și INAPT, persoana în cauză își desfășoară activitatea sub directă supraveghere a directorului general/șefului nemijlocit, în condiții de siguranță, cu respectarea recomandărilor, până la data reevaluării menționată în aviz și, după caz, parcurge un program de intervenție psihologică specializată.

Art.161. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal sunt următorii:

a) Procentul noilor angajați evaluați psihologic, raportat la numărul total de nou angajați, în ultimul an calendaristic să fie 100%;

b) Procentul angajaților cărora li s-a aplicat chestionarul pentru burnout din număr total angajați, pe ultimul an calendaristic, să fie cel puțin 75%.

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

Art.162. – 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.163. – (1) În contextul în care identificarea incorectă a pacientului reprezintă o cauză fundamentală a foarte multor erori medicale, activitatea de identificare a pacientului este obligatorie a fi făcută în toate etapele procesului de asigurare de servicii de sănătate. Se recomandă în acest sens următoarele:

- a) Identificarea pacientului se realizează în toate situațiile pe minim două căi, identificarea verbală fiind una dintre acestea în situația pacientului conștient / cooperant.
- b) Identificarea verbală a pacientului se face cu voce sonoră și clară în toate etapele procesului de asigurare de servicii de sănătate, prin cel puțin doi identificatori (astfel cum sunt prevăzuți la aliniatul (2)).
- c) Niciodată nu trebuie utilizați ca identificatori ai pacientului, numărul patului sau al locației fizice a pacientului (salon stânga, dreapta, etc.).
- d) Este necesară coparticiparea pacienților în toate etapele procesului de asigurare de servicii de sănătate și informarea acestora asupra importanței și relevanței corecteii 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 în cadrul Compartimentului de Evaluare și Statistică Medicală se face de către personalul acestuia verbal și în baza, după caz, a următoarelor documente: act de identitate, biletul de internare de la medicul de familie sau medicul specialist, bilet de transfer, recomandare internare pentru pacienții cu plată, dovada calității de asigurat (adeverință de la locul de muncă din care să reiasă ca unitatea angajatoare are achitate la zi asigurările sociale de sănătate, cupon de pensie din ultima lună, adeverință de șomaj sau carnet de șomaj, chitanță de la casa de asigurări de sănătate, privind plata asigurării medicale sau dovada de coasigurat, xerocopie după certificatul de naștere (pentru copii sub 14 ani) sau buletinul de identitate și dovada de coasigurat) și card de asigurat;

- b) Registratorul medical va introduce în sistemul informatic al spitalului setul minim de date la nivel de pacient regasite în FOCG – completata de personalul medical. 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 serviciul de gardă al spitalului se face verbal și pe baza unui act de identitate. În cazul pacienților care sunt aduși inconștienți/ confuzi, cu deteriorare cognitivă, fără aparținători sau fără acte de identitate, se atribuie acestora un nume provizoriu și se contactează Inspectoratul de Poliție a Județului Bihor.
- d) Identificarea pacientului care se prezintă pentru diferite servicii medicale în Ambulatoriu se realizează verbal, prin intermediul actului de identitate și a biletului de trimitere.
- e) Identificarea pacientului trimis din Ambulatoriu/pacient cu plată în vederea investigațiilor paraclinice se face verbal și printr-un act de identitate.
- f) Identificarea pacientului internat în regim de spitalizare de zi se realizează verbal, prin intermediul F.S.Z. și/sau prezentarea unui act de identitate.
- g) Identificarea pacientului în regim de spitalizare continuă în secții medicale/chirurgicale (mai puțin Secția A.T.I.) presupune:
 - i. la prezentarea în secție/compartiment se identifică pacientul verbal și pe baza F.O.C.G.;
 - ii. pacientul se repartizează la salon;
 - iii. se notează cu markerul/pixul (sau se tipărește, funcție de posibilitățile tehnice) pe o brățară de identificare numele și prenumele pacientului, secția medicală în care este internat pacientul și data nașterii acestuia. Pentru identificarea pacienților cu risc de cădere și pentru identificarea (vizuală), de către personalul medical, a pacienților internați cu dizabilități/nevoi speciale/manifestări agresive se vor utiliza brățări de identificare cu etichete de culori diferite, conform deciziei Consiliului medical. Schimbarea etichetelor divers colorate care se atașează la brățările de identificare se poate realiza pe tot parcursul internării pacienților de către asistenta de salon, funcție de evoluția/evaluările ulterioare periodice ale pacientului;
 - iv. se informează și se explică pacientului importanța aplicării 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;
 - v. identificarea la patul pacientului se face verbal și cu ajutorul brățării de identificare a pacientului;
 - vi. 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;

- h) Identificarea pacientului internat în regim de spitalizare continuă în vederea efectuării investigațiilor și/sau consulturilor intersecții/interclinice, se realizează de către personalul medico-sanitar verbal, prin brățara de identificare, F.O.C.G. și, după caz, biletul de trimitere de la medicul specialist cu toate datele de identificare și precizarea expresă a recomandării medicului care prescrie expunerea medicală (felul investigației, zona/segmentul examinat);
- i) 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.
- j) 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 sănătate prin observare directă a procesului;
- b) Luarea imediată de măsuri corective în situația că observă realizarea deficitară a procedurii de identificare a pacientului;
- c) Identifică și analizează factorii cauzali a unor eventuale erori de identificare incorectă a pacienților, toate acestea în prezența unei atitudini proactive, preventive și sistematice;
- d) Accentuează în permanență responsabilitatea întregului personal medico-sanitar și auxiliar sanitar din subordine în realizarea identificării adecvate a pacientului;
- e) Instruiește periodic personalul din subordine cu privire la identificarea corectă a pacienților.

Art.164. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de identificare corectă a pacientului și monitorizarea sistemului de identificare a acestuia sunt următorii:

- a) Număr de evenimente adverse asociate asistenței medicale în ultimul an calendaristic datorate unor erori de identificare a pacienților sa fie cel mult 5.
- b) Număr de instruiți cu privire la identificarea corectă a pacienților, realizate în ultimul an calendaristic, sa fie cel puțin 1/an.

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

Art.165. – Reglementarea accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare are ca principale scopuri:

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

Art.166. – (1) Etapele procesului de asigurare a accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea sau din afara acestuia care dorește să aibă acces și să utilizeze baza de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii (inclusiv de nursing), analize, documentare, va depune la secretariatul spitalului cerere scrisă în acest sens în care va menționa documentele medicale (constituite în unități arhivistice) la care dorește să aibă acces, perioada pentru care solicită accesul (aceasta nu poate fi mai mare de 30 de zile calendaristice) și motivul solicitării.
- b) Persoana care deservește secretariatul prezintă, în maxim 24 ore, spre aprobare, directorului general spitalului, cererea de studiere a documentelor medicale.
- c) Pentru personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului care a întocmit cererea menționată la lit. a), aceasta se avizează de către șeful ierarhic al acestuia, directorul medical și se aprobă de către directorul general al Spitalului care, în rezoluție, va desemna în sarcina coordonatorului Compartimentului de Evaluare și Statistică Medicală punerea la dispoziția solicitantului a unităților arhivistice solicitate.
- d) Pentru personalul medico-sanitar din afara Spitalului care a întocmit cererea menționată la lit. a), aceasta se aprobă, după caz, de către directorul general al Spitalului numai după primirea unui aviz favorabil din partea Consiliului medical care va analiza respectiva solicitare în proxima ședință care se desfășoară ulterior depunerii cererii în discuție. În adoptarea unei conduite adecvate în speță Consiliul medical va avea în vedere următoarele criterii:
 - i. Respectarea normelor de protecție a informațiilor clasificate ;
 - ii. Respectarea confidențialității datelor pacienților;
 - iii. Scopul studiului să nu contravină normelor de etică profesională;
 - iv. Numele Spitalului să fie menționat în cursul lucrării finale;
 - v. Spitalul să aibă acces la rezultatele studiului prin înmânarea unui exemplar al lucrării finale.
- e) În situația în care Consiliul medical dă aviz favorabil cererii, va fi completat un protocol de studiu, conform modelului prevăzut în **Anexa nr. 6 la prezentul Regulament**, semnat de către solicitant și directorul general spitalului, respectiv directorul medical.

- f) După obținerea aprobării, gestionarul arhivei va prelua cererea aprobată, va extrage din arhivă unitatea arhivistică/unitățile arhivistice în cauză și va comunica solicitantului locul unde poate fi aceasta/acestea studiat/e și următoarele condiții pe care trebuie să le respecte:
- i. Studiul documentelor ridicate din arhiva medicală se va face în spații adecvate dispuse în structura din care face parte personalul propriu al Spitalului sau altă locație din interiorul spitalului, conform aprobării date de director general și/sau directorul medical;
 - ii. Pentru personalul medico-sanitar din afara Spitalului, Consiliul medical va desemna o persoană din structura Compartiment de Evaluare și Statistică Medicală care va supraveghea respectarea de către solicitant a condițiilor cuprinse în protocolul de studiere a documentelor din arhivă
 - iii. Studiul documentelor poate consta în lecturarea acestora, luarea de notițe sau copierea scrisă de părți din document;
 - iv. Este interzisă fotocopierea, prin orice procedeu a documentelor ridicate din arhiva medicală;
 - v. Persoana care ridică documentele din arhiva medicală este responsabilă de integritatea acestora pe perioada cât le are în studiu;
 - vi. Este interzisă scoaterea din spital a documentelor originale luate din arhiva medicală.
- g) Solicitantul va semna de primirea unității arhivistice/unităților arhivistice solicitate în "Registru de consultare a dosarelor".
- h) După studierea documentelor, cu încadrare în perioada aprobată, cercetătorul va restitui gestionarului arhivei medicale documentele medicale, semnând de restituire în Registrul de evidență a documentelor.
- i) Atât la ridicarea cât și la depunerea documentelor medicale constituite în unități arhivistice din/în arhiva medicală, gestionarul arhivei împreună cu persoana care ridică/depune respectivele documente, vor verifica integritatea unităților arhivistice prin numărare filă cu filă.

(2) Anual, la nivelul Spitalului, directorul medical va organiza evaluări periodice cu privire la cunoștințele și atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale.

Art.167. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare sunt următorii:

- a) Procentul cererilor aprobate, prin care se solicită de către personalul propriu medico-sanitar accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare, raportat la totalul cererilor depuse cu acest subiect, sa fie cel puțin 95% în ultimul an calendaristic.
- b) Procentul cererilor aprobate, prin care se solicită de către personalul medico-sanitar din afara Spitalului accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare, raportat la numărul total de cereri depuse cu acest subiect, sa fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic;

- c) Număr de unități arhivistice returnate în arhiva medicală în termenul maxim aprobat pentru studiu, sa fie egal cu cel al unitatilor arhivistice ridicate, în ultimul an calendaristic;
- d) Procentul unităților arhivistice ridicate din arhiva medicală care au fost returnate în aceasta fără lipsuri, raportat la total unitati arhivistice ridicate din arhiva, sa fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic;
- e) Număr de evaluări periodice planificate și efectuate anual cu privire la cunoștințele și atitudinea personalului medical, legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale, sa fie de cel puțin 1, in ultimul an calendaristic.

IX.27. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale

Art.168. –Reglementarea procesului de comunicare între membrii echipelor medicale are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea transmiterii complete, corecte și în timp util a tuturor informațiilor necesare pentru furnizarea unui serviciu medical de calitate.
- b) Asigurarea că procesul de comunicare interdisciplinară se bazează pe respect și pe competența fiecărui membru al echipei medicale.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - erori apărute în procesul de îngrijire, cauzate de comunicarea defectuoasă în cadrul echipei medicale;
 - nemulțumiri ale pacienților cauzate de comunicarea defectuoasă în cadrul echipei medicale;
 - nemulțumiri ale personalului medical/auxiliar referitoare la comunicarea în cadrul echipei medicale.

Art.169. –Comunicarea între membrii echipelor medicale (medic, asistent medical, infirmier, kinetoterapeut, îngrijitor, referent/registrator medical etc.) presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Toți membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea 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 membri ai echipei, pe de altă parte. O comunicare eficientă a echipei medicale:

- i. crește abilitățile de diagnostic și apreciere a prognosticului, precum și planificarea corectă a tratamentului pacientului (comparativ cu profesionistul medical care acționează singur)
- ii. crește controlul simptomelor
- iii. scade perioada de spitalizare a pacientului
- iv. conduce la satisfacția pacientului și familiei acestuia

c) Factori care fac dificilă comunicarea în echipa medicală:

- i. Îngrijirea complexă, evoluția imprevizibilă a pacienților,
- ii. Profesioniști de diferite specialități implicați și care interacționează cu pacientul în diferite momente ale zilei, uneori în locații diferite, fără o interacțiune sincronă
- iii. Profesioniștii care pot avea o viziune diferită asupra nevoilor de îngrijire
- iv. Ierarhia din domeniul medical (medici versus alte specialități medicale și nemedicale) duce la inhibiția unor membri ai echipei în prezentarea propriilor viziuni și indicații de îngrijire;
- v. Diferența în educația profesională, vârsta.

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

- i. Procesul de comunicare să se constituie într-o relație de tip participativ
- ii. Să sprijine și să încurajeze inițiativa personală în limitele competenței
- iii. Formularea și comunicarea cerințelor să fie efectuată în mod clar și precis, pentru a nu lăsa loc interpretărilor eronate
- iv. Din partea membrilor echipei cu poziții superioare (medici, asistenți medicali șefi/coordonatori) nu sunt indicate:
 - o Comportament dictatorial
 - o Controlul excesiv al modului în care sunt îndeplinite sarcinile
 - o Criticile excesive
- v. Colaborarea profesională și comunicarea să fie în interesul pacientului
- vi. Limbajul utilizat pentru comunicare să fie profesionist, concis, la obiect
- vii. Comunicarea se face pe un ton amabil, profesional
- viii. Comunicarea cu medicul de specialitate se face în scris (indicații medicale, tratamente etc.)
- ix. Dacă există divergențe de opinie, acestea nu se discută de față cu pacientul

- x. 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 interacțiune atât cu medicii cât și cu alți participanți la furnizarea serviciului medical.
- f) Emiterea verbală sau telefonică a deciziilor și indicațiilor medicale, rezultatelor de laborator etc. trebuie efectuată cu atenție pentru a nu se pierde din informațiile furnizate. În acest caz procesul de comunicare este constituit din patru faze:
- ASCULTARE – Receptorul ascultă indicația sau rezultatul complet;
 - SCRIERE – Receptorul scrie informația într-un format propriu, pe care are posibilitatea de a-l recunoaște ușor (gen „Registru de indicații verbale și/sau telefonice pentru îngrijiri medicale”);
 - CITIREA – Receptorul citește emițătorului informația așa cum a scris-o;
 - CONFIRMAREA – Emițătorul confirmă că ceea ce este scris și citit de către receptor, este corect.
- g) Personalul medical transferă informații în etape și situații diferite pe parcursul furnizării asistenței medicale. Un pacient poate fi potențial tratat de o serie de medici și diverși alți specialiști. Pacienții se mișcă destul de des între zona de diagnostic, zona de tratament și zona de îngrijire regulată și se pot întâlni cu mai multe ture de personal pe zi. În acest context, breșele în comunicare pot provoca grave întreruperi în continuitatea îngrijirilor, un tratament inadecvat și leziuni sau dauna potențială a pacientului. Din acest motiv comunicarea între unități și între echipele medicale trebuie să includă toată informația esențială și aceasta să fie furnizată într-un limbaj care să nu permită o interpretare incorectă. Limbajul trebuie să fie clar și normalizat, evitând sau clarificând (dacă este necesar) termeni care pot fi ambigui. În acest sens, membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea au obligația de a solicita precizări în situații de incertitudini care privesc procesul de comunicare.
- h) Pentru o bună comunicare, la nivelul Spitalului, informația se transmite formal prin intermediul documentelor medicale ale pacientului (foaie de observație, fișe de evaluare inițială și de evoluție, rezultate ale investigațiilor și consulturilor interdisciplinare, planuri de îngrijiri, rapoarte de predare-primire etc) și utilizând codificări acceptate de domeniu (codificare diagnostice, codificare proceduri medicale/investigații, simboluri și definiții standardizate), de exemplu:
- Diagnosticele se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
 - Procedurile documentate se codifică conform Listei codurilor de identificare ale procedurilor de sistem/operationale aferente domeniilor de activitate
 - Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.

i) Este necesar ca membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului să acorde o importanță deosebită procesului de comunicare în momentul transferului informației specifică pacientului de la o echipă de îngrijire la următoarea, de la un furnizor de îngrijire medicală la altul și/sau de la furnizorii de îngrijiri către pacient și familia acestuia, cu scopul de a asigura continuitatea îngrijirilor și siguranța sănătății pacientului. Informația care se partajează constă, în general, în date referitoare la starea actuală a pacientului, schimbări recente ale stării sale, tratamentul în curs și posibilele complicații care pot apare. O bună comunicare în situația transferurilor presupune:

- Transmiterea informației prin utilizarea unei structuri standard concise care să minimizeze confuzia;
- Acordarea de timp suficient pentru comunicarea informației importante și pentru ca personalul să formuleze și să răspundă întrebărilor fără întrerupere, întotdeauna când este posibil (în procesul de transfer trebuie incluse secvențe de timp pentru repetare și recitare);
- Asigurarea informației referitoare la starea pacientului, medicamentelor sale, planurilor de tratament, direcțiilor anticipate și oricăror schimbări relevante ale stării sale;
- Limitarea interschimbului de informații la ceea ce este necesar pentru prestarea unor îngrijiri sigure pacientului

j) importanță majoră a modului de comunicare în cadrul echipei medicale trebuie acordată de către membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului pe perioada transferului pacientului, în următoarele situații:

- transferul de la o tură la alta – în acest sens, medicii, asistenții medicali și infirmierele utilizează registre de predare-primire a gărzii/turei
- transferul intraclinic, între secții sau specialități, transfer pentru investigații paraclinice
- transferul în alte unități medicale
- externarea pacientului.

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

- registre de predare-primire a gărzii în care medicii consemnează elementele de monitorizare și problemele pacienților internați;
- registre de predare-primire a turei în care asistenții medicali consemnează intervențiile de efectuat, tratamentele, etc. și problemele pacienților internați;
- registre de predare-primire a turei în care infirmierele consemnează intervențiile / activitățile de efectuat și problemele pacienților internați;
- predarea pacienților din Compartiment A.T.I. către o altă secție/compartiment se face în baza formularului de *”Fișă de predare-primire a pacientului într-o secție non-A.T.I.”*
- La transferul pacientului critic la un spital de nivel superior se utilizează *”Fișa medicală de transfer interclinic a pacientului critic”*;

- La externare se completează bilete de externare și/sau scrisori medicale care se transmit – prin pacienți – medicilor de familie ai acestora
- k) De asemenea, prin grija șefilor de secții medicale, în procesul de comunicare medicală în zonele de activitate critice (blocul operator, serviciul de gardă al spitalului, proceduri anestezice) se dezvoltă permanent liste de verificare și alte documente tipizate, cu rol de a facilita transferul cu acuratețe a informațiilor medicale între membrii echipelor medicale și de monitorizare a schimbului de informații.
- l) Anual, de regulă în luna aprilie, directorul medical evaluează implementarea modului de comunicare interprofesională, întocmind în acest sens o analiză care se constituie ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, acestea fiind prezentate în ședință a Consiliului medical.

Art.170. - Indicatorii de eficiență (după caz) și 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, sa fie maxim 5, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de reclamații ale pacienților referitoare la modul de comunicare din cadrul echipei medicale, în ultimul an calendaristic sa fie maxim 5.
- c) Număr de reclamații ale personalului propriu referitor la comunicarea în cadrul echipei medicale, sa fie de maxim 3 în ultimul an calendaristic.
- d) Procentul registrelor de predare-primire a gărzii/turei întocmite la nivelul secțiilor/compartimentelor medicale în volum complet de către medici, asistenți medicali și infirmiere, în raport cu numărul secțiilor /compartimentelor cu paturi din cadrul Spitalului sa fie cel puțin 95% pentru fiecare categorie profesională, în ultimul an calendaristic.
- e) Numărul de reclamații cu privire la aspecte de comunicare între profesioniști înaintate consiliului etic, sa nu depasească 3, în ultimul an calendaristic.

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

Art.171. –Reglementarea modului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor are ca principale scopuri:

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

Art.172. –Etapale procesului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

Art.173. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor sunt următorii:

- a) Procentul comunicărilor telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în „*Caietul de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator*”, în raport cu cele efectiv transmise către medicii curanți, să fie cel puțin 95% în ultimul an calendaristic.

- b) Procentul comunicărilor telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în *“Caietul de comunicare/alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigațiilor de Radiologie și Imagistică medicală/endoscopie”*, în raport cu cele efectiv transmise către medicii curanți, să fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.
- c) Procentul comunicărilor telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în *„Caietul de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator”*, a căror conținut se încadrează în valorile din *”Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate”*, să fie de cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.
- d) Procentul comunicărilor telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în *“Caietul de comunicare/alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigațiilor de Radiologie și Imagistică medicală/endoscopie”*, a căror conținut se încadrează în valorile din *”Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate”*, să fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.

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

Art.174. –Scopurile acestei reglementări se referă în principal la:

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

Art.175. –Implementarea prezentei reglementări presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

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

- b) Deși – de exemplu, diagnosticul de cancer sau de ciroză, reprezintă întotdeauna vești rele pentru aparținătorii unui pacient, diagnosticul de fază incurabilă este o veste mult mai rea, deoarece ea presupune decesul într-o perioadă relativ scurtă a bolnavului. Cu toate acestea medicul curant al pacientului trebuie să comunice acest lucru bolnavului și/sau familiei, recomandând cu această ocazie instituirea tratamentului paliativ, după caz, aspect pe care-l va consemna în F.O.C.G.. Pentru a comunica diagnosticul de fază incurabilă, medicul curant trebuie să stabilească mai întâi dacă bolnavul ar dori să știe acest lucru și dacă este pregătit să îl afle. În acest sens, medicul curant va aplica întocmai prevederile reglementării „Situatii în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate” din prezentul Regulament. În cazul în care bolnavul ar dori să știe adevărul despre boala sa, medicul curant trebuie să-i comunice bolnavului acest lucru cu mult tact. În comunicarea către pacient și familie a diagnosticului de fază terminală, medicul curant este necesar să țină seama de următoarele reguli:
- i. Să caute timpul și locul potrivit;
 - ii. Să respecte sensibilitatea bolnavului;
 - iii. Să folosească expresii potrivite nivelului de înțelegere a bolnavului și /sau a familiei acestuia;
 - iv. Să dea dovada de atașament și de compasiune;
 - v. Să răspundă la întrebările bolnavului și /sau a familiei acestuia;
 - vi. Să nu excludă orice speranță a bolnavului și /sau a familiei acestuia;
 - vii. Să stabilească obiective realiste;
 - viii. Să-l asigure pe bolnav și /sau pe familia acestuia că va face tot ce este posibil și că va ține seama de părerea bolnavului.
- e) Deoarece îmbolnăvirea unui membru al familiei reprezintă un stres foarte mare pentru aparținători, iar decesul unui membru al familiei reprezintă un stres cu mult mai mare, medicul curant trebuie să acorde importanța cuvenită și susținerii psihologice a familiei. În acest sens, medicul curant trebuie să informeze corect familia și să o pregătească pentru ce are de făcut, putând în acest context implica psihologul încadrat în cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea. Comunicarea deschisă, onestă, echilibrată cu familia reprezintă cheia reducerii / eliminării unui eventual conflict familie/medici și facilitează o tranziție ușoară către terapia paliativă a pacientului, către o atmosferă de calm, resemnare, înțelegere a stării de terminare a vieții în condiții de confort, calm, pace sufletească.
- f) Pentru pacienții aflați în stare terminală, Spitalul asigură, cu acordul pacientului, accesul neîngrădit al familiei acestuia la pacient sau a aparținătorilor desemnați de către acesta. La cererea pacientului și/sau familiei acestuia, Spitalul poate asigura în cadrul structurii medicale în care este internat pacientul sau în alt spațiu special destinat, funcție de posibilitățile concrete existente la data formulării respectivei cereri, un salon cu 2 paturi în care alături de pacient poate fi cazat un membru al familiei acestuia sau un aparținător desemnat al pacientului. Pe timpul cazării membrului de familie / aparținătorului desemnat al pacientului acestuia i se poate asigura la cerere și hrănirea, costul/zi de cazare și hrănire fiind cele stabilite de către Comitetul director.

- g) Dacă pacientul/familia acestuia dorește externarea, medicul curant va consemna acest aspect în documentele medicale, cu obligația transportului din partea spitalului, cu autosanitară dotată corespunzător și cu personal de însoțire.
- h) Toate discuțiile, informarea familiei, deciziile legate de întreruperea/îndepărtarea unei modalități terapeutice, cât și neînștiințarea altora noi, vor trebui riguros justificate / documentate / înregistrate în F.O.C.G., dovedind astfel transparența actului medical cât și prezența 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 înțelege deciziile luate ca fiind în beneficiul deplin al pacientului.

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

- a) Imediat după producerea decesului pacientului, medicul curant va informa medicul șef/coordonator de secție/compartiment. Dacă decesul survine în afara programului de lucru al spitalului și medicul curant nu este prezent, medicul de gardă va informa telefonic medicul curant. Dacă decesul survine între orele 22:00 și 8:00 informarea medicului curant și a șefului/coordonatorului de secție/compartiment se poate realiza la începerea programului de lucru.
- b) Anunțarea aparținătorilor sau a reprezentantului legal despre survenirea decesului se face după 2 ore de la constatarea acestuia de către medicul curant în timpul programului de lucru al spitalului sau de către medicul de gardă în afara programului de lucru al spitalului și în absența medicului curant. Se va menționa în F.O.C.G. data și ora contactării aparținătorilor. **În acest sens, în mod obligatoriu la internare în toate F.O.C.G. se vor înscrie la biroul internări datele de contact ale aparținătorilor.** Medicul curant care face oficiul de a anunța aparținătorii despre decesul pacientului va trebui să fie pregătit să aloce timpul necesar ca să răspundă unor eventuale întrebări ale aparținătorilor legate de: evoluția bolii, tratamentele aplicate pacientului înainte de deces, motivele decesului, felul în care a decurs decesul, astfel încât aparținătorii să fie convinși că s-a făcut tot posibilul pentru a menține în viață pacientul.
- c) Pacienții decedați fără aparținători, vor fi transportați de către firma de pompe funebre „La Capătul Drumului” cu care SCAI Oradea are contract de prestări servicii, după cele 2 ore la morga Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea, unde vor rămâne până la identificarea aparținătorilor de către Poliție/primărie, timp în care SCAI Oradea va face demersurile necesare pentru identificarea aparținătorilor. Pacienții ai căror aparținători nu au putut fi identificați în 10 zile vor fi înhumați pe cheltuielile autorităților publice locale de domiciliu, ca și cazuri sociale. În situația în care între spital și instituțiile de învățământ medical superior uman există norme comune semnate de ambele instituții, dacă nu există probleme referitoare la diagnosticul și tratamentul aplicat și dacă pacientul nu a suferit de boli infectocontagioase, de exemplu: tuberculoză, SIDA etc., cadavru poate fi preluat de serviciul pentru exploatarea cadavrelor al catedrei de anatomie din instituția de învățământ medical superior. Pentru cadavrele nerevendicate și nepreluate de serviciile pentru exploatarea cadavrelor ale catedrelor de anatomie din instituțiile de învățământ medical superior, se va efectua autopsia și va fi anunțată în scris primăria din raza teritorială a spitalului.

- d) De asemenea, în 24 ore de la producerea decesului pacientului, va fi înștiințat verbal (telefonic) sau în scris (email, scrisoare medicală) și medicul de familie al decedatului de către medicul curant.
- e) Vor fi anunțate de către medicul curant în colaborare cu medicul anatomo-patolog la Serviciul Criminalistică din cadrul Poliției Municipale, la Serviciul de Medicină Legală precum și, în timp util, purtătorul de cuvânt al spitalului, următoarele tipuri de decese:
 - i. decesele survenite sub 24 ore de la internare,
 - ii. cazurile când există suspiciuni cu implicații medico-legale prevăzute de lege,
 - iii. cazul decedaților neidentificați,
 - iv. cazul cetățenilor străini decedați în spital.

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

- a) Termenul limită (maxim 3 zile) în care aceștia se pot prezenta la spital în vederea încheierii formalităților de externare a decedatului;
- b) Se va comunica aparținătorilor, după caz, situația în care există motive medico-legale de efectuare a autopsiei și termenul limită în care aceștia se pot prezenta pentru a ridica trupul decedatului;
- c) În situația în care nu există motive medico-legale de efectuare a autopsiei și aparținătorii nu solicită efectuarea autopsiei (nu contestă diagnosticul și nici tratamentul medical aplicat) se va comunica posibilitatea ca un aparținător să completeze pe proprie răspundere (de preferință în termen de maxim de 24 de ore de la survenirea decesului) o cerere tipizată către directorul general al 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 șef de secție în care a fost internat pacientul, medicul anatomo-patolog și directorul general spitalului. Ulterior aparținătorii vor primi de la medicul curant / gardă din secția / compartimentul unde a decedat pacientul „*Certificatul constatator al decesului*” (fiind necesar în acest sens actul de identitate al persoanei decedate), după ce semnează în cotorul carnetului cu certificate și permisiunea de a ridica trupul decedatului de la camera mortuară.
- e) Aparținătorilor li se predau: cadavrul decedatului, un exemplar din „*Certificatul constatator al decesului*”, obiectele prețioase ce au aparținut persoanei decedate, efectele cu care a venit pacientul aflate în păstrarea spitalului.
- f) La solicitarea aparținătorilor se comunică faptul că înregistrarea decesului intervine după finalizarea procedurilor din spital și reprezintă înregistrarea propriu-zisă a decesului și obținerea „*Certificatul constatator al decesului*” și a „*Adeverinței de înhumare*” de la ofițerul stării civile din SPCLEP sau primăria pe a cărei rază s-a produs decesul, fiind obligatorie declararea decesului în termen de 3 zile (include atât ziua decesului, cât și ziua efectuării declarației).

Art.176. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de sugestii si /sau reclamații ale aparținătorilor/personalului determinate de comunicarea deficitară pe timpul agravării bolii/în faza terminală instalată, în ultimul an calendaristic, sa nu depaseasca 0,5% din total sugestii si/au reclamatii din partea aparținătorilor/personalului.
- b) Număr de sugestii /reclamații din partea aparținătorilor/personalului, determinate de comunicarea deficitară în momentul anunțării decesului, sa fie cel mult 0,5% raportat la numarul total de decese, în ultimul an calendaristic.
- c) Număr de sugestii/reclamații ale aparținătorilor/personalului determinate de comunicarea deficitară referitoare la informațiile primite ulterior decesului, sa fie cel mult 0,5%, în ultimul an calendaristic
- d) Număr de evenimente mas-media cu impact negativ asupra spitalului, datorate modului de comunicare defectuos pe timpul agravării bolii pacienților și/sau după survenirea decesului acestora sa fie mai puțin de 1, în ultimul an calendaristic.

IX.30. Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați

Art. 177. – 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:
 - imposibilitatea/greutatea comunicării cu pacientul.
 - reclamații ale pacienților cauzate de neacordarea unor servicii medicale specifice patologiei.

Art. 178. – 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), se va implica în fiecare dintre etapele procesului de comunicare cu respectivul pacient membrii familiei/apartinătorii acestuia, astfel încât să se poată lua decizii informate referitoare la procesul de îngrijiri, iar actul medical să se concretizeze într-o reușită.
- c) La cererea pacientului și/sau familiei acestuia, Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea poate asigura în cadrul structurii medicale în care este internat pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) sau în alt spațiu special destinat, funcție de posibilitățile concrete existente la data formulării respectivei cereri, un salon cu 2 paturi în care alături de pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) poate fi cazat un membru al familiei acestuia sau un aparținător desemnat al pacientului. Pe timpul cazării membrului de familie/ aparținătorului desemnat al pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz), acestuia i se poate asigura la cerere și hrănirea, costul/zi de cazare și hrănire fiind cele stabilite de către Comitetul director.
- d) În situația în care familia/apartinătorii pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) nu doresc să asiste pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) pe timpul internării acestuia, medicul curant al acestuia va apela la interpretul/interpreții autorizați în limbajul mimico-gestual specific persoanelor cu deficiențe de auz cu care spitalul are încheiate contracte/convenții de colaborare sau, comunicarea se va face în scris, prin intermediul SMS/mijloace tehnice electronice (ex. e-mail, etc).
- e) Comunicarea cu aparținătorii pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) pe timpul internării acestuia se va realiza cu respectarea prevederilor reglementării „*Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul*” din prezentul Regulament Intern.

Art. 179. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sunt următorii:

- a) Procentul pacienților cu dizabilități (deficiențe de auz) internați pentru care au fost asigurate, servicii de comunicare în limbajul mimico-gestual, raportat la numărul pacienților cu dizabilitati (deficiente de auz) internati, sa fie de cel puțin 90%, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de reclamații ale pacienților cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sau ale familiilor/apartinătorilor acestora datorate neasigurării de servicii ale unor interpreți autorizați în limbajul mimico-gestual specific, în ultimul an calendaristic, sa fie maxim 3.
- c) Procentul de solutionare favorabila a cererilor membrilor de familie/apartinătorilor pacienților cu dizabilitati(deficiente de auz) care au solicitat cazare și hrana contra cost, raportat la totalul cererilor cu acest obiect depuse în spital, sa fie de cel puțin 50%, în ultimul an calendaristic.

IX.31. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului

Art.180. –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:
 - accidente de orice natură în care sunt implicații pacienții;
 - reclamații ale pacienților cu privire la modul de deplasare/transport la nivelul spitalului
 - pierderea/deteriorarea documentelor medicale care însoțesc pacienții care se deplasează la consulturi interdisciplinare și investigații.

Art.181. – (1) Etapele procesului de deplasare a pacienților în cadrul Spitalului presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Spitalului toți pacienții care se deplasează în interiorul acestuia la consulturi interdisciplinare și/sau investigații sunt însoțiți în mod obligatoriu de personal medico-sanitar.
- b) În acest sens medicii șefi/coordonatori de structuri medicale nominalizează personalul medico-sanitar cu responsabilități de însoțire a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații. Acesta din urmă are obligația de a cunoaște principalele circuite ale spitalului (îndeosebi circuitul hranei, circuitul lenjeriei, circuitul deșeurilor, etc.) astfel încât pe timpul însoțirii pacienților la consulturi interdisciplinare și/sau investigații să evite traseele care pot pune în contact pacienții cu diverse surse de I.A.A.M. sau care pot contamina hrana servită în cadrul spitalului.
- c) Modul de deplasare la consulturi interdisciplinare și/sau investigații a pacienților depinde de starea de sănătate și de gradul de autonomie a fiecărui pacient în parte, existând o serie de particularități care privesc această activitate, în raport cu următoarele categorii de pacienți:
 - i. Pacient autonom;
 - ii. Pacient neautonom:
 - Non-grav;
 - Grav/dependent.
- d) Deplasarea pacientului la consulturi interdisciplinare și investigații se face la ora programată, în acest sens după ce în prealabil se verifică de către medicii curanți menținerea programării (îndeosebi atunci când programarea a fost făcută cu mai multe zile în urmă) astfel încât să se evite formarea de cozi/aglomerări la medicii care realizează consulturile interdisciplinare sau în spațiile de așteptare pentru diferite investigații.
- e) După ce se confirmă ora programării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, medicii curanți înmânează personalului desemnat ca însoțitor F.O.C.G./F.S.Z. completata a pacientului (cel puțin rubricile privitoare la antecedente personale și heredocolaterale, terapii curente, anamneză, examen clinic pe aparate și sisteme, evoluție pe durata internării, tratament pe durata internării înaintea consultului interdisciplinar). Pe timpul deplasării pacienților în cadrul spitalului, documentele medicale se păstrează în permanență asupra personalului însoțitor al pacienților, acesta fiind direct răspunzător de integritatea respectivelor documente.
- f) În situația pacienților autonomi, funcție de starea lor, aceștia se vor deplasa însoțiți la consulturi interdisciplinare și investigații singuri (mers autonom) sau în

cărucioare/fotolii rulante (în mod obligatoriu pacienții vârstnici, pacienți autonomi cu interdicție de a se deplasa). Pe timpul deplasării prin spital pacienții vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern. Însoțitorii desemnați au obligația de a supraveghea pe tot parcursul deplasării la și de la consulturi interdisciplinare și investigații 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) 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. 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 pacienților, utilizate exclusiv intern.

Art.182. - 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 personalul desemnat ca însoțitor pe timpul deplasării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, sa fie maxim 5, 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, sa fie cel mult 3, în ultimul an calendaristic.
- c) Număr de reclamații ale pacienților în legătură cu modul defectuos de deplasare/transport la nivelul spitalului, sa fie cel mult 5, în ultimul an calendaristic.

IX.32. Modul de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor

Art.183. – Reglementarea modului de utilizarea paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor are ca principale scopuri:

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

Art.184. –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/compartimentului 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 responsabilul Compartimentului Evaluare și Statistică Medicală), astfel încât la nivelul spitalului să se asigure un procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului.
- b) Zilnic, asistentele șefe/coordonatoare din cadrul secțiilor/compartimentelor medicale comunică serviciului de gardă al spitalului, în baza evidenței proprii, numărul acestor paturi. Lista paturilor libere care se asigură pentru internarea în regim de urgență a pacienților prin camera de gardă a spitalului se predă medicului de gardă al spitalului, zilnic, inclusiv în zilele de sâmbătă și duminică, precum și de sărbători legale, până cel târziu la ora 14,00 (inclusiv paturi ATI). Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare responsabilitatea asigurării paturilor libere revine șefilor/coordonatorilor de secție/compartiment.
- c) În afara evidenței menționate la lit. b), la nivelul fiecărei secții (mai puțin Compartimentul A.T.I.) asisntenta sefă/coordonatoare va ține și evidența zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili, care se calculează, de regulă, ca diferența dintre numărul total de paturi existent în secție din care se scade numărul de paturi ocupate de pacienții internați însumat cu numărul minim de paturi destinat internării urgențelor calculat potrivit precizărilor de la lit. a).

- d) În situația în care numărul pacienților programabili sau a celor care se prezintă fără programare pentru internare depășește numărul de paturi din evidența menționată la lit. c) utilizarea paturilor se desfășoară în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor tratate din secțiile/compartimentele cu paturi. Acest lucru se realizează prin colaborarea șefilor de secții și a asistentelor medicale șefe/coordonatoare (mai puțin din compartimentul A.T.I.) care, pot ceda temporar paturi de la o/un secție/compartiment la alta/altul pentru utilizarea acestora funcție de nevoile imediate și ținând cont de compatibilitățile patologiilor.
- e) De regulă, în realizarea activității menționate la lit. d), se va încerca ca cedarea temporară a paturilor să se realizeze la nivelul aceluiași salon, astfel încât secțiile/compartimentele să cedeze temporar unei alte secții/compartiment câte unul/două saloane întregi cu toate paturile aferente, evitându-se ca în cadrul aceluiași salon să fie internați pacienții unor secții/compartimente cu patologii diferite. Cedarea între secții/compartimente de saloane cu paturi sau doar a unor paturi din cadrul saloanelor, se va face ținând cont de compatibilitățile patologiilor.
- f) În situația în care secțiile de specialitate ale spitalului nu pot asigura numărul de paturi libere prevăzut la lit. a), se reconsideră de către șefii de secții de specialitate programul de internare al pacienților planificați conform evidenței de la lit. c).
- g) În cazul în care compartimentul A.T.I. nu poate asigura numărul de paturi libere pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din serviciul de gardă al spitalului, directorul medical împreună cu șefii secțiilor chirurgicale va lua în considerare replanificarea operațiilor electivă pentru care au fost rezervate paturi în aceste secții.
- 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 Direcției Medicale, pentru emiterea de către acesta a unei autorizații sanitare de funcționare în acest sens.

Art.185. - 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) Numar sectii/compartimente care au alocat zilnic, pe parcursul întregului an calendaristic, unui procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului pentru internarea urgențelor, calculat în funcție de rata medie lunară a acestora, raportat la totalul secțiilor/compartimentelor cu paturi, sa fie cel puțin 90%, in ultimul an calendaristic.
- b) Procentul situațiilor solutionate, în care, 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, raportat la numarul situatiilor de acest gen in care era necesara o asemenea conduita, sa fie cel puțin 50%, in ultimul an calendaristic.
- c) Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de paturi, sa nu depaseasca 5% din numarul total al reclamatilor depuse pe spital, în ultimul an calendaristic.

IX.33. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament

Art.186. –Reglementarea procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament are ca principale scopuri:

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

Art.187. – Etapele procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Semestrial, prin grija șefilor de structuri medicale, la nivelul fiecărei secții/compartiment cu paturi și a camerei de gardă a spitalului, se întocmesc analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament proprii fiecărei structuri medicale.
- b) În cadrul analizelor menționate la litera a) se vor identifica:
 - i. Abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, neștiință etc.;
 - ii. Abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc.;
 - iii. Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului;
 - iv. Abateri voluntare justificate de alte criterii (reglementări juridice; nivel de competență, grade academice universitare; eventuale studii clinice derulate în spital, aprobate de către Comisiile de Etică, care permit abaterea de la protocol).
- c) În cadrul analizelor, pentru fiecare dintre abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, necunoaștere etc. cât și pentru fiecare dintre abaterile voluntare nejustificate medical, generate de indisciplină, rea voință etc. se vor identifica în mod punctual cauzele și vor fi propuse măsuri de remediere, după caz.
- d) Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului, cât și în baza altor criterii vor fi susținute în cadrul analizelor efectuate de către judecata clinică, cunoștințele și experiența deținută de clinicienii care au decis abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor

argumenta, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului. Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului pot fi legate de:

- i. Vârste extreme;
 - ii. Sex;
 - iii. Comorbidități;
 - iv. Complicații;
 - v. Comportamente alimentare, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.;
 - vi. Atitudinea față de boală a pacientului etc.
- e) Analizele menționate la lit. a) se vor constitui în anexe la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, care va fi înaintat de către șefii de structuri medicale Consiliului medical.
- f) Pentru a documenta cât mai exact analizele abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament, șefii structurilor medicale pot decide ca respectivele abateri să fie înscrise în F.O.C.G.-urile pacienților în situația cărora au fost aplicate protocoale medicale care fac obiectul analizelor semestriale.

Art.188. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament sunt următorii:

- a) Numărul abaterilor involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, necunoaștere etc. din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, sa fie cel mult 15% raportat la totalul abaterilor înregistrate, în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul abaterilor voluntare nejustificate medical generate de indisciplina, rea voință etc. din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, sa fie cel mult 5%, raportat la totalul abaterilor înregistrate, în ultimul an calendaristic.
- c) Numărul abaterilor voluntare justificate medical prin particularitățile cazului din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, sa fie cel puțin 75% din totalul abaterilor înregistrate, în ultimul an calendaristic.
- d) Numărul abaterilor voluntare justificate de alte criterii din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, sa fie cel mult 15% din totalul abaterilor înregistrate, în ultimul an calendaristic.

IX.34. Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric

Art.189. – Reglementarea procesului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric are ca principale scopuri:

- a) Se asigură abordarea integrată a pacientului ca o uzanță a practicii medicale desfășurată în cadrul Spitalului;

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

Art.190. – (1) Procesul de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului, medicul curant are obligația să analizeze dacă este necesar un consult interdisciplinar/consult psihiatric imediat (în timpul internării curente) sau dacă acesta se va recomanda pacientului la externare o evaluare mai complexă în afara episodului curent de internare.
- b) Consulturile interdisciplinare imediate, inclusiv consulturile psihiatrice, se vor solicita de către medicul curant doar în cazurile în care sunt necesare pentru stabilirea schemei terapeutice a pacientului în momentul actual sau atunci când diagnosticul prezumtiv intuit de medicul curant poate influența prognosticul actualului episod de boală.
- c) În situația în care patologia asociată a pacientului nu influențează nici terapeutic, nici prognostic episodul actual de boală, pacientului i se va recomanda la externare de către medicul curant completarea investigațiilor în rețeaua ambulatorie.
- d) Decizia de a considera că un consult interdisciplinar, inclusiv consultul psihiatric, este necesar, aparține integral medicului curant. Pacientul nu are dreptul să solicite consulturi interdisciplinare. Internarea pentru un episod actual de boală presupune evaluarea pacientului în ceea ce privește această patologie și nu implică consulturi interdisciplinare fără legătură.
- e) În situația în care medicul curant consideră că este necesară solicitarea consultului interdisciplinar, inclusiv a consultului psihiatric, va lua legătura cu secția/medicul de specialitate și va programa pacientul la consultul interdisciplinar. Medicul curant va menționa în F.O.C.G./F.S.Z. data, ora și locația consultului interdisciplinar (ex.: pe secția în care este internat pacientul- prin deplasarea medicului specialist sau în cadrul Ambulatoriului integrat) menționând/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, de medicii angajați ai SCAI Oradea, iar consulturile interdisciplinare externe se aprobă de medicul șef/coordonator de secție/compartiment sau, după caz, a directorului medical. Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea asigură consulturile interdisciplinare externe în principal la Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea, care, în baza contractului de colaborare asigură și „a doua medicală” pentru pacienții internați.
- g) Refuzul medicilor de a respecta programul de lucru, de a acorda consultații interdisciplinare și de a respecta graficele de gardzi întocmite lunar de conducerea secțiilor, serviciilor medicale, laboratoarelor și a compartimentelor și aprobate de conducerea spitalului sanitare, conform

contractului individual de muncă de la norma de bază și contractului individual de muncă cu timp parțial, constituie abatere disciplinară.

- h) 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.
- i) În funcție de starea de sănătate și diagnosticile asociate ale pacientului, acesta se va deplasa la consultul intersecției pe jos, cu căruciorul sau pe targă, obligatoriu însoțit de personal medico-sanitar din secția în care este internat, atât la dus cât și la înapoiere. Pacientul se va deplasa îmbrăcat în ținuta de spital, cu halat și va fi însoțit de F.O.C.G./F.S.Z. Pentru pacienții 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.
- j) 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.
- k) 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.

- l) 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 înafara respectivei internări.
- m) În cadrul secțiilor medicale cu paturi 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/compartimentului, propunere care va fi prezentată în acest caz de către medicul șef/coordonator de secție/compartiment în cadrul proximei ședințe a Consiliului medical și care, după caz, va fi ulterior aprobată de către director medical și va fi adusă la cunoștința întregului personal medical din cadrul spitalului în cadrul raportului de gardă săptămânal cu participare lărgită.
- n) 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 din cadrul SJCJ Oradea, cu care spitalul are încheiat 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.
- o) Pentru consulturi interdisciplinare externe, inclusiv a consulturilor psihiatrice, medicul curant va lua legătura cu serviciul logistic din cadrul spitalului în vederea deplasării pacientului cu ambulanța. Dacă este necesar ca pacientul să fie însoțit de medic sau doar de personal mediu sanitar, cât și nivelul de dotare cu echipamente medicale ale ambulanței pe timpul transportului, va face o solicitare scrisă către conducerea spitalului, prin care va solicita acest lucru.

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

- a) Procentul consulturilor interdisciplinare interne efectuate de către medicii fiecărei structuri medicale, inclusiv de medicul psihiatru, raportat la numărul de consulturi interdisciplinare solicitate, să fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.
- b) Procentul consulturilor interdisciplinare externe, inclusiv consulturi psihiatrice, efectuate de către medici din afara spitalului, în baza unor protocoale de colaborare existente – în vigoare, raportat la numărul total de consulturi interdisciplinare externe să fie cel puțin 85% în ultimul an calendaristic
- c) Numărul de protocoale de colaborare încheiate de către Spital cu alte unități sanitare în vigoare care au ca obiect consulturile interdisciplinare, să fie cel puțin 2, în ultimul an calendaristic.

IX.35. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare

Art.192. –Reglementarea privind modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare are ca principale scopuri:

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

Art.193. – (1) **La nivelul Spitalului, situațiile care necesită abordare multidisciplinară sunt următoarele:**

- Cazurile medicale cu multiple comorbidități, cu evoluție agravată a patologiei de bază și/sau a celor asociate;
- Cazuri medicale ce implică patologii rare;
- Cazuri medicale cu patologii ce depășesc nivelul de competență a Spitalului și care prezintă urgențe care nu pot fi transferate la alte spitale.

(2) În oricare dintre situațiile enumerate la alineatul (1) medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiștilor din serviciile paraclinice în echipele multidisciplinare în cazul că rezultatele investigațiilor paraclinice (analize medicale

și/sau imagistică medicală) furnizează informații echivoce și/sau care contravin diagnosticului inițial.

(3) De regulă, întâlnirile între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite se desfășoară 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 specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului medicul curant are obligația să analizeze dacă este necesară convocarea echipei multidisciplinare.
- b) Dacă spitalul nu dispune de un medic cu specializarea medicină de laborator/ microbiologie/ biolog/ biochimist care se impune să fie prezent în cadrul echipei multidisciplinare acesta va fi invitat în baza protocoalelor de colaborare încheiate interinstituțional. Directorul medical, în colaborare cu medicul curant va lansa invitația de participare a respectivului specialist în cadrul echipei multidisciplinare.
- c) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului și a rezultatelor examenelor paraclinice puse la dispoziție de către medicul curant, membrii echipei multidisciplinare au obligația să analizeze dacă este necesară convocarea specialiștilor din serviciile paraclinice în vederea stabilirii conduitei terapeutice.
- d) Fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare, inclusiv specialiștii din serviciile paraclinice, au obligația de a contribui în limitele competențelor și a experienței pe care o au la stabilirea diagnosticului și a unei conduite terapeutice pentru fiecare dintre pacienții pentru care a fost convocată respectiva echipă. În acest sens, fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare formulează un diagnostic și un plan de tratament sau de îndrumare a pacientului într-un alt serviciu de specialitate, după caz, în urma evaluării examenului clinic al pacientului al istoricului bolii consemnate în FOCG, coroborate cu rezultatele examinărilor paraclinice consemnate de asemenea în FOCG
- e) În urma analizei fiecărei propuneri formulate se stabilește un diagnostic unitar și o conduită unică de tratament urmând ca pacientul să fie reanalizat de aceeași comisie la un anumit interval de timp stabilit de comun acord între membrii echipei multidisciplinare, după caz.
- f) Concluziile se consemnează în FOCG cu menționarea datei și orei la care s-a desfășurat ședința, asumate prin parafa și semnătura fiecărui specialist din comisie.
- g) În ceea ce privește cazurile medicale deosebite directorul medical analizează toate situațiile care au impus convocarea echipei multidisciplinare în cursul fiecărui trimestru. În urma analizei și la propunerea medicilor curanți care au tratat respectivele cazuri, directorul medical selectează cazurile cele mai reprezentative pentru a fi discutate în ședințele programate conform alineatului (3).
- h) Ședința este condusă de către directorul medical, fiecare dintre cazurile selectate spre dezbateri fiind prezentate de către medicii curanți care au tratat respectivele cazuri.
- i) În cadrul respectivei ședințe fiecare specialist analizează datele consemnate în FOCG (istoricul bolii, examen clinic, examene paraclinice, conduita de tratament, evoluția

bolnavului) și se poartă discuții libere cu privire la aceste date între medicii clinicieni și specialiștii din serviciile paraclinice, trăgându-se concluzii utile care ar putea fi utilizate pe viitor.

- j) Minuta întâlnirii și eventualele propuneri vor fi consemnate într-un proces verbal întocmit de medicul a cărui caz a fost prezentat. În situația discutării mai multor cazuri într-o singură ședință, fiecare dintre medicii curanți a căror cazuri au fost discutate își vor aduce aportul la redactarea minutei respectivei ședințe.

Art.194. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare sunt următorii:

- Procentul cazurilor pentru care fost convocate echipe multidisciplinare în care a fost nevoie de prezența specialiștilor din serviciile paraclinice, raportat la totalul cazurilor pentru care au fost convocate echipe multidisciplinare, sa fie minim 50%, în ultimul an calendaristic;
- Concluziile din procesele-verbale întocmite de medicii curanți cu privire la cazurile deosebite dezbătute de către echipa multidisciplinară, au fost preluate în procent de minim 95% în FOCG ale pacienților pentru care s-au întrunit echipele multidisciplinare, în ultimul an calendaristic.

IX.36. Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului

Art.195. –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:
 - abuzuri în activitatea personalului medico-sanitar
 - discriminarea pacienților.

Art.196. – (1) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului/reprezentantului legal al acestuia faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informațiile medicale prezentate i-ar cauza suferință, precum și dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

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

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

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

- a) Asigură completarea de către pacient/reprezentantul legal al acestuia a rubricii nr. 7 *”Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate”* din formularul *”Acordul pacientului informat”* – instituit de prevederile O.M.S. nr.

482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se regăsește în F.O.C.G., prin bifarea căsuței "NU", urmată de obținerea semnăturii pacientului/reprezentantului legal al acestuia. Din acest moment personalul medical nu va mai furniza niciun fel de informații pacientului.

- b) Asigură la solicitarea pacientului/reprezentantului legal care a refuzat să fie informat posibilitatea ca informațiile despre starea medicală a pacientului să fie comunicate altor persoane. Acordul pacientului/reprezentantului legal privind desemnarea persoanelor care pot fi informate despre starea pacientului de sănătate, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale se exprimă în scris, prin completarea formularului „Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale”, prevăzut în anexa nr. 5 la O.M.S. nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003. Pacientul/reprezentantul legal al acestuia va completa numele și prenumele persoanei/persoanelor desemnate de către acesta să primească informații cu privire la starea de sănătate a pacientului, precum și calitatea persoanei (grad de rudenie / altă relație).

(5) Pacientul / reprezentantul legal al acestuia are dreptul de a reveni oricând asupra deciziei consemnate în formularul „Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale”, prin completarea pe același formular a casetei în care declară sub semnătură faptul că a retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea sa de sănătate persoanei nominalizate pe respectivul formular.

Art.197. -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, sa fie de maxim 5, în ultimul an calendaristic.
- 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 sa fie cel mult 5, în ultimul an calendaristic.

IX.37. 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.198. – 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.199. – 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, 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 pastrată, în original, atașată la foaia de observare clinică generală⁶ a respectivului pacient, iar motivația înregistrării va fi înscrisă în respectiva foaie.**
- d) În toate situațiile care nu sunt prevăzute la lit. a) personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului este obligat să asigure obținerea consimțământului scris pacientului, prin completarea formularului *„Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta spitalului sanitar“*, 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***

⁶ În continuare: „F.O.C.G.”

privind participarea la învățământul medical“, prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului.

- g) În ultimul trimestru al fiecărui an, directorul medical va propune Consiliului medical planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, precum și cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare.
- h) Formularele prin care pacienții își exprimă acordul privind filmarea/fotografierea în incinta spitalului sanitar 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/coordonatoare ale fiecărei structuri medicale (sau responsabili nominalizați de șefii de structuri medicale în acest sens), respectiva evidență fiind utilizată ulterior în analizele efectuate de către personalul cu competențe în acest sens din cadrul Spitalului.

Art.200. - 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) Numărul de pacienți care au completat „*Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta spitalului sanitar*“ prevăzut în Anexa nr. 1 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului, raportat la numărul total al pacienților care au fost înregistrați audio/foto/video, sa fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr 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, raportat la numărul total al pacienților care au participat la învățământul medical clinic și la cercetarea științifică, sa fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.
- c) Numărul de instruiți 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, în ultimul an calendaristic, sa fie cel puțin 1/an.

IX.38. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului

Art.201. –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.202. –Etapile procesului de servire a mesei la patul pacientului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a. Anual șefii/coordonatorii de secții/compartimente medicale nominalizează din cadrul secțiilor/compartimentelor 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/compartiment în recipiente de unică folosință (boluri, caserole, etc). Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienți din cadrul secțiilor/compartimentelor medicale asigură transportul alimentelor pe secție/compartiment cu respectarea normelor de igienă, utilizând în acest sens mijloace de transport dedicate, într-un interval de timp de maxim 10 minute, astfel asigurându-se menținerea temperaturii alimentelor transportate până la patul bolnavului. Mâncarea se distribuie în recipiente de unică folosință acoperite. Se respectă programul de distribuție al mesei din Blocul Alimentar și programul de servire al mesei pe oficiul alimentar din secție/compartiment, astfel încât temperatura alimentelor să fie optimă pentru servire;
 - i. Alimentele de la Blocul Alimentar se transportă porționate, de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor în oficiile alimentare ale fiecărei secții medicale. Indiferent de momentul zilei, accesul în oficiile de distribuire a hranei este permis doar personalului nominalizat pentru distribuirea alimentelor. Circuitul alimentelor pe secție se realizează în mod distinct de toate celelalte circuite existente (prin delimitare temporală și igienizare corespunzătoare), fiind interzisă intersectarea acestora, stabilirea regulilor în acest sens fiind atributul C.P.I.A.A.M.
 - ii. Distribuția hranei porționate se realizează de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor conform programului de servire a mesei care este afișat pe secții/compartimente, cu respectarea meniului zilnic (care este de asemenea afișat pe secții/compartimente) și a dietelor recomandate de medic în F.O.C.G.
 - iii. Pentru pacienții imobilizați la pat precum și în secțiile/compartimentele în care nu se poate asigura spațiu dedicat unei săli de mese, servirea mesei se face la pat în mod activ sau pasiv, în funcție de starea pacientului, asigurându-i-se o poziție cât mai comodă. Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va respecta cu strictețe orarul meselor, asigurând servirea caldă a alimentelor și prezentarea acestora cât mai estetic. Totodată, respectivul personal are în vedere pentru fiecare dintre pacienți, date despre regim, orarul meselor, posibilitățile de mobilizare, capacitatea pacientului de a-și folosi membrele superioare, eventuale restricții legate de efectuarea unor

examene, precum și administrarea unor medicamente în funcție de orarul meselor.

- iv. Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va purta pe timpul transportului acestora precum și pe timpul servirii mesei o ținută formată din: halat de unică folosință, capelină și mănuși.

Alimentarea activă în salon, la pat, presupune:

1. Pacient mobilizabil, dar internat în secție ce nu are în dotare sală de mese:

- Pacientul se așează confortabil la marginea patului, după ce în prealabil și-a spălat mâinile
- Infirmiera așează măsuța noptierei aferentă patului pacientului, astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa
- După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strânge recipientele, curăță măsuța noptierei 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 soluție dezinfectantă. La cerere se poate asigura spălarea mâinilor la pat.
- Se asigură protejarea îmbrăcăminții 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 recipientele, 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 soluție dezinfectantă. 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 recipientele, curăță măsuța noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială.
- La nevoie se asigură igienizarea mâinilor pacientului

Alimentarea pasivă în salon, la pat a pacientului conștient, imobilizat la pat și cu impotență funcțională parțială sau totală a membrilor superioare (paralizați, epuizați, adinamici, în stare gravă, cei cu ușoare tulburări de deglutiție), presupune:

- Pacientul este așezat confortabil în pat în poziție semișezândă cu ajutorul manevrării somierei și/sau a pernelor sau în decubit dorsal, cu capul ușor ridicat și aplecat înainte cu ajutorul unei perne, pentru a ușura deglutiția.
- Se protejează lenjeria de pat cu o aleză.
- Se protejează lenjeria bolnavului cu un prosop curat așezat în jurul gâtului.
- Infirmiera rabatează măsuta noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă și așează mâncarea astfel încât acesta să vadă ce i se introduce în gură și servește pacientul.
- Se verifică temperatura mâncării.
- Pacientului i se introduc alimentele în gură, el asigurând masticția și deglutiția.
- Alimentele lichide se servesc cu lingura/lingurița sau cu ajutorul paiului. Se supraveghează debitul de lichid pentru a evita încărcarea peste puterile de deglutiție ale pacientului.
- Alimentele solide vor fi tăiate în bucăți mici sau vor fi pasate cu furculița pentru a ușura masticția și deglutiția. Se servesc cu lingura/lingurița în cantități mici.
- După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera îl șterge la gură, strânge recipientele, curăță măsuta 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.203. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de servire a mesei la patul pacientului sunt următorii:

- a. Numărul de evenimente adverse asociate asistentei medicale produse în legătura cu servirea mesei, raportat la totalul evenimentelor adverse raportate, să fie cel mult 5%, în ultimul an calendaristic;
- b. Număr de reclamații ale pacienților care au ca subiect distribuția hranei servite, raportat la total reclamații depuse pe spital în ultimul an calendaristic, să fie cel mult 5%;
- c. Gradul de satisfacție al pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte, referitor la distribuția hranei servite, consemnat în analiza anuală a chestionarelor de satisfacție a pacienților, determinat procentual, să fie cu cel puțin 5% mai mare pentru calificativele foarte bine și bine, și cu cel puțin 5% mai mic pentru restul calificativelor, în ultimul an calendaristic.

IX.39. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale

Art.204. –Reglementarea procesului de comunicarea în situații deosebite/exceptionale are ca principale scopuri:

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

Art.205. (1) Situațiile deosebite/exceptionale sunt situații de urgență, incluzând aici și protecția civilă și apărarea împotriva incendiilor. Situațiile de urgență reprezintă evenimente produse pe neașteptate care prin posibilele consecințe pot afecta viața, valorile, bunurile materiale și valorile sociale, iar pentru contracararea acestora este nevoie de luarea de măsuri urgente și angajarea resurselor materiale și umane avute la dispoziție.

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

- a)planificarea și implementarea unui sistem de comunicare coordonat pe timpul situațiilor de urgență, care să contribuie la îmbunătățirea și eficientizarea comunicării atât între microstructurile Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, dar și cu mass-media și populația afectată.
- b)stabilirea unor reguli cu scopul de a eficientiza comunicarea și de a preveni difuzarea unor informații contradictorii;
- c)comunicarea eficientă în timpul și după producerea situației de urgență;
- d)furnizarea cadrului normativ pentru dezvoltarea asigurarea resurselor necesare comunicării eficiente în timpul unei situații de urgență;
- e)dezvoltarea capacității instituționale de a planifica și de a gestiona comunicarea privind hazardele și situațiile de risc, prin integrarea comunicării la toate nivelurile și prin stabilirea/delimitarea responsabilităților;
- f) stabilirea mijloacelor de comunicare utilizate în situații de urgență;
- g)transmiterea în timp util a informațiilor necesare luării celor mai adecvate măsuri de protecție;
- h)asigurarea spitalului de mesaj la toate nivelurile implicate în managementul situației de urgență respective;
- i) creșterea capacității de acțiune a personalului propriu și a populației prin informare, în scopul prevenirii producerii situațiilor de urgență, dar și în scopul autoapărării;

j) creșterea nivelului de înțelegere privind riscurile majore, precum cutremure, inundații, alunecări de teren, și a capacității individuale de reacție în situații de urgență pentru personalul spitalului;

k) dezvoltarea unei colaborări reale cu societatea civilă și implicarea acesteia în mod planificat în programele de informare și voluntariat.

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

a) **Hazardurile** (astfel cum sunt acestea definite potrivit prevederilor *H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență*) produse în zona de acoperire a acestuia categorisite astfel:

➤ Hazardurile naturale determinate de:

- interacțiunea factorilor naturali, a celor demografici, sociali și antropici, respectiv elemente de infrastructură, cum ar fi construcții, șosele, căi ferate;
- modificările climatice legate de tendințele globale de încălzire care generează incertitudini referitoare la intensitatea și frecvența hazardurilor, dar și la apariția unor fenomene noi, cum ar fi tornadele sau deșertificarea;
- epidemii/epizotii/zoonoze, dar și cu amenințări de pandemii (exemplele elocvente sunt neuroinfecția West Nile în anul 1996, meningita cu Enterovirus Echo în 1999, antrax în 2000, apariția infecției gripale cu un nou serotip gripal sau amenințarea epidemiei de gripă aviară H5N, apariția infecției cu virusul SARS-CoV-2- pandemic)

➤ Hazardurile hidrologice:

- viituri și inundații;
- alunecări de teren determinate de viituri și inundații;

➤ Hazardurile seismice

➤ Hazardurile tehnologice produse de:

- erorile de proiectare a instalațiilor industriale, de gradul ridicat de uzură al acestora și/sau de managementul defectuos practicat de proprietarii acestora;
- transportul substanțelor periculoase;
- ruperi de baraje sau explozii ale unor instalații cauzate de factori naturali;

b) Evenimentele sau accidentele în care apar scurgeri de substanțe radioactive;

c) Evenimentele sau accidentele din industria chimică;

d) Evenimentele sau accidentele determinate de gradul ridicat de uzură sau proiectarea necorespunzătoare a instalațiilor din industria energetică și din rețeaua de distribuție și transport al hidrocarburilor;

e) Evenimentele sau accidentele din industria minieră cauzate de prăbușiri ale galeriilor de mină, alunecări și lichefierii ale haldelor de steril insuficient consolidate și ruperi ale iazurilor de decantare;

- f) Evenimentele sau accidentele la construcțiile hidrotehnice cauzate de cedarea parțială sau distrugerea digurilor și a barajelor, care pot fi produse de viituri puternice și sunt urmate de inundații cu efecte devastatoare;
- g) Distrugerea infrastructurii pentru transport cauzată de cedarea podurilor de cale ferată sau transport rutier.
- h) Căderi de obiecte cosmice
- i) Eșecul utilităților publice
- j) **Situații medicale deosebite care necesită comunicare specifică**, pot fi de următoarea natură:
 - Cazuri medicale ce implică patologii rare;
 - Accidente care au ca urmări victime multiple politraumatizante;
 - Cazuri medicale cu patologii ce depășesc nivelul de competență a spitalului și care prezintă urgențe care nu pot fi transferate din anumite motive (de exemplu: supraaglomerări ale unităților sanitare din zona de acoperire a spitalului);
 - Cazuri medicale foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită;
 - Morți subite;
 - Epidemii/pandemii.
- k) Atacuri teroriste
- l) Exerciții în caz de alarmare, antrenamente și exerciții de mobilizare, instituirea stării de asediu, mobilizare totală/parțială, demobilizare, război.

Art.206. - Etapele efective ale procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale sunt următoarele:

- a) Orice persoană din cadrul spitalului care ia cunoștință despre o situație deosebită/de urgență comunică de îndată această situație către șeful ierarhic superior în timpul programului de lucru și medicul de gardă în afara programului de lucru, în zilele libere și sărbătorile legale, personal sau prin mijlocul de comunicare pe care-l are la dispoziție;
- b) Șeful ierarhic superior/medicul de gardă ia cunoștință despre situația deosebită/de urgență, prin primirea informației din partea personalului angajat din cadrul spitalului sau prin mijloacele de mass-media și, funcție de context, verifică veridicitatea informației și încearcă ca în cel mai scurt timp posibil să adune cât mai multe informații despre evenimentul semnalat, luând ulterior următoarele măsuri:
 - raportează directorului general/înlocuitorului legal al directorului general rezultatele primei evaluări. Dacă situația o impune, folosește mijloace de legătură alternative;
 - la dispoziția directorului general, funcție de evenimentul semnalat, pune în aplicare planul de înștiințare și aducere la spital a echipei de intervenție – în afara orelor de program;
 - anunță șeful Serviciului Logistic 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 Crișana și la nevoie a serviciului de ambulanță și SMURD.

- la sosirea directorului general, informează despre situația și măsurile luate, rezultatele evaluării preliminare și despre sosirea echipei de intervenție în afara orelor de program;
- funcție de situația concretă, pune în aplicare planurile de intervenție existente, solicitând prezența de urgență în cadrul spitalului a personalului nominalizat în acestea. Convocarea întregului personal al spitalului se realizează prin lanțul de anunțare întocmit din timp și care este adus la cunoștința întregului personal.

c) Anual, se nominalizează un responsabil de comunicarea cu mass-media în situații de criză și un responsabil cu informarea și relațiile publice.

d) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este responsabil cu elaborarea și prezentarea mesajelor în numele Spitalului și cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât și a populației. Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este principala persoană de contact pentru mass-media și, în același timp, "vocea" Spitalului pentru situații de urgență în cadrul conferințelor de presă și în interviurile media.

e) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză se va asigura ca următoarele reguli vor fi respectate:

- toți comunicatorii primesc același mesaj în timp util;
- informația este distribuită la nivelul tuturor instituțiilor implicate;
- purtătorii de cuvânt din fiecare instituție implicată vor furniza mass-mediei doar informațiile aflate în domeniul lor de competență.

f) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este subordonat directorului general al Spitalului. Acesta face parte din echipa de comunicare, fiind direct responsabil de conținutul și calitatea informațiilor făcute publice.

g) În mod obligatoriu, în situații deosebite/exceptionale, după adunarea și verificarea informațiilor în vederea difuzării, este necesară respectarea următoarelor reguli:

- informația trebuie transmisă simultan tuturor canalelor mass-media, utilizându-se toate mijloacele disponibile și întreg personalul;
- conferințele de presă se vor organiza cât mai curând posibil, dar numai după verificarea informațiilor, precum și în cazul în care apar informații noi;
- comunicatele de presă trebuie să reprezinte instrumentul principal de informare atât pentru presă, cât și pentru instituții;
- solicitările mass-media care nu fac obiectul domeniului de responsabilitate al Spitalului trebuie transferate purtătorului de cuvânt al ministerului sau instituției abilitate să răspundă în acea problemă;

h) Strategia de comunicare cea mai adecvată în situații deosebite/exceptionale trebuie să fie una proactivă: mesajele vor fi construite anticipat, adaptate fiecărei categorii de public și diseminate, pe cât posibil, înainte ca zvonurile sau speculațiile transmise prin intermediul mass-mediei sau vehiculate pe cale orală să scape de sub controlul comunicatorilor. În cazul apariției unor incidente neprevăzute, strategia adoptată este

aceea a informării categoriilor de public-țintă în timp real doar de către persoanele abilitate, cu respectarea regulilor menționate mai sus.

- i) În organizarea conferințelor de presă și colaborarea cu mass-media (inclusiv pentru comunicarea post-dezastru) se vor respecta/adapta, după caz, regulile instituite *prin Ordinul ministrului afacerilor interne nr. 632/2008 privind implementarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență și a „Ghidului și principalele activități de comunicare în timpul situațiilor de urgență”* instituit de *H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență*.
- j) Pentru fiecare dintre hazardurile menționate la art. 205 alin. (3) lit. a) din prezentul Regulament, comunicările către proprii angajați ai spitalului cât și către mass-media, vor conține, după caz, informații privind aspectele-cheie prevăute la pct. IV.D din *H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență*.
- k) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, Consiliul medical participă alături de director general la organizarea asistenței medicale în situații deosebite/exceptionale. În acest context, la producerea oricăreia dintre situațiile deosebite/exceptionale prevăzute de prezenta reglementare, directorul medical convoacă în regim de urgență Consiliul medical care propune luarea de măsuri funcție de situația concretă.
- l) De asemenea, Consiliul medical se întrunește în regim de urgență în vederea analizei și luării de decizii pentru fiecare dintre situațiile medicale deosebite care necesită comunicare specifică. Pentru situații medicale deosebite se folosesc aparate telefonice fixe și mobile pentru comunicare, iar pentru asigurarea intervențiilor chirurgicale apărute în cazuri deosebite se folosește una din cele cinci săli ale blocului operator.
- m) În conformitate cu prevederile legale în vigoare, Comitetul director – cu sprijinul structurii din cadrul Spitalului care gestionează activitățile de pregătire pentru mobilizare, elaborează și actualizează în permanență planul de acțiune pentru situațiile speciale și de asistență medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză.

Art.207. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale sunt următorii:

- a) Numărul persoanelor afectate, ca urmare a comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență, în ultimul an calendaristic, sa fie cel mult 5;
- b) Pierderile materiale, exprimate în lei, datorate comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență, în ultimul an calendaristic, sa fie cel mul 100.000 lei.
- c) Numărul posturilor de specialitate și al posturilor stabilite cu atribuții suplimentare de comunicare și informare publică în cadrul spitalului abilitate în managementul și gestionarea situațiilor de urgență, sa fie cu minim 2 mai mult decât in anul precedent, in ultimul an calendaristic.
- d) Numărul de exerciții în domeniu, desfășurate de către spital în managementul și gestionarea situațiilor de urgență, sa fie cel puțin 1, în ultimul an calendaristic;

IX.40. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor

Art.208. – (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.

Art.209. –Etapile 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 lista 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 (Contractul-cadru de acordare a asistenței medicale în sistemul asigurărilor de sănătate 2021-2022) ***dacă actul medical nu este finalizat și printr-o prescriere, la externare, pentru fiecare caz identificat în timpul unui control ulterior, se aplică o penalizare directă medicului curant de 200 lei;***
 - decontul pe pacient, document care conține informații privind cheltuielile ocazionate de asistența medicală acordată pacientului.

d) **Scrisoarea medicală**, care reprezintă răspunsul medicului specialist în urma consultului, trebuie să lămurească întocmai elementele necunoscute medicului de familie și care au determinat inițierea consultului, după structura menționată anterior, respectiv formularea diagnosticului și elementele de susținere a acestuia, indicațiile pentru tratamentul imediat și pe termen lung. Toate aceste elemente fac obiectul documentului medical adresat medicului de familie, sub forma scrisorii medicale. Evident, pacientul primește recomandările pentru tratamentul inițial sub forma rețetei (simple, compensate sau gratuite, după cum medicamentele prescrise sunt sau nu decontate de sistemul de asigurări de sănătate). Pentru conformitate, scrisoarea medicală trebuie să cuprindă, de asemenea:

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

e) **Prescripțiile medicale:**

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

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

Art.210. -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 total pacienți externați în ultimul an calendaristic (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe de 100 F.O.C.G.) sa fie cel mult 2% , in ultimul an calendaristic;
- 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 de 100 F.O.C.G.), sa fie cel mult 3% , in ultimul an calendaristic;
- 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 de 100 F.O.C.G.), sa fie cel mult 4% , in ultimul an calendaristic;

- d) Numărul medicilor sancționați pentru lipsa unei prescripții medicale la externarea pacientului, raportat la numărul total de medici încadrați în Spital, în ultimul an calendaristic sa fie maxim 5%.

IX.41. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor

Art.211. –Reglementarea procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor are ca principale scopuri:

- a) Implicarea activă a farmacistului/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.212. – Etapele procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor constau în derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) 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, care sunt responsabili de corectitudinea datelor introduse, se tipăresc în 2 (două) exemplare, se parafează de către medicii curanți și/sau medicii șefi de secție și se trimit la farmacie pentru a fi eliberate.
- d) În cazul medicamentelor prescrise la contravizită, întreaga responsabilitate aparține medicului de garda.
- e) Potrivit prevederilor *O.M.S. 75/2010 pentru aprobarea Regulilor de bună practică farmaceutică*, farmacistul/farmacisti 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, a reglementărilor în vigoare;
 - iii. informații provenind de la centrele de farmacovigilență, autoritățile competente sau de la producătorii de medicamente.
- f) După verificarea fiecărei condicii de prescripție medicală, farmacistul/farmacistiții 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 condicii 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 maxime și toxice, indicațiile de administrare, modul de administrare, incompatibilitățile, modul de păstrare, efectul terapeutic, timpul de acțiune, efectele secundare, fenomenele de obișnuință și acumulare, fenomenele de hipersensibilitate. În administrarea medicamentelor, asistenții medicali au obligația de a respecta următoarele reguli:
- i. Respectarea întocmai a medicamentelor prescrise și eliberate. Asistenta confruntă medicamentele prescrise în condicile de medicamente cu cele din F.O.C.G.
 - ii. Medicamentele prescrise și eliberate se identifică după etichetă și forma de prezentare.
 - iii. Se observă integritatea, culoarea, sedimentarea, precipitarea, tulburarea sau opalescența medicamentelor lichide. Medicamentele alterate nu vor fi administrate bolnavilor.
 - iv. Respectarea căilor de administrare se specifică în F.O.C.G. și în registrul de predare a turei. Este necesar să se aibă în vedere că anumite

- medicamente au căi stricte de administrare, utilizarea pe altă cale putând determina accidente grave: embolie uleioasă, necroza ţesuturilor, etc.
- v. Respectarea dozajului prescris: doza unică şi doza pe 24h. Dozele notate în F.O.C.G. trebuie să corespundă cu cele din condicile de prescripţii medicale. Odată cu identificarea medicamentelor, se verifică şi dozele prescrise. Se respectă orarul de administrare pentru a se evita fenomenele cumulative, intoxicaţiilor sau ineficienţei.
 - vi. Respectarea somnului – medicamentele se administrează în afara orelor de somn cu excepţia medicamentelor cu orar fix de administrare (antibiotice, chimioterapice).
 - vii. Se ţine cont de incompatibilitatea medicamentelor astfel încât administrarea lor să nu fie ineficientă sau dăunătoare.
 - viii. Soluţiile injectabile aspirate din fiole/flacoane se injectează imediat, deoarece se pot contamina, iar contactul soluţiilor cu aerul poate scădea eficacitatea medicamentelor. Dacă doza indicată pentru administrare este mai mică decât conţinutul fiolei/flaconului, cantitatea rămasă în fiolă/flacon se aruncă.
 - ix. Se respectă ordinea succesivă de administrare a medicamentelor: tablete – soluţii – picături – injecţii – supozitoare.
 - x. Medicamentele se administrează numai de către asistenta medicală, care solicită ajutorul infirmierei de serviciu dacă întâmpină dificultăţi în administrarea medicamentelor (pacienţi imobilizaţi, agitaţi).
 - xi. Respectarea măsurilor de asepsie şi igienă pentru a preveni infecţiile intraspitaliceşti, după cum urmează: la administrarea parenterală a medicamentelor se păstrează condiţiile de asepsie, la administrarea per os se utilizează pahare şi veselă individuală, administrarea supozitoarelor se face cu mănuşi de unică folosinţă. Asistenta medicală se va spăla pe mâini înainte de a efectua orice manevră medicală şi după fiecare pacient.
 - xii. Administrarea medicamentelor se consemnează în planul de îngrijire a pacientului, în partea numită fişa de administrare a medicamentului, în care se consemnează data, ora şi semnătura asistentei medicale.
 - xiii. Pentru orice neclaritate care priveşte administrarea medicamentelor, asistenţii medicali au obligaţia să solicite lămuriri, după caz, medicilor curanţi, medicilor de gardă, farmaciştilor sau medicilor şefi de secţie.
 - xiv. Modul efectiv de administrare a medicamentelor de către asistenţii medicali poate fi monitorizat, după caz, de către asistenţii şefi, medicii curanţi, medicii din linia de gardă, farmaciştii din farmacia spitalului şi de către medicii şefi de secţii.
- i) La nivelul Spitalului, un colectiv format din şeful farmaciei, şeful C.P.I.A.A.M. şi medicul infecţionist elaborează un *"Ghid al bunelor practici în prescrierea şi utilizarea medicamentelor"* care se aprobă de către Consiliul medical. În raport cu conţinutul acestuia, anual, de regulă în luna decembrie, şeful farmaciei în colaborare cu medicii şefi de secţii, 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.213. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de erori în prescrierea medicamentelor în ultimul an calendaristic sa nu depasesca 2/sectie/compartiment cu paturi, in ultimul an calendaristic;
- b) Număr de erori în utilizarea medicamentelor în ultimul an calendaristic, sa nu depasesca 2/sectie/compartiment cu paturi, in ultimul an calendaristic;
- c) Număr de reclamații ale pacienților din cauza prescrierii și utilizării eronate a unor medicamente, sa fie cel mult 5% din total reclamatii pe spital, în ultimul an calendaristic;
- d) Număr de erori (EAAAM) in legatura cu activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale, sa fie cel mult 5% din total EAAAM inregistrate, în ultimul an calendaristic.

IX.42. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților

Art.214. – 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.215. –Etapale procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În înțelesul pct. 22 al art. 699 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, termenul de „*prescripție medicală*” presupune „*orice prescripție de medicamente emisă de o persoană calificată în acest sens*”
- b) În legătură cu exercitarea profesiei și în limita competențelor profesionale, medicului nu îi pot fi impuse îngrădiri privind prescripția și recomandările cu caracter medical, avându-se în vedere caracterul umanitar al profesiei de medic, obligația medicului de deosebit respect față de ființa umană și de loialitate față de pacientul său, precum și dreptul medicului de a prescrie și de a recomanda tot ceea ce este necesar din punct de vedere medical pacientului.
- 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 *O.M.S. 564 din 04.05.2001 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008, si a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările și completările ulterioare.*

- 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. 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 Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, prescrierea medicamentelor de către medicii curanți prescriptori se realizează în limitele competențelor stabilite la lit. e), 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 reglementarea *”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 tratament finală, medicul curant prescriptor va ține seama inclusiv de o eventuală schemă de tratament preexistentă, pe care pacientul o urmează la momentul inițial al internării.
- j) Medicii șefi/coordonatori de secții/compartimente 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 aceluiași reguli farmacistul trebuie să utilizeze toată experiența sa profesională pentru evaluarea prescripției medicale în ceea ce privește:
- i. toate aspectele terapeutice (farmaceutice și farmacologice);
 - ii. adaptarea sa la persoana în cauză;
 - iii. contraindicațiile și interacțiunile medicamentelor conținute;
 - iv. unele aspecte sociale, de reglementare și, de asemenea, unele aspecte economice.
- 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/farmacisti din cadrul spitalului atunci când se constată astfel de situații.

Art.216. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților, sunt următorii:

- a) Numărul de situații de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spitalului, rezultat din informările adresate Consiliului medical, de către șefii fiecărei secții/compartiment cu paturi din cadrul spitalului, în raport cu numărul total de pacienți externăți, sa fie cel mult 5%, în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către farmacistul/farmaciiști din cadrul spitalului cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spitalului, în raport cu numărul total de pacienți externăți, sa fie cel mult 5%, în ultimul an calendaristic.

IX.43. Modul de respectare a intimității pacientului

Art.217. –Reglementarea procesului de respectare a intimității pacientului are ca principale scopuri:

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

Art.218. – (1) În cadrul Spitalului, pe parcursul perioadei de spitalizare, respectarea intimității pacientului presupune derularea de către întregul personal implicat în îngrijirea pacienților a următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Izolarea vizuală a pacientului prin utilizarea în mod uzual de paravane mobile/perdele în spații de consult, de tratament, saloane etc.;
- b) Utilizarea de saloane cu un număr cât mai redus de paturi în care se asigură internarea separată a pacienților funcție de sexul acestora;
- c) Utilizarea după caz a unui sistem de semnalizare luminoasă sau a unei alte modalități funcționale de blocare a accesului în timpul consultației, efectuării unei investigații sau a unei proceduri medicale;
- d) Utilizarea spațiilor amenajate special pentru consultații individuale, existente la nivelul serviciului de urgență al spitalului;
- e) Utilizarea de cabine de duș compartimentate;

- f) Utilizarea de cabine WC pentru persoane cu handicap în măsura existenței acestora pe fiecare secție;
- g) Utilizarea de cabine/spații echipare/dezechipare pacienți delimitate (ușă, paravane, perdele), inclusiv în incinta blocului operator.
- h) Utilizarea de lenjerie de unică folosință (halate, chiloți) pentru pacienții care urmează să sufere intervenții chirurgicale în blocul operator.

(2) Modalitățile de asigurare a intimității pacienților în raport cu persoanele neautorizate este reglementat în *"Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate"* din prezentul Regulament.

(3) Asigurarea intimității pacienților în relația acestora cu mass-media, se realizează potrivit reglementării *„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 reglementării *"Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale"* din prezentul Regulament.

(5) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia. Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.

(6) Personalului medico-sanitar implicat în activitatea de asistență medicală îi este interzis orice amestec în viața privată, familială a pacientului, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului.

Art.219. - Indicatorii de eficiență și eficacitate a procesului de respectare a intimității pacientului sunt următorii:

- a) Număr de cabine WC cu uși, raportat la numărul de paturi ale secției/compartimentului, sa fie cel puțin 2 la nivelul compartimentelor și cel puțin 4 la nivelul secțiilor cu paturi, în ultimul an calendaristic;
- b) Număr saloanelor cu 1–2 paturi, prevăzute cu grup sanitar propriu și numărul saloanelor cu 3-6 paturi, prevăzute cu grup sanitar propriu, sa reprezinte cel puțin 50% din numărul total de saloane, din fiecare secție/compartiment în ultimul an calendaristic;
- c) Numărul cabinelor de duș cu uși pe secțiile/compartimentele cu spitalizare continuă, raportat la numărul de paturi spitalizare continuă (inclusiv starea fizică, curățenie) sa fie cel puțin 2 la fiecare 10 paturi, în ultimul an calendaristic;
- d) Număr de paravane mobile existente și utilizate în fiecare din structurile medicale (inclusiv blocul operator) ale spitalului, sa fie cel puțin 2 la fiecare 8 paturi, în ultimul an calendaristic;
- e) Număr de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/apartinătorilor referitoare la respectarea intimității pacientului, raportat la numărul total de reclamații înregistrate pe spital în ultimul an calendaristic, sa fie maxim 5%.

IX.44. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate

Art.220. –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.221. – (1) Dreptul la asistență medicală al persoanelor private de libertate este garantat. Persoanele private de libertate beneficiază în mod gratuit de asistență medicală și de medicamente, în condițiile legale. Serviciile de asistență medicală și medicamentele sunt asigurate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, din fondurile unităților din sistemul administrației penitenciare, aprobate cu această destinație, și din alte surse, potrivit legii. De asigurarea stării de sănătate a persoanelor private de libertate sunt responsabile administrația penitenciară și structurile sanitare publice, inclusiv Spitalul, în baza relațiilor contractuale pe care le au cu casele de asigurări de sănătate.

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

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

Art.222. - În cursul spitalizării se acordă servicii medicale preventive, curative și de recuperare. Etapele procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Prezentarea pacienților privați de libertate: Aceștia vor fi aduși la consultații de specialitate la indicațiile și cu mijloacele de transport stabilite de către medicul instituției care deține custodia acestora. Acești pacienți vor fi însoțiți de către personal de pază aparținând instituției care trimite pacientul. Personalul care însoțește pacientul poartă întreaga responsabilitate privind securitatea pacienților, având obligația de a asigura în același timp protecția personalului medico-sanitar și auxiliar sanitar din cadrul Spitalului (care intră în contact cu respectivul pacient), precum și de a sprijini

comunicarea acestuia cu pacientul. Pacienții vor fi prezentați împreună cu documentația medicală necesară consultului medical și eventual a internării acestora (bilet de trimitere, documente medicale care fac dovada istoricului bolii etc.).

Intervențiile medicale se efectuează numai cu acordul persoanei private de libertate.

- b) Primirea și managementul pacienților cu afecțiuni cronice: Consulturile de specialitate pentru pacienții cu afecțiuni cronice se efectuează în cabinetele medicale din cadrul Ambulatoriului integrat al spitalului, în timpul programului normal de funcționare al acestuia, pe baza programărilor prealabile efectuate de către personalul medical al instituției care deține custodia pacienților. Responsabilitatea privind prezentarea pacienților la data și ora programării revine instituției care trimite pacienții la respectivele consultații.
- c) Primirea și managementul pacienților cu afecțiuni acute sau cronice acutizate: Aceasta se realizează în cadrul camerei de gardă a Spitalului în regim permanent. După consultarea pacientului și acordarea primelor îngrijiri în camera de gardă, pacientul privat de libertate este internat sau după caz direcționat către un spital din rețeaua penitenciară. Transferul pacienților privați de libertate către alte unități sanitare se va efectua fie cu mijloace de transport aparținând instituției care deține custodia pacienților, fie cu echipaje ale serviciului județean de ambulanță, atunci când starea pacientului necesită asistență medicală pe durata transportului. Modalitatea și mijlocul de transport adecvat vor fi stabilite de către medicul din cadrul camerei de gardă a Spitalului.

Art.223. - 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 fara programare Spitalului, din totalul pacientilor privati de libertate prezentanti la spital, în ultimul an calendaristic, sa fie maxim 5%;
- b) Numărul de incidente cauzate de pacienții privați de libertate la nivelul Spitalului, în ultimul an calendaristic, sa fie cel mult 2;
- c) 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, sa fie maxim 5% raportat la numarul total al reclamatiiilor inregistrate,

IX.45. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale

Art.224. – Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale are ca principale scopuri:

- a) Descrie modalitatea implicării personalului spitalului în rezolvarea cazurilor sociale care pot afecta procesul de îngrijire;
- b) Asigurarea furnizării de asistență medicală pacienților cu probleme sociale;

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

- agravarea stării de sănătate a persoanelor cu probleme sociale / deces;
- deficit de imagine în mass-media;
- acționarea în instanță.

Art.225. – (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.226. - În cursul spitalizării pacienților cu probleme sociale se acordă, după caz, servicii medicale preventive, curative, de recuperare. Asigurarea asistenței medicale pentru cazurile cu probleme sociale presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În momentul prezentării la spital a unui pacient cu probleme sociale - care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale, persoana care întocmește foaia de observație anunță medicul curant, care, la rândul său, anunță registratorul medical din cadrul Compartimentului Statistica medicala din spital despre prezența unei astfel de persoane-persoana desemnata cu atributii privind gestionarea cazurilor cu probleme sociale.
- b) Registratorul medical desemnat cu atributii privind gestionarea cazurilor cu probleme sociale înscrie pacientul în Registrul privind evidenta pacientilor cu probleme sociale (format electronic)care contine date referitoare la nume, prenume, documentele pe care le are asupra sa, date despre familie, rude, prieteni sau orice altă persoană de contact cu care se poate lua legătura.
- c) În cazul în care pacientul cu probleme sociale nu-și poate dovedi identitatea cu documente, medicul curant împreună cu registratorul medical desemnat solicită ajutorul poliției în vederea identificării respectivului pacient.
- d) Dacă identitatea pacientului cu probleme sociale a fost stabilită, medicul împreună cu registratorul desemnat încearcă contactarea unui membru al familiei sau a unei rude apropiate a respectivului pacient, verificându-se cu această ocazie dacă acesta are calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sanatate.
- e) În paralel cu activitățile de identificare a pacientului cu probleme sociale, a rudelor/apartinătorilor acestuia și de contactare a autorităților cu responsabilități în acest sens, personalul medico-sanitar din cadrul spitalului, asigură serviciile de asistență medicală de specialitate necesare respectivului pacient, funcție de necesitățile impuse de starea de sănătate a acestuia. Concomitent cu furnizarea tratamentului medical, la nevoie se asigură servicii psihologice de suport, până la preluarea pacientului de către persoana desemnată din cadrul serviciului de asistență socială. **Intervențiile medicale se efectuează numai cu acordul pacientului cu probleme sociale.**

- f) În situația în care la data prezentării a unui pacient cu probleme sociale Spitalul are încheiat și este în vigoare un parteneriat/protocol de colaborare cu servicii de asistență socială în vederea asigurării continuității îngrijirilor pentru persoane cu probleme sociale, medicul de curant împreună cu registratorul desemnat, 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 igienico-dietetic după externare, precum și graficul de supraveghere medicală postexternare

Art.227. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de rezolvare a cazurilor sociale:

- a) Numărul persoanelor cu probleme sociale care s-au adresat Spitalului, din numărul total al pacienților care s-au adresat spitalului, în ultimul an calendaristic
- b) Numărul persoanelor cu probleme sociale preluate de serviciul de asistență socială de la Spital, raportat la numărul total de persoane cu probleme sociale care trebuiau preluate de serviciul de asistența socială, în ultimul an calendaristic, să fie cel puțin 50%.

IX.46. Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice, precum și a pacienților cu dizabilități intelectuale și psihosociale

Art.228. – Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice, precum și a pacienților cu dizabilități intelectuale și psihosociale ca principale scopuri:

- a) Stabilește traseul pacientului⁷ în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia;
- b) Stabilește responsabilități în ceea ce privește conduita de urmat în cazul pacienților cu dizabilități intelectuale și psihosociale;
- c) Dispune în sarcina personalului spitalului responsabilități privind asigurarea continuității asistenței psihologice pentru copii după externare;

⁷Pacient - se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate. În cadrul spitalului se acordă servicii medicale pacienților din toate categoriile de vârstă, în limita specialităților medicale existente în cadrul spitalului. Nu se acordă servicii medicale copiilor care au nevoie de asistență medicală în următoarele specialități medicale: Cardiologie pediatrică; Gastroenterologie pediatrică; Nefrologie pediatrică; Neurologie pediatrică; Oncologie și hematologie pediatrică; Pediatrie; Pneumologie pediatrică; Psihiatrie pediatrică; Chirurgie pediatrică; Ortopedie pediatrică.

d)Facilitează analiza principalelor modificări comportamentale induse pacienților de boala somatică;

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

- generarea de costuri cauzate de noncalitate (întârziere în punerea diagnosticului, neînțelegerea diagnosticului de către pacient, lipsa de complianță la tratament și/sau regim igienico-sanitar);
- timp prelungit pentru stabilirea conduitei terapeutice și prelungirea duratei de spitalizare;
- confuzie care poate duce la E.A.A.A.M., inclusiv decesul pacientului.

Art.229. –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. noncomplianță la tratament,
 - iv. autoagresiune,
 - v. ideatie suicidară,
 - vi. heteroagresivitate etc.
- c) Semnalarea fiecăruia dintre cazurile cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice se face de către medicul curant, care va solicita în scris, în FOCG/FSZ/Fișă urgență și va anunța verbal psihologul, 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 (ideatie suicidară și/sau agresivitate) ședința de evaluare va fi programată astfel încât să se desfășoare în cel mai scurt timp posibil, iar programarea cazurilor care nu prezintă o urgență se va face în funcție de locurile disponibile în program pentru restul situațiilor.
- e) Modalitatea de asigurare a evaluării psihologice de către psiholog presupune parcurgerea următoarelor etape:
 - i. Medicul curant comunică pacientului locul, data și ora întâlnirii convenită cu psihologul;

- ii. Evaluarea psihologică are loc în cabinetul de psihologie sau în salonul în care este cazat pacientul dacă acesta este nedeplasabil. Pentru pacienții cu vârsta mai mică de 18 ani, aceștia vor fi însoțiți de părinte/tutore/reprezentant legal;
 - iii. Psihologul solicită acordul scris pentru fiecare ședință de evaluare psihologică și pentru ca rezultatele să fie aduse la cunoștința medicului curant, pacientul completând în acest sens un formular de *"Acord liber consimțit privind evaluarea psihologică a pacientului"*, potrivit modelului prevăzut de **Anexa nr. 8** la prezentul Regulament. Formularul/formularele de acord semnat/e de pacient/părinte/tutore/reprezentant legal al acestuia este/sunt atașat/e ulterior la FOCG/FSZ/Fișă urgență.
 - iv. Excepție de la obținerea acordului scris pot fi situațiile în care pacientul prezintă anumite particularități psihocomportamentale care atrag după sine o comunicare dificilă și pun în pericol propria integritate și/sau a terților. În acest caz se face asistență psihologică fără obținerea acordului scris și/sau verbal în prezența medicului curant.
 - v. În situația în care starea pacientului depășește competența psihologului se redirectionează cazul spre medicul psihiatru.
 - vi. Evaluarea/asistența psihologică a pacientului se realizează de către psiholog asigurându-se dreptul la intimitate, respectarea confidențialității datelor și informațiilor cu caracter personal.
- f) În evaluarea/asistența psihologică realizată psihologul va lua în considerare situația socioeconomică a pacientului (aceasta putând fi un factor agravant/acutizant a comportamentului psihocomportamental), îndeosebi elemente care privesc:
- i. Mediu de proveniență (urban / rural)
 - ii. Comportamente ale populației în raport cu anumiți factori (consum de alcool, tutun, droguri etc, sedentarism s.a.)
 - iii. Stare socio-economică (grad de sărăcie, nivel educațional etc)
 - iv. Caracteristici de comunitate (traul pacientului în comunități defavorizate, persoane instituționalizate, apartenența pacientului la anumite comunități religioase)
- g) În urma evaluării/asistenței psihologice realizată psihologul elaborează un răspuns aferent fiecărei ședințe de evaluare psihologică care se înscrie în *"Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică"* (conform modelului prevăzut în Anexa nr. 9 la prezentul Regulament) care se atașează la FOCG/FSZ/Fișă urgență alături de semnătura și parafa psihologului evaluator.
- h) Asistența psihologică în cadrul spitalului se realizează pe 3 (trei) paliere după cum urmează:
- i. Asistență psihologică desfășurată în una sau mai multe ședințe, asigurată tuturor pacienților internați în spital,
 - ii. Asistență psihologică asociată cu evaluare și tratament psihiatric oferite de medicul psihiatru din spital, pentru pacienții cu vârsta peste 18 ani.
 - iii. Evaluare psihologică inițială cu redirectionarea cazului spre medicul psihiatru încadrat în cadrul spitalului. Pacienții minori pentru care se constată necesitatea unui consult în specialitatea psihiatrie pediatrică vor fi

redirecționați către un medic de proximitate confirmat în respective specialitate..

- i) În mod obligatoriu psihologii spitalului vor recomanda acordarea asistenței psihologice pentru pacienții minori și după externarea acestora din spital, în toate situațiile în care se constată această necesitate. Recomandarea va fi menționată în documentele medicale la externare (scrisoare medicală, bilet de externare). Acordarea asistenței psihologice după externare, pentru pacienții minori se poate realiza în următoarele variante:
 - i. Asistență psihologică în cadrul cabinetului de psihologie a ambulatoriului integrat al spitalului
 - ii. La solicitarea aparținătorilor psihologul spitalului va recomanda asigurarea asistenței psihologice de către psihologi de proximitate.
- j) În mod obligatoriu recomandările înscrise de psiholog în *”Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică”* vor fi avute în vedere de către medicul curant în realizarea planului de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice.
- k) Funcție de evoluția avută pe timpul internării de către fiecare dintre pacienții cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice și de răspunsul acestora la ședințele de evaluare/asistență psihologică, psihologii vor preciza în *”Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică”* eventuale recomandări pentru asigurarea continuității asistenței psihologice pentru toți pacienții, după externare.
- l) Semestrial psihologul din cadrul spitalului va înainta într-o primă etapă Consiliului medical o *”Analiză semestrială a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice”* iar eventualele propuneri de măsuri adoptate în consecință vor fi transmise, după caz, Comitetului director al spitalului. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

Art.229¹. Conduita necesar a fi abordată în cazul în care se impune evaluarea medicală și psihologică a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire a acestora, presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Evaluarea medicală a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire se face de către medicul din specialitatea psihiatrie sau, în cazul minorului, psihiatrie pediatrică și va conține:
 - i. fișa de examinare psihiatrică, astfel cum este prevăzută de art. 3 din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 3423/23.12.2022 privind aprobarea metodologiei și a raportului de evaluare medicală și psihologică a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire*⁸;
 - ii. examinări paraclinice, imagistice sau de altă natură, cu interpretarea acestora, în original sau copie legalizată conform cu originalul sau în format electronic cu semnătură digitală.

⁸În continuare: *”OMS 3423/2022”*

- b) În redactarea raportului de evaluare medicală se vor avea în vedere prevederile art. 4 din Anexa 1 la O.M.S. 3423/2022, respectivul raport trebuind fi scris într-un limbaj clar, standardizat (coduri de diagnostice, proceduri etc.), dar în același timp accesibil, inteligibil, care va conține toate elementele dispuse de prevederile art. 5 din Anexa 1 la același Ordin.
- c) Evaluarea psihologică a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire se face de către psiholog care exercita profesia prin una dintre formele legale prevăzute de legislația incidentă în vigoare, și care este înscris în Registrul experților psihologi din cadrul Colegiului Psihologilor din România.
- d) Obiectivele și procedurile utilizate de către psiholog, cât și mențiunile privind starea anterioară de sănătate fizică a persoanei, care poate influența starea și capacitatea psihică a acesteia înscrise în evaluarea psihologică, au în vedere implementarea întocmai a prevederilor art. 3 și art. 4 din Anexa nr. 2 la O.M.S. 3423/2022.
- e) În redactarea raportului de evaluare psihologică privind evaluarea dizabilității psihosociale în vederea stabilirii statusului mental prezent și al competenței, psihologul respectă cerințe instituite de prevederile art. 5 din Anexa 2 la O.M.S. 3423/2022.
- f) Raportul de evaluare psihologică respectă standardele impuse oricărei evaluări psihologice fundamentate științific și trebuie să ofere informații și argumente solide, care să fie utile în luarea hotărârilor privind măsurile de ocrotire pentru persoanele cu dizabilități psihosociale, fiind necesar ca acesta să prezinte cu claritate demersul întreprins, procedurile utilizate pentru culegerea datelor, dovezile și raționamentele care stau la baza concluziilor, având în vedere impactul acestor decizii.
- g) Modelul Raportului de evaluare medicală și psihologică a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale necesar a fi completat în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire, este prevăzut în Anexa nr. 3 la OMS 3423/2022.

Art.230. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) numărul de E.A.A.A.M. în ultimul an calendaristic cauzate de erori de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socio-economice, raportat la total EAAAM înregistrate, în ultimul an calendaristic, să fie cel mult 5%;
- b) numărul de reclamații ale pacienților cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice, în raport de numărul total de reclamații înregistrate pe spital, să fie de maxim 5% , în ultimul an calendaristic.
- c) rapoartele de evaluare medicală și psihologică a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale completate pe parcursul ultimului an calendaristic încheiate, în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire, sunt completate în volum complet și corect în proporție de cel puțin 95%, cu respectarea întocmai a prevederilor OMS 3423/2022.

IX.47. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament

Art.231. – Reglementarea accesului la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament are ca principale scopuri:

Stabilește responsabilități prin care se asigură asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea documentelor, informațiilor și înregistrărilor medicale;

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

- a) În cadrul Spitalului pacienții se pot interna în regim de spitalizare continuă sau regim de spitalizare de zi, prin biroul internări din cadrul Compartimentului Statistică și Evaluare Medicală. sau prin serviciul gardă al spitalului(Camera de garda) situație în care se emite o F.O.C.G./F.S.Z./Fișă de urgență, după caz. În această situație accesul la respectivele documente medicale îl au, după caz – funcție de compartimentul în care se emit respectivele documente medicale, registratorii care emit respectivele documente,medicul de gardă și asistenții medicali din serviciul de gardă al spitalului care realizează triajul precum și personalul care acordă îngrijiri, după caz. În această situație accesul la documentele medicale se limitează la completarea datelor inițiale necesare internării propriu-zise a pacienților în cadrul Spitalului.
- b) În situația prezentării în urgență a pacienților se întocmește o Fișă de urgență la care are acces registratorul medical, medicul de gardă și asistentul medical desemnat la Camera de gardă a spitalului 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 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 emise în Camera de gardă a spitalului precum și celelalte documente medicale cu care se prezintă pacienții în respectivul serviciu se păstrează pe timpul procesului de evaluare și/sau tratament al acestora în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.
- c) Pacienții care urmează să fie internați în regim de spitalizare continuă/de zi sunt însoțiți în structurile medicale cărora li se adresează, de către personal nominalizat pentru însoțirea pacientului. Respectivul personal răspunde de integritatea documentelor medicale care sunt eliberate de către Biroul de internare/Camera de garda pe timpul însoțirii pacienților până în structurile medicale în care aceștia se internează. La prezentarea în secția/compartimentul cu paturi, personalul care însoțește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei șef/coordonatoare/de salon sau medicului curant al pacientului. Respectivele documente medicale sunt securizate la nivelul structurilor medicale si inscrise in evidentele specifice ale secției/compartimentului.

- d) Pe toată durata internării în regim continuu/de zi a pacienților, documentele medicale ale pacienților sunt păstrate la nivelul structurilor medicale în care aceștia sunt internați, în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine. Accesul la respectivele documente este permis, după caz, următoarelor categorii de personal:
- i. Șefii de structuri medicale – au responsabilitatea verificării modului de completare a documentelor medicale;
 - ii. Medicii curanți – care au obligația de a înscrie, funcție de cazuistică, anamneza, tabloul clinic, investigații și rezultatele acestora, diagnostice, tratamentul (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical, de urgență), prescripții/recomandări pe timpul internării/după externare etc.;
 - iii. Medicii care efectuează consulturi interdisciplinare – conform reglementării *”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 reglementării *”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. Psihologul – se realizează la solicitarea medicilor curanți, prin aplicarea prevederilor reglementării: *”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;
-culeg din documentele medicale informații necesare întocmirii condicilor de medicamente, decontului de materiale sanitare și informații privind procedurile medicale efectuate în sala de operație și terapie intensivă; .
 - ix. Infirmeri – completează după caz date din planul de mobilizare a pacientului;
 - x. Personalul medico-sanitar care însoțește pacienții la consulturi interdisciplinare sau analize paraclinice răspunde de integritatea documentelor medicale pe timpul însoțirii pacienților. La înapoierea în structurile medicale, personalul care însoțește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei șefe/coordonatoare 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 reglementării *”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 reglementării *”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 reglementării *”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.233. - 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, sa fie maxim 2, în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de amenzi administrative primite pentru nonconformitate din partea autorităților de supraveghere sa fie 0, în ultimul an calendaristic.

IX.48. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii

Art.234. – Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea condițiilor pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.
- b) Asigurarea unei comunicări eficiente pe pagina de internet a spitalului a unor informații relevante pentru pacienți și asigurați, astfel încât să se realizeze implicit dezideratul de continuitate a procesului de îngrijire.

- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate a pacientului / decesul
 - limitarea opțiunilor de recuperare/reabilitare a pacientului, din cauza lipsei de informații;
 - reinternarea pacienților cu aceeași afecțiune.

Art.235. – (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 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, mobilizării precoce și promovarea unui stil de viață sănătos.
- b) Prin grija personalului Compartimentului M.C.S.S., se realizează în extras o listă cu informații succinte din lista organizațiilor care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului, extrasele respective afișându-se pe fiecare din structurile medicale astfel încât să se asigure informarea tuturor pacienților despre existența respectivelor organizații. Extrasele din listă vor conține inclusiv informația că detalii privind organizațiile care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului se regăsesc pe pagina de internet a spitalului.
- c) Informații despre întocmirea și postarea listei organizațiilor care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului se comunică imediat după întocmirea acesteia în cadrul ședinței Consiliului medical cât și la raportul de gardă cu participare lărgită a personalului care se desfășoară săptămânal, astfel încât întreg personalul medico-sanitar de existența acestor informații. Ulterior, la externarea din spital a pacienților, personalul medico-sanitar are obligația de a informa pe aceștia, raportat la patologiiile acestora, despre posibilitățile de accesare a serviciilor de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului.
- d) La cererea pacienților care se externează și care au domiciliul în alte județe decât zona deservită de Spitalului, medicii curanți ai acestora au obligația de a identifica pe internet și a pune la dispoziție pacienților variante de organizații care asigură servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în zona de domiciliu a pacienților.

Art.236. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Numărul pacienților externati care au fost informați despre furnizorii care prestează servicii de recuperare, în aria de acoperire a spitalului, să fie cel puțin 95% din totalul pacienților externati, în ultimul an calendaristic;
- b) Numărul pacienților externati care au fost informați despre furnizorii care prestează servicii de îngrijiri la domiciliu, în aria de acoperire a spitalului, să fie cel puțin 95% din totalul pacienților externati, în ultimul an calendaristic;
- c) Numărul pacienților externati care au fost informați despre furnizorii care prestează servicii de îngrijiri paliative, aflați în aria de acoperire a spitalului, să fie cel puțin 95% din totalul pacienților externati, în ultimul an calendaristic.

IX.49. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare

Art.237. – Reglementarea procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare are ca principale scopuri:

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

Art.238. – Etapele procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Utilizarea datelor cu caracter personal în cadrul Spitalului este necesară să se realizeze în conformitate cu reglementările legale în vigoare prin care se asigură protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.
- b) Colectarea datelor medicale și completarea acestora în documentele medicale pe întreaga durată a internării pacienților în Spitalului se desfășoară în conformitate cu prevederile *O.M.S. nr. 1.782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi*.
- c) Colectarea informațiilor în **format electronic** se efectuează începând cu internarea pacientului până la consemnarea rezultatelor investigațiilor medicale. Înregistrarea datelor în format electronic se realizează astfel:
 - În serviciul de urgență – la camera de gardă a spitalului, pentru a înregistra urgența - datele de identificare ale pacienților
 - Pentru internarea continuă - setul minim de date din F.O.C.G.

- Pentru internarea de zi - datele de identificare ale pacienților se introduc în F.S.Z.
 - Pentru consultațiile în ambulatoriul integrat - datele de identificare ale pacienților
- d) În momentul internării continue a pacientului în F.O.C.G. se completează în format electronic Setul Minim de Date la Nivel de Pacient (S.M.D.P.). Pentru pacienții internați între orele 7,00 - 15,00, F.O.C.G. se întocmește la nivelul Biroului internări din cadrul Compartimentului Evaluare și Statistica Medicală prin completarea în format electronic a S.M.D.P., respectiv:
- Codul de identificare a cazului internat.
 - Codul de identificare a spitalului
 - Codul de identificare a secției
 - Numărul foii de observație clinică generală
 - Codul de identificare a pacientului - CID
 - Codul situației speciale (suspiciune de accident de muncă, suspiciune de boală profesională, accident rutier, vătămare corporală)
 - Structura prin care se realizează internarea pacientului
 - Sexul
 - Data nașterii
 - Județul de domiciliu al pacientului
 - Localitatea de domiciliu al pacientului
 - Cetățenia
 - Ocupația
 - Nivelul de instruire
 - Statut asigurat
 - Tipul asigurării de sănătate
 - Nr. card european
 - Nr. pașaport
 - Nr. card național
 - Casa de asigurări de sănătate
 - Tipul internării
 - Serie bilet internare
 - Număr bilet internare
 - Criteriul de internare
 - Data internării
 - Ora internării
 - Diagnosticul de trimitere
- e) Documentele medicale completate cu informațiile menționate sus-menționate se listează și însoțesc pacientul pe secția/compartimentul unde acesta se internează.
- f) Ulterior toate informațiile din F.O..C.G. se completează în **format scris** pe suport hârtie, respectiv:
- i. În situația internării pacientului în afara orelor de program, diagnosticul la internare este cel al medicului de gardă și este semnat și parafat; el se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.

- ii. Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- iii. Diagnosticul la externare se completează și se codifică de către medicul curant în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- iv. În caz de transfer intraspitalicesc se va stabili pentru o F.O.C.G. un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celelalte diagnostice vor fi trecute, dacă este cazul, la diagnostice secundare și complicații.
- v. Anamneza și istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea. Se consemnează de medicul curant.
- vi. Investigațiile și procedurile efectuate pe perioada spitalizării (explorări funcționale, investigații radiologice, intervenții chirurgicale) se vor înregistra codificat, specificându-se și numărul acestora, la nivelul serviciilor de profil.
- vii. Procedurile medicale se codifică conform Listei tabelare a procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, varianta australiană, CIM-10-AM v.3.
- viii. Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.
- ix. Explorările funcționale și investigațiile radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații
- x. În situația că există posibilitatea tehnică necesară, de la caz la caz, rezultatele investigațiilor de laborator/paraclinice și buletinele de analiză/examinare transmise de către serviciile paraclinice în format electronic, se printează și și se introduc în F.O.C.G./F.S.Z/Fișa de urgență. Pe aceste rezultate/buletine de analize se va înscrie numărul documentului medical de internare a pacientului numai pentru situația că acesta nu este înscris în format electronic.
- xi. Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant.
- xii. Evoluția și tratamentul prescris se consemnează zilnic de medicul curant. Efectuarea tratamentului se consemnează de asistentul de tură.
- xiii. Tabelul “Transferuri” din F.O.C.G. se completează de către asistentele șefe/coordonatoare de secție în momentul venirii și plecării pacientului dintr-o secție în alta – secția menționând data și ora. Medicul curant verifică informațiile și validează prin semnătură și parafă corectitudinea datelor înscrise de asistente. Medicul curant poartă întreaga responsabilitate privind corectitudinea datelor înregistrate în F.O.C.G.
- xiv. Orice incident care apare în legătură cu actul medical pe parcursul spitalizării se consemnează în F.O.C.G. și se anunță medicul șef de secție.
 - a) Planul de îngrijiri se inițiază în format hârtie, de către asistentul medical de salon în ziua internării și se completează pe toată durata internării pacientului de către toți asistenții medicali care acordă îngrijiri respectivului pacient.

b) Asistentul medical șef/coordonator de secție verifică, prin sondaj, completitudinea și corectitudinea datelor înscrise în planul de îngrijiri/pacient. Planul de îngrijiri se anexează la F.O.C.G.

c) Documentele medicale de externare (epicriză, bilet de externare, scrisoare medicală, certificat medical, după caz), se întocmesc în format electronic de medicul curant din secția de profil, iar certificatul constatator al decesului se completează olograf de către medicul curant/medicul care constată decesul.

d) Medicul șef de secție sau persoana desemnată de către acesta are obligația de a verifica toate F.O.C.G. - urile pacienților internați în secție, cel puțin la internarea și externarea acestora.

e) La nivelul spitalului, semestrial, de regulă pe parcursul lunilor martie și septembrie, directorul medical prezintă Consiliului medical analiza completării corecte și complete a datelor din documentele medicale în baza rapoartelor informative ale șefilor de secție sau a persoanelor desemnate cu verificarea F.O.C.G. cel puțin la internare și externare. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

f) La nivelul spitalului, semestrial, personalul Compartimentul M.C.S.S. prezintă Consiliului medical informări privind corectitudinea completării prin sondaj a documentelor medicale (F.O.C.G., bilet de externare, trimitere etc).

g) Cele două analize prevăzute la lit. k) și l) pot fi întocmite în comun prin colaborarea dintre directorul medical și personalul angajat în compartimentul M.C.S.S.

Art.239. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare sunt următorii:

- a) Procentul F.O.C.G. completate conform cerințelor legale, din total număr F.O.C.G. analizate, să fie cel puțin 90%, în ultimul an calendaristic
- b) Procentul F.S.Z. completate conform cerințelor legale din total număr F.S.Z. analizate, să fie cel puțin 90%, în ultimul an calendaristic
- c) Procent situații de redundanțe apărute în procesul de colectare și înregistrare date din total număr F.O.C.G./ F.S.Z. analizate, să fie cel mult 10%, în ultimul an calendaristic.
- d) Procent Plan îngrijire adult anexa la F.O.C.G./F.S.Z. completat conform reglementărilor interne din totalul Planurilor îngrijire adult anexa la F.O.C.G./F.S.Z. analizate, să fie cel mult 10%, în ultimul an calendaristic.

IX.50. Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat

Art.240. –Reglementarea procesului de obținere a consimțământului informat are ca principale scopuri:

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

Art.241. –Etapile procesului de obținere a consimțământului informat presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Spitalului personalul medico-sanitar are obligația de a informa pacientul cu privire la următoarele:
 - i. serviciile medicale disponibile și modul de acces la acestea;
 - ii. identitatea și statutul profesional al salariaților din cadrul spitalului;
 - iii. regulile pe care trebuie să le respecte pe durata internării;
 - iv. starea de sănătate;
 - v. intervențiile medicale propuse;
 - vi. riscurile potențiale ale fiecărei proceduri care urmează a fi aplicată;
 - vii. alternativele existente la procedurile propuse;
 - viii. date disponibile rezultate din cercetări științifice și activități de inovare tehnologică referitoare la diagnosticul și tratamentul afecțiunii pacientului;
 - ix. consecințele neefectuării tratamentului și ale nerespectării recomandărilor medicale;
 - x. diagnosticul stabilit și prognosticul afecțiunilor diagnosticate
- b) Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, asistent medical, pacientului i se solicită acordul scris. Consimțământul pacientului informat este condiție obligatorie și pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul pacientului.
- c) Personalul medical care urmează să realizeze actul medical vor obține acordul pacientului utilizând formularul “*Acordul Pacientului Informat*” (**Anexa 13**) cuprins în Anexa nr. 1 la *O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice*» din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*. Identitatea și statutul profesional al întregului personalul medical implicat în efectuarea actului medical sunt precizate pacientului și menționate în tabelul cu personalul medical care îngrijeste pacientul, cuprins în

”Tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul (numele și prenumele pacientului)” poziționat la finalul formularului “Acordul Pacientului Informat”.

d) “Acordul Pacientului Informat” se va obține înainte de realizarea actului medical cu potențial de risc și necesită parcurgerea următoarelor etape:

i. Stabilirea competenței pacientului/reprezentantului legal pentru semnarea formularului “Acordul Pacientului Informat” presupune:

➤ În cazul pacientului minor, acordul scris se va obține de la părinte ori de la reprezentantul legal sau, în lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiată. Prin rudă cea mai apropiată în sensul prezentului alineat se înțelege, în ordine, ascendenții și rudele majore care însoțesc pacientul minor, până la al patrulea grad inclusiv.

➤ În cazul pacientului major lipsit de discernământ (conform deciziei comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică), acordul scris se va obține de la reprezentantul legal desemnat.

➤ În cazul pacientului major cu care medicul/asistentul medical nu poate comunica în mod eficient, din pricina condiției medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimțământului, acordul scris se poate obține de la soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului. Prin ruda cea mai apropiată se înțelege, în ordine, părintele, descendentul, rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv.

➤ Potrivit prevederilor art. 661 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:

- situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;
- situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.

ii. Informarea pacientului presupune:

➤ În obținerea acordului scris al pacientului, medicul, asistentul medical sunt datori să prezinte pacientului informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia. Informațiile vor fi prezentate folosind un ton conversațional, de preferință în propoziții scurte, evitând construcții gramaticale complexe.

➤ Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului. Mai mult, acordul pacientului informat trebuie să conțină, descrierea, pe scurt, a informațiilor ce i-au fost furnizate de către

medic, asistentul medical. 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 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 reglementării *”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 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 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, după examenul anamnestic și clinic, înaintea începerii activităților medicale specifice diagnosticului și/sau tratamentului.

➤ Formularul “*Acordul Pacientului Informat*” cuprinde și Acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor cu caracter personal, conform Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice.

➤ 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.

- g) Fotografierea sau filmarea pacienților în spital de către personalul medical, precum și implicarea pacientului în procesul de învățământ medical se realizează potrivit prevederilor reglementării “*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) 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 reglementării “*Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate*” din prezentul Regulament.

Art.242. - Vulnerabilitățile din procesul de obținere al consimțământului informat care sunt necesar a fi avute în vedere dat fiind faptul că pot avea consecințe negative atât asupra actului medical cât și asupra relației medic - pacient, sunt următoarele:

- a) răspunderea juridică pentru malpraxis în situațiile în care medicul efectuează actul medical fără consimțământul informat, iar pacientul suferă o vătămare;
- b) medicul nu completează datele pacientului/reprezentantului legal al acestuia și nu se poate face corelație între pacient și semnătura acestuia înscrisă pe formularul de consimțământ;
- c) medicul nu explică pacientului/apartinătorului suficient de clar informațiile medicale, riscurile implicate și disconfortul ce urmează a se crea;
- d) medicul nu descrie actul medical (câmpul nr.crt. 3) astfel încât toate răspunsurile ulterioare menționate de către pacient nu pot fi asociate actului medical;
- e) participarea unei echipe medicale la intervenție și 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.243. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea continuității sunt următorii:

- a) Numărul F.O.C.G. fără “*Acordul Pacientului Informat*”, auditate în cadrul auditului clinic intern, raportat la numărul total de F.O.C.G. auditate, sa fie cel mult 10%, in ultimul an calendaristic.
- b) Numărul personalului medical instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat, raportat la numărul total de personal medical, sa fie cel puțin 95%, in ultimul an calendaristic;
- c) Numărul personalului medical evaluat cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat, raportat la numărul total de personal medical, sa fie cel puțin 95%, in ultimul an calendaristic.
- d) Numărul de reclamații care au ca obiect obținerea consimțământului informat al pacientului, raportat la număr de pacienți externați din spital, sa fie cel mult 5%, in ultimul an calendaristic.

IX.51. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente

Art.244. – 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.245. –Etapile procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Medicul curant, medicul din camera de gardă a spitalului, medicul din compartiment A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, aduce la cunoștință pacientului, într-o modalitate cât mai accesibilă, toate informațiile legate de tratament, proceduri și medicație; acest lucru se realizează din prima zi de internare, în cel mai scurt timp posibil după internarea pacientului;
- b) În urma aducerii la cunoștință a tuturor informațiilor legate de etapele pe care le presupune tratamentul individualizat al pacientului, acesta are posibilitatea să refuze anumite etape ale tratamentului sau tratamentul în integralitatea sa și să oprească orice intervenție medicală asupra sa;

- c) Medicul curant, medicul de la camera de gardă a spitalului, medicul din Compartimentul A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, are obligația în această situație de a explica cât mai detaliat consecințele refuzului sau opririi actelor medicale;
- d) În acest sens, pe formularul *"Acordul pacientului informat"* – instituit de prevederile O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului *XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, care se regăsește în F.O.C.G., pacientul va confirma în scris refuzul tratamentului/opririi actelor medicale prin completarea pct. II: *"Subsemnatul pacient/Reprezentant legal,declară că am înțeles toate informațiile furnizate de către(numele și prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical"*. În caseta din-josul pct. II anterior menționat pacientul va înscrie data și ora refuzului exprimat și va semna.
- e) În această situație, medicul curant, medicul de la Camera de Gardă a spitalului, medicul din compartimentul A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, va consemna în FOCG/FSZ/Fișa urgență/documentele medicale refuzul motivat/nemotivat al pacientului legat de tratamentul propus.
- f) Nu în ultimă instanță medicul curant, medicul de la camera de gardă a spitalului, medicul din compartiment A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, va comunica pacientului care refuză investigații/tratamente posibile alternative terapeutice cu indicarea unităților sanitare/de îngrijire/paliativă în care acesta poate fi tratat.

Art.246. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente sunt următorii:

- a) Numărul de pacienți care declară pe formularul *"Acordul pacientului informat"* că au înțeles toate informațiile furnizate de către medic/asistentul medical (cuantificarea indicatorului se realizează cu ocazia verificării de către C.M.C.S.M. a modului de completare a documentelor medicale sau, după caz prin autoevaluare), să fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de pacienți care refuză investigații/tratamente în ultimul an calendaristic și completează în acest sens formularul *"Acordul pacientului informat"*, din total pacienți internați, să fie cel mult 5%, în ultimul an calendaristic;
- c) Numărul de reclamații din partea pacienților/apartinătorilor aferente modului de abordare a pacienților care refuză investigațiile/tratamente în perioada evaluată, raportat la numărul total al reclamațiilor înregistrate pe spital, să fie cel mult 5%, în ultimul an calendaristic;
- d) Numărul de evenimente indezirabile aferente modului de abordare a pacienților care refuză investigațiile/tratamente în perioada evaluată, raportat la numărul total de evenimente indezirabile înregistrate, să fie cel mult 5%, în ultimul an calendaristic

IX.52. Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului

Art.247. –Reglementarea procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului are ca principale scopuri:

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

Art.248. –Etapale procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” se întocmesc de către structura de resurse umane urmărindu-se în permanență respectarea următoarelor cerințe:
 - i. În mod obligatoriu chestionarul de evaluare a satisfacției angajaților va cuprinde întrebări despre percepția calității vieții profesionale a angajaților, îndeosebi în raport cu munca prestată, în contextul în care aceasta este determinată/influențată de următorii factori:
 - Perspectivelor de a avansa în carieră
 - Siguranța locului de muncă
 - Securitatea la locul de muncă
 - Posibilitățile de instruire/formare profesională suplimentară
 - Relațiile și interacțiunile de la locul de muncă
 - ii. Chestionarul de satisfacție al angajaților cuprinde întrebări privind comunicarea dintre aceștia, atât în plan orizontal cât și în plan vertical;
 - iii. Modalitatea de aplicare a chestionarului de satisfacție a angajatului va asigura anonimatul acestuia;
 - iv. Chestionarul va cuprinde indicații clare, existente în preambulul acestuia, privind locul de depunere a chestionarului de satisfacție a angajaților completat.
- b) Actualizarea formularelor de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” se realizează de către structura de resurse umane, de regulă, în situația în care se decide de către conducerea spitalului focusarea pe anumite problematici importante în care feedback-ul din partea angajaților este relevant pentru luarea unor decizii.
- c) Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” sunt distribuite de către structura de resurse umane – prin șefii de microstructuri - unui număr cât mai mare de angajați, anual, în luna decembrie. Distribuirea acestora se face în cadrul raportului de gardă cu participare lărgită a personalului spitalului, ocazie cu care se face și instructajul privind modul de completare și de colectare a acestora.
- d) Până la sfârșitul lunii decembrie a fiecărui an calendaristic, formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” distribuite se vor completa și se vor introduce în cutia poștală de la intrarea în Biroul Resurse Umane.

- e) Analizarea, interpretarea și finalizarea setului de propuneri rezultate din evaluarea răspunsurilor angajaților din chestionare se va realiza la nivelul structurii de resurse umane, de regulă- cel târziu până la lunii sfârșitul lunii ianuarie a următorului an, întocmind în acest sens „Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților” care se va anexa la o un raport de analiză care va cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind respectiva analiză.
- f) Directorul general al spitalului, în raport de concluziile și propunerile formulate în „Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților”, poate decide ca respectiva analiză să fie prezentată în ședință a Consiliului medical sau/și a Comitetului director.
- g) În mod obligatoriu, “Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților” se pune de către structura de resurse umane la dispoziția reprezentanților angajaților care, în funcție de concluziile și propunerile formulate în respectiva analiză, vor înainta directorului general un proces-verbal de ședință în care vor formula propriile propuneri. La solicitarea reprezentanților angajaților, structura de resurse umane este obligată să pună la dispoziția acestora, în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la formularea cererii, a formularelor de „Chestionar de satisfacție a angajatului” care au fost utilizate la redactarea „Analizei chestionarelor de satisfacție a angajaților”.
- h) Păstrarea formularelor de „Chestionar de satisfacție a angajatului” completate de către angajați se păstrează la nivelul structurii de resurse umane minim o perioadă de 3 luni, socotită începând cu data la care a fost înregistrată fiecare dintre “Analizele chestionarelor de satisfacție a angajaților” la care au fost utilizate respectivele chestionare.

Art.249. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului este reglementată la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Numărul de „Chestionare de satisfacție a angajatului” distribuite în fiecare semestru raportat la existentul de personal al spitalului, sa fie cel puțin 85% , în ultimul an calendaristic
- b) Număr de „Chestionare de satisfacție a angajatului” completate în fiecare semestru raportat la numărul de „Chestionare de satisfacție a angajatului” distribuite, precum și la existentul de personal al spitalului, sa fie cel puțin 50%, în ultimul an calendaristic.
- c) Număr de propuneri formulate în “Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților” pentru care au fost asigurate resursele necesare punerii în execuție în ultimul an calendaristic, sa fie cel puțin 35% din numărul total de propuneri formulate, în ultimul an calendaristic.

IX.53. Determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități

Art.250. - Reglementarea modului de determinare a gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități are ca principale scopuri:

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

Art.251. –Etapile procesului de determinare a gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În prima zi de internare, asistentul medical de tură, care preia pacientul în îngrijire, notează în “Planul de îngrijire al pacientului”, gradul de dependență calculat prin însumarea scorurilor de dependență la internare pentru fiecare nevoie a pacientului, obținut în urma anamnezei primare. Scorul de dependență la internare se va calcula o singură dată. Scorul de dependență la internare va fi înregistrat și în „Situația îngrijirilor la externare”
- b) Scorul de dependență din ultima zi de internare va constitui scorul de dependență la externare și este calculat de asistentul medical de salon aflat pe tură prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi de internare pentru fiecare nevoie a pacientului. Scorul de dependență la externare va fi înregistrat și în „Situația îngrijirilor la externare”.
- c) Lunar asistentele șefe/coordonatoare de pe fiecare secție/compartiment vor determina gradul mediu de dependență al pacienților internați în regim de spitalizare continuă atât pentru secțiile de acuți cât și pentru secțiile în care se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic sau de recuperare de cronici menționate de prevederile art. 3 alin. (6) din OMS nr. 1782/ 2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, astfel:
 - vor centraliza pentru pacienții externați din secție/compartiment, spitalizați în regim de spitalizare continuă, din „*Situația îngrijirilor la externare*” următoarele informații:
 - numărul FOCG
 - gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență la internare
 - gradul de dependență obținut prin însumarea scorului de dependență la externare sau gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi a lunii în curs pentru pacienții internați a căror externare nu se efectuează în luna respectivă

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

- Gradul mediu de dependență la externare/ ultima zi din lună, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la externare/ ultima zi din lună a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
- f) Atunci când situația o impune (situații excepționale, de urgențe medicale care necesită redistribuirea de personal din mai multe secții/compartimente), directorul medical împreună cu asistentul șef/coordonator pe spital/sau persoana nominalizată prin decizie a directorului general pentru a îndeplini prin cumul atribuțiile directorului medical/asistent șef/coordonator pe spital, după caz) întocmește și prezintă Consiliului medical o analiză a gradului mediu de dependență la internare și la externare exprimat în unități de timp, coroborat cu numărul de pacienți îngrijiți lunar pentru fiecare secție/compartiment, în raport cu numărul de personal sanitar mediu și auxiliar. Această analiză se poate utiliza în decizia de repartizare numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi în funcție de gradul mediu de dependență al pacienților internați.
- g) Pentru calculul gradului mediu de dependență raportat la unitatea de timp se va folosi ca și instrument SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) conform tabelului de mai jos:

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

minute/24h/pacient	minute/24h/pacient	minute/24h/pacient	minute/24h/pacient
Durata medie a înregistrărilor de îngrijire în funcție de timpul individualizat de îngrijire TOTAL ÎNGRIJIRI			
Max 25 minute/24h/pacient	Max 100 minute/24h/pacient	Max 250 minute/24h/pacient	Max 500 minute/24h/pacient

h) Corelația între cele trei categorii de îngrijire din tabelul de mai sus și cele 14 nevoi de îngrijire utilizate în “Planul de îngrijire al pacientului” adoptat la nivelul spitalului, este următoarea:

➤ **ÎNGRIJIREA DE BAZĂ** (îngrijiri uzuale, autonome și/sau delegate, acordate zilnic de către personalul sanitar mediu și auxiliar zilnic) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:

1. Nevoia de a respira și a avea o bună circulație
2. Nevoia de a se alimenta și hidrata
3. Nevoia de a elimina
4. Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură
5. Nevoia de a dormi și a se odihni
6. Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca
7. Nevoia de a menține temperatura corpului în limite normale
8. Nevoia de a fi curat, îngrijit și a proteja tegumentele și mucoasele

➤ **ÎNGRIJIREA TEHNICĂ** (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în contextul unor intervenții delegate și sau sub supravegherea medicului) corespunde următoarelor nevoi fundamentale care se regăsesc și pentru îngrijirea de bază:

9. Nevoia de a respira și a avea o bună circulație
10. Nevoia de a se alimenta și hidrata
11. Nevoia de a elimina

➤ **ÎNGRIJIREA ÎN RELAȚII EDUCATIONALE ȘI ÎNGRIJIRI SPECIALIZATE** (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în cazul nevoilor fundamentale deficitare care au ca și punct comun comunicarea) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:

12. Nevoia de a evita pericolele
13. Nevoia de a comunica
14. Nevoia de a practica religia
15. Nevoia de a fi util (a fi preocupat în vederea realizării)
16. Nevoia de a se recrea
17. Nevoia de a învăța să-și gestioneze sănătatea

i) În situația în care se constată sincope în acordarea îngrijirilor medicale, calculul gradului mediu de dependență la internare și la externare exprimat în unități de timp, coroborat cu numărul de pacienți îngrijiți lunar pentru fiecare secție/compartiment, în raport cu numărul de personal sanitar mediu și auxiliar se poate realiza lunar sau ori de câte ori se consideră necesar și la nivelul fiecărei secții, de către asistenta șefă, la solicitarea medicului șef de secție. În situația în care în urma efectuării acestui calcul se constată că numărul de personal sanitar mediu și/sau auxiliar este insuficient, șeful

secției solicită, după caz, delegarea de personal sanitar și/sau auxiliar între compartimentele aceleiași secții sau din cadrul altei secții medicale.

- j) Delegarea de personal mediu și/sau auxiliar între compartimente/secții medicale se realizează cu respectarea prevederilor art. 254 lit. d) – m) de la pct. IX.54.”*Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale*” din prezentul Regulament.

Art.252. - 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, 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, sa fie cel puțin 2, in ultimul an calendaristic.
- 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, sa nu depaseasca 0,5 % din total pacienti internati.
- c) Număr de E.A.A.A.M. în care au fost menționate printre cauzele generatoare numărul insuficient de personal medical mediu și/sau auxiliar, sa nu depaseasca 1%, din totalul EAAAM pe spital, in ultimul an calendaristic.

IX.54. Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale

Art.253. –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.254. –Etaple 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 medical și auxiliar medical 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/coordonator de secție/compartiment 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 directorul general spitalului. După obținerea aprobării, șeful de compartiment căruia i se distribuie temporar personal medical și auxiliar medical în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă din secție să asigure instruirea respectivului personal, 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 medical și auxiliar medical 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 medical și auxiliar medical 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 medical și auxiliar medical 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 directorului general spitalului. După obținerea aprobării șeful de secție/compartiment căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă din secție să asigure instruirea respectivului personal mediu, precizându-i cu această ocazie minim următoarele informații: atribuții funcționale, reguli de securitate și sănătate în muncă specifice și graficul de lucru.
 - h) De regulă, distribuirea de personal mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, se face între secții/compartimente cu profil asemănător (medicale/chirurgicale), ținând în mod obligatoriu cont de competențele profesionale ale respectivului personal.

- i) Pentru personalul medical si auxiliar medical 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 directorului general spitalului.
- j) Deciziile care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al personalului medical si auxiliar medical în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor se iau prin consultarea cu reprezentanții angajaților, cu respectarea prevederilor art. 44(1) din Codul muncii. În acest sens, reprezentanții salariaților se vor întruni în ședință la care vor invita și personalul care urmează să fie delegat. Cu această ocazie reprezentanții salariaților vor consulta personalul medical si auxiliar medical 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 directorului general 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 într-o ședință la care pot invita pe lângă personalul mediu care urmează să fie delegat și personalul care a realizat calculul gradului mediu de dependență a pacienților internați, pentru a-și justifica propunerile.
- l) Avizul reprezentanților salariaților și cel al consilierului juridic pe proiectul deciziilor de delegare este prealabil și obligatoriu aprobării de către directorul general al 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.255. - 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 distribuiți efectuate;
- b) Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de personal medical si auxiliar medical, în ultimul an calendaristic, sa fie maxim 0,1% din total numar pacienti internati.
- c) Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor referitoare la insuficiența îngrijirilor efectuate datorate numărului redus de personal medical si auxiliar medical,

- raportat la numărul total al reclamațiilor înregistrate pe spital, să fie maxim 5, în ultimul an calendaristic;
- d) Număr de evenimente adverse asociate asistenței medicale declarate în ultimul an calendaristic în care au fost menționate printre cauzele generatoare insuficiența de personal mediu în cadrul structurilor medicale, să fie maxim 3.

IX.55. Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile

Art.256. – 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 serviciului de urgență al spitalului și a secțiilor medicale în situații în care se constată că nivelul de competență și/sau dotare al acestora este insuficient pentru asigurarea asistenței medicale optime pentru pacient;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art.257. – 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 Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea încheie un acord de colaborare sau un act adițional la acordul de colaborare existent cu Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*. Obiectul respectivului acord de colaborare îl constituie transferul interclinic⁹ al pacienților.
- b) Prin grija consilierului juridic, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui acord de colaborare, acestea se vor multiplica și distribui secțiilor medicale, Ambulatoriului integrat și serviciul de gardă al spitalului, personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin acord/acorduri.
- c) În baza acordurilor de colaborare încheiate responsabilitatea de evaluare a pacienților și organizarea transferului interclinic al acestora revine:
 - i. În timpul programului normal de lucru: șefilor de secții /compartimente sau înlocuitorii legali ai acestora, pentru pacienții internați în acestea, respectiv pentru pacienții prezentați în urgență;
 - ii. În afara programului normal, medicul de gardă din Camera de Gardă a spitalului .
- d) Înaintea efectuării transferului interclinic medicii responsabili nominalizați la lit. c) au obligația să evalueze pacientul și să îi asigure tratamentul necesar stabilizării în

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

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 spitalului;
 - iv. determină modalitatea de transfer, prin consultare cu serviciul care efectuează transferul; transferul se poate face, după caz, în colaborare cu serviciul de ambulanță județean Bihor, 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 protocoloalelor 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 protocoloalelor 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 protocoloalelor 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 protocoloalelor de transfer interclinic al pacientului critic*, se completează de către medicul care a solicitat transferul și se trimite serviciului de gardă care urmează să efectueze transferul, precum și spitalul care urmează să primească pacientul la numere de fax prestabilite și /sau adresă de e-mail prestabilită prin acorduri de colaborare, după caz. În caz de urgență medicul solicitant poate înmâna fișa echipajului care efectuează transferul la predarea pacientului, el fiind obligat să trimită o copie spitalului primitor 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 Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea– 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 SCAI Oradea.
- p) De asemenea, prin grija coordonatorului serviciului de gardă a spitalului, la nivelul acestuia există evidența actualizată permanent a numărului și locației unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile în arealul deservit de către Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea.

Art.258. - 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*, sa fie cel puțin 2, în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de transferuri interclinice efectuate, în ultimul an calendaristic, în raport cu numărul de pacienți externați, sa fie cel mult 3%;
- c) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic din serviciul de urgență al spitalului în raport cu numărul de pacienți prezentați în respectivul serviciu, sa fie cel mult 3%, în ultimul an calendaristic;
- d) Număr de transferuri interclinice efectuate, pentru care au fost întocmite Fișe medicale de transfer interclinic a pacientului critic în raport cu numărul de pacienți transferați interclinic, sa fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.

IX.56. Colaborarea dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești

Art.259. –Reglementarea procesului de colaborare dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești are ca principale scopuri:

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

Art.260. – Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea colaborează cu următoarele categorii de servicii de urgență prespitalicești:

- a) Serviciul Mobil de Urgențe, Reanimare și Descarcerare¹⁰ - scopul acestuia este transferul unui echipaj medical spitalicesc, cu dotarea necesară, la locul unde se află un pacient în 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 Bihor¹¹ – asigură, după caz, asistență medicală de urgență prespitalicească, consultații medicale de urgență și transport sanitar neasistat.

Art.261. – Etapele procesului de colaborare dintre serviciul de gardă a spitalului și serviciile de urgență prespitalicești presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Transferul interclinic al pacientului critic se realizează de regulă potrivit prevederilor pct. IX.55. *“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. Bihor pot transporta pacienți critici către serviciul de urgență al spitalului al

¹⁰ În continuare: „S.M.U.R.D.”

¹¹ În continuare : „S.A.J.” Bihor.

Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea la cererea pacientului sau în lipsa acesteia, în ambele situații decizia aparținând medicului de pe ambulanță care apreciază că în cadrul S.C.J.U.Oradea există nivelul de competență și/sau dotare necesar acordării asistenței medicale de specialitate în raport cu patologia prezentată de către respectivii pacienți.

- b) Anual, SCAI Oradea, încheie un contract de colaborare sau un act adițional la contractul de colaborare existent cu S.A.J. Bihor, 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 refacere de stoc;
 - iv. Externări asistate în Județul Bihor și în alte județe, cu excepția situațiilor prevăzute în contractul-cadru;
 - v. Alte servicii medicale de urgență și transport sanitar nedecontate de casa de asigurări, furnizate la cererea spitalului sanitar, sau după caz, a pacientului, situație în care costurile sunt suportate de acesta din urmă.
- c) Prin grija consilierului juridic, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui contract de colaborare, acestea vor fi multiplicare și distribuite secțiilor, Ambulatoriului integrat și serviciul de gardă al spitalului, personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin respectivul contract.
- d) Pentru pacienții care sunt transportați de serviciile de urgență prespitalicească în cadrul SCJU Oradea, respectivele servicii vor preda pacienții (cod „Galben”, cod „Verde”, cod „Albastru”), după caz, asistentului medical de triaj sau unui medic de gardă din cadrul serviciului de gardă al spitalului. La predarea respectivilor pacienți se va preda și o fișă medicală a acestora, completată de șeful echipajului de urgență prespitalicească și semnată de acesta.
- e) Personalul de serviciu al camerei de gardă a spitalului are obligația să preia pacienții transportați de serviciile de urgență prespitalicească în cel mai scurt timp posibil, eliberând echipajul respectiv în cel mult 15 minute de la sosirea în cadrul serviciului de gardă al spitalului
- f) Medicii care deserve camera de gardă a spitalului nu au dreptul de a reține echipajele serviciilor de urgență prespitalicești, cu excepția cazului în care se constată că pacientul adus de acestea se află în stare critică, iar resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile, necesitând transfer imediat către o altă unitate sanitară, situație în care se va obține acordul dispeceratului medical care coordonează echipajul respectiv.
- g) Echipajele care transportă pacienți aflați în stare critică au obligația să anunțe sosirea lor din timp, cu cel puțin 10 minute înaintea sosirii, și să aducă la cunoștința personalului din serviciul de urgență al spitalului, direct ori prin intermediul dispeceratului, datele clinice despre starea pacientului și tratamentul aplicat acestuia până la momentul respectiv.
- h) Personalul de serviciu de la nivelul Camerei de Gardă a spitalului are obligația, pe baza informațiilor primite de la echipajele de urgență prespitalicească, de a pregăti în prealabil camera de reanimare și de a anunța, după caz și în conformitate cu

protocoalele spitalului, specialitățile care trebuie să fie prezente în mod obligatoriu la sosirea cazului.

- i) Funcție de cazuistică, personalul din serviciul de urgență al spitalului va informa și personalul Laboratorului clinic de radiologie și imagistică în vederea pregătirii 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 serviciului de urgență al spitalului are obligația de a informa în scris conducerea Serviciului de Ambulanță Bihor sau, după caz, medicul-șef al SMURD despre problemele respective.
- k) La solicitarea echipajelor de urgență prespitalicească, serviciul de urgență al spitalului poate trimite personal medical de specialitate, echipamente, medicamente și materiale sanitare în sprijinul acestora, folosind, după caz, mijloace de deplasare proprii ale spitalului sau mijloace de deplasare ale serviciului de ambulanță ori ale altor instituții care pot asigura sprijinul în acest sens, cu condiția de a se asigura permanența în serviciul de urgență al spitalului propriu.
- l) Structurile medicale din cadrul SCAI Oradea, care din varii motive au nevoie de asigurarea serviciilor medicale de transport, au obligația să solicite în scris sau telefonic respectivele servicii, cu cel puțin 3 ore înainte de efectuării acestora și să aștepte confirmarea apelului din partea SA.J. Bihor. 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 Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea, în mod obligatoriu, anterior de contactarea acestora, se va cere aprobarea directorului medical și a directorului general al spitalului.
- m) Transportul sanitar asistat și neasistat al pacienților cu ambulanțe private spre/dinspre Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea, 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.262. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colaborare dintre camera de gardă și serviciile de urgență prespitalicești sunt următorii:

- a) Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului, sa fie maxim 15 minute, în ultimul an calendaristic;
- b) Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate, sa nu depășească 15 minute, în ultimul an calendaristic;
- c) Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații, sa fie de maxim 25 minute, în ultimul an calendaristic;
- d) Numărul de prezentări la Camera de gardă per număr de medici 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 Camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat;
- g) Număr pacienți internați prin Camera de gardă în perioada Luni-Joi, inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat;
- h) Număr pacienți internați prin 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 internați în intervalul orar 14:01 - 22:00, per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- m) Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00, per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- n) Număr pacienți internați în intervalul orar 22:01 - 08:00, per număr total pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- o) Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00, per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- p) Număr pacienți internați în urgență ca urmare a acutizării unei patologii cronice per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- q) Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital per total prezentări la Camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- r) Număr pacienți transportați de Ambulanțe private la spital per total prezentări la Camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.

IX.57. Preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă

Art.263. –Reglementarea procesului de preluare a pacienților în Compartimentul A.T.I. are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli de predare-preluare a cazului aplicând o modalitate de transfer al informațiilor și responsabilităților legate de pacient;
- b) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli de internare/admisie în Comp. A.T.I.;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate / decesul pacientului neadmis în Comp. A.T.I.

- acuzații de malpraxis în situația medicilor care nu aplică criteriile clinice de prioritizare la admiterea pacienților în ATI.

Art.264. –Etapile procesului de preluare/admisie a pacienților în Comp. A.T.I. a Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Preluarea și internarea/admisia pacienților din secții non-A.T.I. în Comp.A.T.I. a Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea se realizează în baza următoarelor criterii de internare/admisie:

i. Criterii de prioritate

Prioritatea 1: Pacienții critici instabili care necesită tratament și/sau monitorizare care nu pot fi efectuate în afara terapiei intensive. De obicei aceste tratamente includ suport ventilator avansat, administrarea continuă de droguri vasoactive etc. (de exemplu: insuficiența respiratorie acută sau pacienți în postoperator care necesită suport ventilator mecanic și pacienții cu instabilitate hemodinamică sau șoc care necesită monitorizare invazivă și/sau tratament cu medicamente vasoactive).

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

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

Prioritatea 4: Această categorie include pacienții care nu sunt în general admiși în terapie intensivă. Admisia acestora se face pe bază individuală, în circumstanțe deosebite. Acești pacienți sunt:

- pacienți care nu au un beneficiu anticipat din cauza riscului mic;
- pacienți cu boli terminale ireversibile în iminență de deces.

ii. Criterii de diagnostic:

A. Sistem cardiac:

- infarct miocardic acut cu complicații;
- șoc cardiogen;
- aritmii complexe necesitând monitorizare continuă și intervenție terapeutică imediată;
- insuficiență cardiacă acută cu insuficiență respiratorie și/sau necesitând suport hemodinamic;
- urgențele hipertensive;
- angina instabilă, în mod deosebit însoțită de aritmii, instabilitate hemodinamică sau durere toracică persistentă;
- pacienții resuscitați după oprire cardiacă și care necesită ulterior terapie intensivă;
- stări postoprire cardiacă;
- tamponada cardiacă sau constricție cu instabilitate hemodinamică;

- 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;
- insuficiență respiratorie cu iminența de intubație (risc de apariție a unei insuficiențe respiratorii care ar necesita intubație endotraheală și suport ventilator);
- pacienți intubați pentru protecția căilor respiratorii, chiar dacă nu au alte disfuncții de organ și nu necesită suport ventilator.

C. Tulburări neurologice:

- stroke acut cu alterarea stării de conștiență;
- coma: metabolică, toxică sau anoxică;
- hemoragie intracraniană cu potențial de herniere;
- hemoragie subarahnoidă acută;
- meningita cu alterarea stării de conștiență sau afectarea funcției respiratorii;
- suferințe ale sistemului nervos central sau suferințe neuromusculare cu deteriorarea funcției neurologice ori pulmonare;
- status epilepticus;
- moartea cerebrală sau potențiala moarte cerebrală pentru tratament agresiv de menținere în vederea donării de organe și țesuturi;
- vasospasm;
- disfuncție a sistemului nervos central, indiferent de cauză, suficiența pentru a altera reflexele de protecție și căile respiratorii;
- monitorizare neurologică invazivă.

D. Ingestie de droguri și supradozare de droguri:

- instabilitate hemodinamică la pacienți cu ingestie de droguri;
- alterarea stării de conștiență cu protecție inadecvată a căilor respiratorii la pacienți cu ingestie de droguri;

- convulsii după ingestia de droguri.

E. Tulburări gastrointestinale:

- sângerari digestive amenințătoare de viață, inclusiv hipotensiune, angină, sângerare activă sau cu condiții de comorbiditate;
- insuficiență hepatică fulminantă;
- pancreatita acută severă;
- perforație esofagiană cu sau fără mediastinită.

F. Tulburări endocrine:

- cetoacidoză diabetică complicată cu instabilitate hemodinamică, alterarea stării de conștiență, insuficiență respiratorie sau acidoză severă;
- comă tiroidiană cu instabilitate hemodinamică;
- stare hiperosmolară cu comă și/sau instabilitate hemodinamică;
- crizele adrenale cu instabilitate hemodinamică;
- hipercalcemie severă cu alterarea stării de conștiență, necesitând monitorizare hemodinamică;
- hipo- sau hipernatremia cu convulsii și/sau alterarea stării de conștiență;
- hipo- sau hipermagneziemia cu aritmii sau afectare hemodinamică;
- hipo- sau hipercalcemia cu disritmii sau afectare musculară;
- hipofosfatemia cu slăbiciune musculară.

G. Renal:

- necesitatea terapiei de epurare extrarenală - hemodializa, hemofiltrare, hemodiafiltrare în acut.

H. Chirurgicale:

- pacienți în postoperator care necesită monitorizare hemodinamică/suport ventilator sau îngrijire specială la nivel de terapie intensivă.

I. Diverse:

- sepsis sever sau șoc septic;
- monitorizare hemodinamică invazivă;
- condiții clinice care impun nivel de îngrijire de terapie intensivă;
- injurii de mediu (hipo-/hipertermia, înecul, electrocuție);
- tratamente noi/experimentale cu potențial de complicații.

iii. Criteriul: Parametrii obiectivi

A. Semne vitale:

- puls < 40 sau > 150 b/minut;
- TA sistolică < 80 mmHg sau 20 mmHg sub TA obișnuită a pacientului;
- TA medie < 60 mmHg;
- PA diastolică > 120 mmHg;
- stopul respirator de orice cauză;
- frecvența respiratorie > 35 r/minut sau < 8 r/minut;
- riscul de oprire respiratorie;

- alterarea bruscă a stării de conștiență (modificarea scorului Glasgow cu mai mult de 2);
- crize convulsive repetate sau prelungite;
- orice pacient pe care medicul îl consideră a nu fi în siguranță altundeva decât în Comp. 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 acută a Pa CO₂ cu acidoză respiratorie;
- pH < 7,1 sau > 7,7;
- glicemie > 800 mg/dl;
- Ca > 15 mg/dl;
- nivel toxic al drogurilor sau al altor substanțe chimice la pacienți cu afectare hemodinamică ori neurologică.

C. Rezultate imagistică (radioscopie/radiografie, ecografie, tomografie, rezonanță magnetică) și endoscopie:

- hemoragie vasculară cerebrală, contuzie sau hemoragie subarahnoidină cu afectarea stării de conștiență ori semne neurologice focale;
- rupturi de viscere, vezică urinară, ficat, varice esofagiene sau uter cu instabilitate hemodinamică;
- anevrism de aortă disecant.

D. Electrocardiograma:

- infarct miocardic cu aritmii complexe, instabilitate hemodinamică sau insuficiență cardiacă congestivă;
- tahicardie ventriculară susținută sau fibrilație ventriculară;
- bloc complet cu instabilitate hemodinamică.

E. Semne fizice apărute acut:

- pupile inegale la un pacient inconștient;
- arsuri > 10% din suprafață corporeală;
- anurie;
- obstrucție de căi respiratorii;
- comă;
- convulsii susținute;
- cianoză;
- tamponadă cardiacă.

b) În cazul în care numărul potențialilor beneficiari de terapie intensivă depășește capacitatea secției este necesar un triaj. Triajul se recomandă a fi făcut pe baza criteriilor de priorități medicale prezentate mai sus. Decizia de triaj aparține șefului Comp. 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.C.A.I. Oradea.
- e) Predarea pacienților din Comp. 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.265. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de preluare a pacienților în Secția A.T.I. sunt următorii:

- a) Număr de conflicte solutionate de Consiliului etic al spitalului care au ca subiect conflictul de opinii în legătură cu criteriile de preluare a pacienților în Comp. A.T.I., sa fie cel mult 3, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de reclamații ale pacienților și /sau aparținătorilor ca urmare a agravării stării de sănătate/decesului unor pacienți care nu au fost admiși în Comp. A.T.I. prin aplicarea criteriilor clinice de prioritizare în ultimul an calendaristic sa fie cel mult 3 în ultimul an calendaristic.
- c) Număr de evenimente în mass-media care s-au concretizat în deficit de imagine a S.C.A.I. Oradea determinate de reclamații ale pacienților și /sau aparținătorilor ca urmare a agravării stării de sănătate/decesul unor pacienți care nu au fost admiși în Comp. A.T.I. prin aplicarea criteriilor clinice de prioritizare în ultimul an calendaristic, sa fie cel mult 1, în ultimul an calendaristic.

IX.58. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I.

Art.266. – Reglementarea accesului și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al compartimentului A.T.I. are ca principale scopuri:

- a) Stabilește măsurile de prevenire a I.A.A.M. pentru personalul din cadrul compartimentului A.T.I. care asigură asistență medicală de specialitate pacienților infectați cu bacterii multidrog rezistente sau cu afecțiuni cu contagiozitate crescută.
- b) Stabilește măsurile de prevenire a contaminării infecțioase a pacienților cu imunitate compromisă ce necesită izolare.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - contaminarea mediului spitalicesc cu bacterii multidrog rezistente
 - producerea de I.A.A.M;
 - agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.267. – Etapele procesului de acces și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I. presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Compartimentului A.T.I. se amenajează în mod obligatoriu, prin grija medicului coordonator, o rezervă pentru următoarele cazuri/situații care necesită izolare epidemiologică severă, astfel:
- i. pacienți susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente;
 - ii. pacienți cu boli infecțioase cu contagiozitate ridicată;
 - iii. pacienți în stare critică cu infecții parazitare cu contagiozitate mare (scabie, pediculoză etc);
 - iv. pacienți cu imunitate compromisă.
- b) Prin grija medicului coordonator al Compartimentului A.T.I. și a responsabililor din cadrul structurii administrative a Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, în cadrul încăperii dedicate pentru care necesită izolare epidemiologică severă, se transformă întreg spațiul Compartimentului ATI în izolator și se asigură următoarea infrastructură:
- i. uși care să permită accesul cu targa și fără praguri;
 - ii. sistem de igienizare a mâinilor la intrarea (pe exterior) și ieșirea din salon (în interiorul salonului);
 - iii. 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 care 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 unică folosință)- pentru îngrijiri cu risc de contaminare, mănuși (curate, nesterile), mască chirurgicală, 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. Echipamentul 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
 - 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.268. - 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. sa fie cel puțin 1/an.
- b) Numărul de I.A.A.M. înregistrate în Compartimentul 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, sa nu depaseasca 2% din total IAAM-uri inregistrate in ultimul an calendaristic.

IX.59. Accesul în Compartimentul A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia

Art.269. –Reglementarea accesului în Compartimentul A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia are ca principale scopuri:

- Stabilește reguli de conduită pentru aparținători/vizitatori.
- Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - producerea de I.A.A.M.
 - agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.270. – Accesul în compartimentul A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Pentru a limita accesul în Compartimentul A.T.I. a Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, 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. se face doar dinspre Secția chirurgie generală. În acest sens, ușa respectivă este prevăzută cu sonerie care să permită vizitatorilor să se anunțe înainte să primească autorizația să intre în Compartimentul A.T.I.
- c) În situația nefuncționării sistemului de acces cu cartele precum și a soneriei de la ușa de acces, personalul din cadrul compartimentului A.T.I. are obligația de a solicita prin medical coordonator al Compartimentului A.T.I. remedierea cât mai urgentă a defecțiunilor constatate.
- d) În zona de acces a Compartimentului A.T.I. este asigurat un filtru pentru echiparea vizitatorilor/aparținătorilor, inclusiv a personalului medical din alte secții. Funcționarea respectivului filtru și asigurarea acestuia cu echipament de protecție adecvat pentru vizitatori/aparținători, inclusiv pentru personalul medical din alte secții/compartimente, este în responsabilitatea asistentului coordonator al Compartimentului A.T.I.

- e) Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în compartimentul A.T.I. este condiționat de un triaj epidemiologic care se realizează de către personalul din cadrul respectivei secții prin completarea registrului privind *”Evidența triajului epidemiologic al vizitatorilor/apartinătorilor în cadrul Secției A.T.I.”* (conform indicațiilor înscrise în acesta) care se află în zona-filtru de acces al Secției A.T.I..
- f) Întreg personalul medical din compartimentul A.T.I. precum și din cadrul celorlalte secții/compartimente medicale ale Spitalului Clinic „Avram Iancu ” Oradea, are obligația de a efectua triajul epidemiologic zilnic, acesta fiind consemnat în registrele special destinate acestui scop care se completează de către asistentele șefe/coordonatoare/înlocuitorii desemnați ai acestora. Șefii/coordonatorii secțiilor/compartimentelor medicale din cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu ” Oradea, răspund de efectuarea de către asistentele șefe/coordonatoare de secție/compartiment a triajului zilnic al personalului din subordine și declararea oricărei suspiciuni de boala transmisibilă către compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.
- g) Vizitarea pacienților în compartimentul A.T.I. este permisă zilnic doar membrilor familiei, respectiv părinți, copii, surori/frați, cu condiția ca vizita să se facă individual sau cel mult două persoane. Pe timpul vizitei/prezenței în compartiment A.T.I. aparținătorii au obligația de a avea un comportament civilizat, să vorbească cu un ton scăzut și să respecte indicațiile personalului medico-sanitar din secție. Pe timpul vizitei este interzisă utilizarea telefoanelor mobile, acestea vor fi setate pe modul silențios.
- h) Prin excepție de la prevederile literei g), în cazul pacienților în stare terminală, familia are dreptul de a vizita pacientul indiferent de oră, sau poate solicita prezența permanentă lângă acesta a unui singur membru de familie, cu acordul medicului curant și a coordonatorului din compartimentul A.T.I., cu păstrarea conduitei menționată la litera g).
- i) Prin excepție de la prevederile literei g), în cazul pacienților internați care au un grad redus de mobilitate din cauza patologiei prezentate și/sau prezintă tulburări cognitive ce implică risc de agresiune și/sau autoagresiune (demențe) accesul unei persoane poate fi permanent cu acordul medicului curant și a medicului coordonator din Compartimentul A.T.I., cu păstrarea conduitei menționată la litera g).
- j) Durata vizitei pacienților în Compartimentul A.T.I. este de maxim 15 minute. La finalul intervalului orar de vizită asistenta coordonatoare/înlocuitorul desemnat al acesteia și/sau asistentul medical de tură va anunța acest fapt vizitatorilor.
- k) Programul de vizită al aparținătorilor pacienților internați în compartimentul A.T.I. se realizează de luni până vineri în intervalul orar 14:30 – 15:30 și 19:00 – 20:00, iar în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale programul de vizită se realizează între orele 11:00 – 13:00 și 18:00 – 20:00. Respectivul program orar este afișat atât pe ușa de acces în compartiment A.T.I. cât și pe site-ul spitalului, prin grija asistentei coordonatoare din Compartimentul A.T.I. și a personalului din zona administrativă.
- l) În situații excepționale (epidemii, carantină) vizitarea pacienților internați în cadrul Compartimentului A.T.I. va fi strict interzisă, aspect ce se va comunica în timp util pacienților internați în cadrul compartimentului (pentru a exista posibilitatea de

comunicare către aparținători) și prin afișare la intrarea în compartiment precum și pe site-ul spitalului.

- m) În cadrul compartimentului A.T.I., cât și pe site-ul spitalului, este afișat un număr de telefon prin care se asigură informarea familiei de către medicul curant sau medicul de gardă despre starea și evoluția pacientului. Aparținătorii vor fi informați despre acest număr de telefon la internarea sau la transferul pacientului în secția respectivă, prin grija personalului medico-sanitar din compartimentul A.T.I. care realizează efectiv transferul.

Art.271. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de admitere a accesului în Compartimentul A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acestuia sunt următorii:

- a) Număr infecții asociate asistenței medicale raportate în ultimul an calendaristic datorate neefectuării triajului epidemiologic la intrarea de acces în Compartimentul A.T.I., sa fie maxim 2% din total IAAM înregistrate pe spital, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor datorate nerespectării programului de vizite al Compartimentului A.T.I. în ultimul an calendaristic, sa fie maxim 2% din total reclamații înregistrate pe spital, în ultimul an calendaristic.

IX.60. Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română

Art. 272. –Reglementarea modalității de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de servicii medicale complete pacienților prin implicarea acestora în toate etapele de diagnostic, tratament și îngrijire;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - imposibilitatea/greutatea comunicării cu pacientul.
 - reclamații ale pacienților cauzate de neacordarea unor servicii medicale specifice patologiei.

Art. 273. –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 la nivelul Biroului Resurse Umane 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 secție/ compartiment/ birou/ serviciu din cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu ” Oradea;

- c) În timpul programului orar de dimineață, în situația în care se constată că un pacient internat sau prezentat la Camera de Gardă are nevoie de un translator, directorul medical (anunțat de oricare dintre medici), după caz (în 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 urgență are nevoie de un translator, medicul de gardă pe spital (anunțat de oricare dintre medicii din secții/ compartimente) vor solicita aprobarea directorului general 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 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 la domiciliu sau dacă beneficiază de concediu de odihnă, recuperare, 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 (informații furnizate de către medicul de gardă pe spital sau medicul curant);
 - 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 camerei 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 prin raport scris.
- g) Personalul structurii de resurse umane are obligația de a actualiza permanent ”*Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine*” existent la nivelul Camerei 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 situația în care nu există personal propriu din cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu ” Oradea, cunoscător al limbii străine în care este necesar să se realizeze

conversația cu pacientul nevorbitor de limbă română sau nivelul de cunoaștere al respectivei limbi străine este insuficient, spitalul va apela la traducători autorizați cu care are încheiate contracte de colaborare.

Art. 274. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română sunt următorii:

- a) Număr de servicii de translație asigurate de către personalul propriu al spitalului înscris pe "*Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine*", raportat la numărul total de servicii de translație asigurate pentru pacienții nevorbitori de limba română, să fie minim 35%, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de servicii de translație asigurate de către traducători autorizați, raportat la numărul total de servicii de translație asigurate pentru pacienții nevorbitori de limba română, să fie maxim 65%, în ultimul an calendaristic.
- c) Număr de reclamații ale pacienților datorate lipsei serviciilor de translație și a comunicării proaste cu cadrele medicale, să fie cel mult 1% din total reclamații înregistrate pe spital, în ultimul an calendaristic.

IX.61. Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere

Art.275. – 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.276. – La nivelul Spitalului Clinic "Avram Iancu" Oradea următorul spațiu se constituie în zonă cu risc de iradiere:

- Spațiul de dispunere al aparatului radiologic GXR-52 SD

Art.277. –Etapile procesului de curățire și/sau decontaminare a zonelor cu risc de iradiere presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Întregului personal al Laboratorului de radiologie și imagistică medicală din cadrul Spitalului Clinic "Avram Iancu" Oradea (în calitate de titular al autorizației) care își exercită parte dintre atribuțiile înscrise în fișa de post în apropierea zonelor cu risc de iradiere sau, prin natura atribuțiilor intră pentru perioade scurte în aceste zone, inclusiv pentru efectuarea curățirii și/sau decontaminării acestora, i se acordă în mod gratuit - de către spital, echipament individual de protecție la radiații care se acordă suplimentar echipamentului individual de protecție specific locului de muncă respectiv. Echipamentul individual de protecție acordat unei persoane trebuie să asigure protecția acesteia împotriva tuturor factorilor de risc care acționează asupra sa în timpul îndeplinirii sarcinii de muncă.
- b) Spitalul Clinic "Avram Iancu" Oradea, prin structura Administrativ în colaborare cu Biroul achiziții și contractări, este obligat să asigure, în afara echipamentului individual, mijloacele de protecție colectivă la radiații ionizante (ecrane de protecție

- fixe sau mobile, nișe etc.) și materialele și mijloacele necesare decontaminării suprafețelor, echipamentelor de protecție la radiații și a corpului uman.
- c) Obligațiile pe care le are Spitalul Clinic “Avram Iancu” Oradea responsabili cu securitatea radiologică și persoanele care beneficiază de echipament individual de protecție la radiații în raport cu activitatea de asigurare și utilizare a echipamentului individual de protecție la radiații, sunt cele menționate de art. 14-16 din „*Normativul de acordare și de utilizare a echipamentului individual de protecție la radiații ionizante*” aprobat prin Ordinul C.N.C.A.N. nr. 421/2004.
- d) Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere este atributul asistentelor medicale de tură și îngrijitoarelor care deservește Laboratorul clinic de radiologie și imagistică medicală, acestea având în acest sens următoarele obligații:
- Zilnic, la începutul programului/schimbarea turei, se curăță de praf aparatele radiologice și se dezinfectează cu soluție necorozivă, recomandată de fabricant;
 - Monitoarele se curăță cu soluție specială conform specificațiilor înscrise în cărțile tehnice ale aparatelor radiologice;
 - Curățirea/decontaminarea aparatelor de face după decuplarea acestora de la rețeaua electrică, ori de câte ori situația o impune (de exemplu: s-a vărsat ceva pe aparat sau pe acesta ajung produse biologice de la pacienți);
 - Zilnic sau la nevoie (în mod obligatoriu după fiecare pacient cu TBC sau alta boala infecto-contagioasă) se realizează dezinfecția spațiilor care se constituie în zone cu risc de iradiere, prin utilizarea lămpilor UV, minim 20 minute;
 - Șorturile de radioprotecție utilizate de pacienți, aparținători sau personalul laboratorului se spală cu apă și săpun și se dezinfectează cu soluții dezinfectante pentru suprafețe; acestea se mențin întinse pe umerase pentru a nu se distruge folia de Pb;
 - Detectorii digitali se spală cu lavete curate umezite în apă cu săpun și se dezinfectează cu aceeași soluție folosită pentru aparatul radiologic;
 - Zilnic, pe timpul curățeniei, se deschid geamurile pentru aerisire; se curăță și se dezinfectează tot mobilierul din cameră cu laveta îmbibată în soluție de detergent și dezinfectant. De asemenea se curăță pavimentele și se golește coșurile de gunoi. Lavetele utilizate se limpezesc după ștergerea fiecărui element de mobilier, chiuvete, oglinzi și exteriorul dispenserelor pentru săpun lichid, dezinfectant. Înainte de reumplere toate dispenserele se curăță și se clătesc cu apă fierbinte;
 - Săptămânal se curăță și se dezinfectează ușile, ferestrele, caloriferele și coșurile de materiale nesterile;
 - Întreținerea ustensilelor folosite pentru efectuarea curățării se face zilnic, după fiecare operațiune de curățare și la sfârșitul zilei de lucru; ustensilele se spală, se curăță, se dezinfectează și se usucă (în cazul în care se folosesc la materii organice întâi se realizează dezinfecția apoi curățarea);
 - În situații epidemiologice care implică prezentarea unui pacient/grup de pacienți cu suspiciune/confirmit contaminat cu o boală infecto-contagioasă de risc înalt, se aplică măsuri de dezinfecție terminală prin nebulizarea aerului cu biocid de nivel înalt.

- e) Potrivit contractelor de service încheiate de către spital, pentru fiecare dintre aparatele radiologice dispuse în spațiile care se constituie în zone cu risc de iradiere, se realizează de 1-2 ori/an întreținerea fizică (aspirare praf, verificare).
- f) Anual, prin grija șefului laboratorului de radiologie și imagistică medicală se realizează instructaje periodice ale personalul, conform planului anual de perfecționare prin cursuri și instruiți aprobat. Acestea se finalizează printr-o evaluare în urma căreia se acordă calificative. Personalul evaluat cu calificative inferioare calificativului de "Bine" va fi reinstruit în mod suplimentar.

Art.278. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Procentul reclamațiilor pacienților/apartinătorilor determinate de modul în care se realizează curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere, raportat la total reclamații înregistrate în spital în ultimul an calendaristic să fie maxim 0,1%.
- b) Numărul de teste de sanitație cu rezultat pozitiv, prelevate de către C.P.I.A.A.M. din Laboratorul de radiologie și imagistică medicală în ultimul an calendaristic să fie cel mult 1, în ultimul an calendaristic.
- c) Număr de personal reinstruit anual datorită obținerii de către acesta a unor calificative inferioare calificativului de "Bine", să fie cel mult 2% din întregul personal instruit, în ultimul an calendaristic.
- d) Numărul de EAAAM înregistrate în spital în ultimul an calendaristic, legate de procesul de curățire și/sau decontaminare a zonelor cu risc de iradiere, în raport cu total EAAAM înregistrate pe spital, să fie cel mult 0,1%.

IX.62. Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice

Art.279. – Reglementarea accesului și traficului personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice are ca principale scopuri:

- a) Identifică principalele zone cu risc infecțios din cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea și stabilește măsuri de supraveghere pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale (I.A.A.M);
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - producerea de I.A.A.M.
 - punerea în pericol a vieții pacienților.

Art.280. – La nivelul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea în următoarele spații se execută manevre/intervenții invazive:

- a) Blocul operator;
- b) Camerele de expunere a aparatului Roentgen;
- c) Cabinetul de endoscopie.

Art.281. – (1) Accesul și traficul personalului sanitar în blocul operator pe perioada desfășurării activității specifice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Accesul personalului sanitar în blocul operator se va face numai în ținuta de bloc operator, astfel cum este aceasta prevăzută la reglementarea cu titlul ”*Utilizarea echipamentului individual de protecție*” din prezentul Regulament.
- b) În zona de filtru a Blocului operator este obligatorie schimbarea ținutei de spital cu ținuta de sală.
- c) **Este interzis accesul în sălile de operații a personalului care nu face parte din echipa de intervenție, răspunzător de această chestiune fiind șefii fiecărei echipe de intervenție chirurgicală.**
- d) Accesul și traficul personalului sanitar la nivelul Blocului operator este detaliat în Regulamentul de organizare și funcționare al Blocului operator existent la nivelul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea.

(2) Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile destinate pregătirii pacientului pe perioada desfășurării activității specifice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În Laboratorul de radiologie și imagistică medicală nu se delimitează zone supravegheate: toate spațiile imediat vecine zonei controlate¹² precum și celelalte spații din laborator sunt considerate, de regulă, spații publice. Fiecare încăpere din cadrul laboratorului trebuie să fie utilizată numai conform destinației sale specifice.
- b) Prin grija personalului sanitar din cadrul laboratorului, ușile camerelor de radiologie se închid în timpul procedurilor și cu avertizarea luminoasă activă de atenționare dispuse pe acestea.
- c) În raport cu spațiile în care desfășoară activitatea în cadrul Laboratorului de radiologie și imagistică medicală, personalul medico-sanitar din cadrul acestuia va utiliza numai echipamentul individual de protecție autorizat conform prevederilor legale în vigoare, pentru care s-a emis autorizație de protecție radiologică de către Comisia Nationala pentru Controlul Activitatilor Nucleare. Echipamentul individual cu protecție cu plumb, care poate fi șorț, mănuși, guler de protecție pentru tiroidă, ochelari de protecție, etc., trebuie să respecte specificațiile tehnice ale producătorului și standardelor specifice.
- d) Accesul personalului medico-sanitar în spațiul din cadrul Laboratorului de radiologie și imagistică medicală unde se pregătește pacientul pentru manevre invazive și în spațiul unde se desfășoară efectiv manevre invazive (administrare de substanță de contrast) se va face numai în ținuta de lucru: se recomandă în acest sens echipament de spital, mănuși, mască și în caz de anticipare de producere de stropi/ picături/ jeturi cu produse biologice potențial contaminate, se impune portul ochelarilor de protecție.

¹² Zonele controlate reprezintă toate camerele în care se află montate instalații radiologice (incluzând ansamblul tubul RX - cupola și masa de comandă) și zonele din laboratorul de radiologie unde sunt utilizate instalațiile radiologice mobile.

Accesul în încăperile unde se execută manevre invazive este strict interzis în ținuta de stradă!!

- e) În camera de expunere a aparatului Roentgen, are acces pe perioada desfășurării acesteia numai personalul medico-sanitar care execută manevra respectivă. **Accesul oricărei altei persoane este strict interzis!**

(3) Accesul și traficul personalului sanitar în Cabinetul de endoscopie pe perioada desfășurării activității specifice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Prin grija medicului din cadrul Cabinetului endoscopie ușa cabinetului respectiv se închide pe timpul procedurilor specifice, fiind semnalizat luminos (bec de culoare roșie – deasupra ușii), iar pe ușă fiind afișat un anunț de interdicție a accesului în încăpere.
- b) Accesul personalului medico-sanitar în spațiul din cadrul cabinetului de endoscopie se va face numai în ținuta de lucru: se recomandă în acest sens echipament de spital, mănuși, mască și în caz de anticipare de producere de stropi/picături/jeturi cu produse biologice potențial contaminate, se impune portul ochelarilor de protecție. **Accesul în încăperile Cabinetului de endoscopie este strict interzis în ținuta de stradă!**
- c) În încăperile cabinetului de endoscopie, are acces pe perioada desfășurării acesteia numai personalul medico-sanitar care execută activitățile specifice. **Accesul oricărei altei persoane este strict interzis!**

Art.282. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de I.A.A.M. raportate pentru fiecare din spațiile în care se execută manevre invazive, sa fie maxim 5% din total IAAM inregistrate in ultimul an calendaristic.
- b) Număr de reclamații ale pacienților/apartinătorilor cu privire la accesul și traficul personalului medico sanitar în fiecare din spațiile în care se execută manevre invazive, în ultimul an calendaristic.

IX.63. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian

Art.283. – Reglementarea procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian are ca principale scopuri:

- a) Asigură aducerea la cunoștința medicilor prescriptori, în timp oportun, a informațiilor despre introducerea pe piață/în spital a unor produse antibacteriene nou apărute/neachiziționate anterior, a indicațiilor terapeutice, contraindicațiilor, precauțiilor, interacțiunilor, dozelor și a modului de administrare, precum și a reacțiilor adverse a acestora.
- b) În condițiile lipsei informațiilor în legătură cu noi produse antibacteriene, prezenta reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- apariția și răspândirea în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.)
- apariția I.A.A.M;
- agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.284. – (1) Informarea despre introducerea pe piață/în spital a unui nou produs antibacterian se poate face în următoarele situații:

- apariția unui produs antibacterian nou pe piață/în spital;
- apariția unor germeni multirezistenți la antibiotice;
- scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp (pentru a preveni apariția multirezistenței la antibiotice) și înlocuirea lor cu produse din aceeași clasă sau din clase diferite.

(2) Etapele procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cazul apariției pe piață a unui produs antibacterian nou, șeful farmaciei și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie din cadrul C.P.I.A.A.M., prezintă prospectul acestuia în cadrul Consiliului Medical care aprobă, după caz, posibilitatea introducerii acestuia în uz/achiziționarea la solicitarea medicilor curanți.
- b) La sesizarea scrisă a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariției unor germeni multirezistenți la antibiotice sau pentru scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp, se întrunește Comisia medicamentului care hotărăște introducerea, după caz, unui nou produs antibacterian sau scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp. Propunerile formulate prin procesul-verbal de ședință a Comisiei medicamentului se aprobă, după caz, în ședință ordinară sau, dacă situația o impune - în ședință extraordinară a Consiliului medical.
- c) La introducerea în spital a unui produs antibacterian nou, șeful farmaciei și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie, prezintă prospectul acestuia în cadrul raportului de gardă subliniind îndeosebi aspecte privitoare la indicațiile terapeutice, contraindicațiile, precauțiile, interacțiunile, dozele și modul de administrare, precum și potențialele reacții 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 achiziționat în cadrul spitalului, acesta va fi postat în aceeași zi pe serverul spitalului într-un folder special destinat acestui scop de către șeful farmaciei, aspect de asemenea comunicat la același raport de gardă în care a fost prezentat și prospectul.

Art.285. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian sunt următorii:

- a) Număr de produse antibacteriene noi pentru care șeful farmaciei și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie prezintă prospectul acestora în cadrul Consiliului Medical, în ultimul an calendaristic, sa fie cel puțin 2.

- b) Număr de propuneri aprobate de către Consiliul Medical, din total propuneri înaintate de către Comisia medicamentului Consiliului Medical privind introducerea, după caz, a unui nou produs antibacterian, să fie cel puțin 50%, în ultimul an calendaristic.
- c) Numărul de prezentări la raportul de gardă ale prospectelor unor produse antibacteriene nou achiziționate în raport cu numărul total de produse antibacteriene nou achiziționate în cadrul spitalului, să fie cel puțin 75%, în ultimul an calendaristic.

IX.64. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe

Art.286. - Reglementarea procesului de abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe are ca principale scopuri:

- a) Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilite modalități de lucru.
- b) Prezenta reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - apariția și răspândirea în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.)
 - producerea I.A.A.M;
 - agravarea stării de sănătate a pacienților / deces.

Art.287. – (1) Sepsisul este o disfuncție de organ amenințătoare de viață, datorată unui răspuns anormal al gazdei la infecție.

(2) Șocul septic presupune persistența hipotensiunii și necesitatea unui vasopresor pentru menținerea unei TA de 65mmHg sau mai mare și a unui serum lactat ≥ 2 mol/l, în ciuda unui volum de resuscitare adecvat.

(3) În noua definiție din 2016 a O.M.S. a așa numitului ”sepsis 3”, se elimină necesitatea prezenței sindromului răspunsului inflamator sistemic (SRIS) pentru definirea șocului septic și se schimbă în definiția ”sepsis sever”, iar ce era înainte ”sepsis sever” acum este noua definiție a ”sepsisului”.

Art.288. –Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Pentru identificarea prezenței sepsisului, medicii curanți din cadrul Spitalului vor observa următoarele semne și simptome ale acestuia, care sunt adesea nespecifice:
 - Febră, frisoane
 - Confuzie
 - Anxietate
 - Deficiență de respirație
 - Oboseală și indispoziție (adinamie)

- Grețuri și vărsături
 - Simptomele tipice ale inflamației sistemice pot fi absente în sepsisul sever, mai ales la pacientul vârstnic sau pacientului < 2 ani
 - Palpitații/Precardialgii
 - Paliditate
 - Somnolente marcate
- b) În acest sens, medicii curanți vor localiza semnele și simptomele referitoare la sistemele de organ, deoarece acestea pot furniza informații folosite 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, limfadenopatie cervicală sau submandibulară, varsături la sugarul mic și nou-născut, plafonarea privirii, privire în „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, varsături incoercibile și febra, absența tranzit.
 - 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 Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea este necesar să aibă în vedere că semnele distinctive ale sepsisului sever și șocului septic sunt schimbările care apar la nivel microvascular și la nivel celular și pot să nu fie clar manifestate în semnele vitale sau la examinarea clinică. Acest proces include activarea difuză a cascadelor inflamației și coagulării, vasodilatație și maldistribuție vasculară, linkage endotelial capilar și utilizarea disfuncțională a oxigenului și nutrienților la nivel celular.
- d) Pentru determinarea existenței sepsisului medicii curanți din cadrul Spitalului observă prezența a minim două sau mai multe dintre următoarele criterii (criterii qSOFA):
- Pacientul este în ICU/terapie intensivă
 - Alterarea statusului mintal, pe baza scorului Glasgow
 - Rata respiratorie ≥ 22 respirații/minut
 - Presiunea arterială sistolică ≤ 100 mmHg
- e) Calculul qSOFA utilizat de către medicii curanți din cadrul Spitalului se realizează astfel:
- Este pacientul în ICU ODa ONu
 - Alterarea statusului mintal ODa ONu

- Rata respiratorie (_____) 0 la 60
 - Presiunea arterială sistolică (_____) 0 la 300
- f) Pentru determinarea existenței șocului septic, medicii curanți din cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea vor efectua monitorizarea cardiacă a presiunii sanguine noninvazive și pulsoximetria și vor solicita, după caz, următoarele teste de laborator:
- Hemoleucograma completă
 - Coagulograma: PT, INR, aPTT, fibrinogen
 - Biochimia: Na, Cl, Mg, Ca, fosfat, glicemia, lactat
 - Teste renale și hepatice: uree, creatinina, bilirubina, fosfataza alcalina, ALAT, ASAT, albumina, lipaza, proteie totale.
 - Imunograma serică
 - Proteina C reactivă cantitativă
 - Procalcitonina serică
 - Hemocultura
 - Examen de urină și urocultura
 - Culturi din secreții și țesuturi
 - Imagistica: Rx toracic, abdomen sau extremități; Ultrasonografie abdominală; CT abdominal sau cap; RMN
- g) Managementul pacienților aflați în șoc septic presupune desfășurarea de către medicii curanți din cadrul spitalului a următorului algoritm:
- i. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe se realizează la nivelul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea în echipă formată de medicul curant, împreună cu medicul epidemiolog și medicul specialist de medicină de laborator. 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.

- În TI post-operator dominant este calea de administrare i.v.(mai ales în contextul disfuncției intestinale asociate sepsii) 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 verbală = 3
- La stimul dureros = 2
- Nu deschide = 1

Răspuns verbal:

- Orientat = 5
- Confuz = 4
- Cuvinte nepotrivite = 3
- Sunete incompreensibile = 2
- Nu răspunde = 1

Răspuns motor:

- La comandă = 6
- Localizează stimulul dureros = 5
- Flexie necoordonată = 4
- Decorticare = 3
- Decerebrare = 2
- Areactiv = 1

Interpretarea GCS:

- GCS: 8 – coma gradul I
 - GCS: 7-6 – coma gradul II
 - GCS: 5-4 – coma gradul III
 - GCS: 3 – coma gradul IV (depășită)
- iii. Tratamentul inițial include suportul funcției respiratorii și suportul funcției circulatorii, suplimentare de oxigen, ventilație mecanică (în prezent dacă pacientul necesită ventilație mecanică continuă prelungită se va transfera în structurile TI de rang superior) și infuzie de volum. Echipa multidisciplinară formată la solicitarea medicului curant va urmări atingerea în cadrul tratamentului pacienților cu șoc septic a următoarelor scopuri majore:
- Resuscitarea pacientului cu măsuri suportive pentru corectarea hipoxiei, hipotensiunii și hipoperfuziei.
 - Menținerea adecvată a funcției sistemelor de organ ghidată de monitorizarea cardiovasculară și întreruperea progresiei către MODS.
 - Identificarea sursei infecției și tratarea cu terapie antimicrobiană, chirurgicală sau ambele (controlul sursei).
 - Începerea antibioterapiei cât mai precoce posibil

- iv. Funcție de cazuistică, echipa multidisciplinară va propune medicului curant adoptarea următorului tratament medicamentos:
- Cristaloide izotone: ser fiziologic, ringer lactat
 -
 - Agoniști α și β adrenergici: norepinefrina, dopamina, dobutamina, epinefrina, vasopressina
 - Volum expanderi: albumina sau după caz soluții coloidale: Gelofuzin.
 - Antibiotice: Piperacilina/Tazobactam, Imipenem/Cilastatin, Meropenem, Clindamicina, Metronidazol, Ceftriaxona, Moxifloxacină, Levofloxacină, Cefepime, Vancomicina, Linezolid, Cefotaximă, Cefuroximă, Amikacina, Gentamicina,.
 - 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: *Staphylococcus aureus* meticilino rezistent (MRSA), specii de *Pseudomonas*, ESBL (organism Gram negativ cu activitate betalactamază cu spectru extins).
- vi. Antibioterapia empirică se aplică de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare conform ghidurilor atât în cazul infecției cu unul cât și cu mai mulți agenți patogeni în prima oră de la recunoașterea șocului septic sau a sepsisului. În garda, decizia de instituire a tratamentului antibiotic în caz de sepsis aparține medicului curant urmând a fi discutat cazul în primele 24 ore, în echipa multidisciplinară. Agentul antibiotic trebuie să acopere spectrul microbian și să prezinte putere de penetrare la nivelul sursei septică. Reevaluarea antibioterapiei se face zilnic în cadrul echipei multidisciplinare, pentru o potențială descădere. Durata este de 7-10 zile cu prelungirea perioadei la neutropenici și în prezența unui răspuns clinic redus. Se folosește procalcitonina sau alt risc-marker (CRP) pentru a ușura decizia de întrerupere a antibioterapiei, coroborat cu îmbunătățirea clinică și dispariția semnelor clinice de infecție. Combinațiile de antibiotice se recomandă în cazul infecțiilor cu microorganisme multirezistente (*Pseudomonas*, MRSA, ESBL), infecții severe asociate cu insuficiență respiratorie și șoc septic, șoc septic și bacteriemie în pneumonii. După 3-5 zile se trece la monoterapie antibiotică sau se modifică în funcție de antibiogramă.
- vii. Membrii echipei multidisciplinare este necesar să aibă în vedere că terapia cu spectru larg este esențială, acoperirea îngustă va fi ulterioară, când rezultatele la antibiograma sunt disponibile. Așteptarea până când vin rezultatele la culturi este absolut greșită. Doar 30% dintre pacienții cu șoc septic au culturi pozitive. La aproximativ 25% din pacienții presupuși în șoc septic, rămân culturi negative, din toate regiunile recoltate, dar mortalitatea este similară cu cei cu culturi pozitive. Întreruperea promptă a antibioterapiei se face de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare, dacă se dovedește că statusul pacientului este de cauză neinfecțioasă.

- viii. Tratatamentul chirurgical se adoptă de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare la pacienții cu infecții localizate care trebuie trimiși pentru tratament chirurgical definitiv, după resuscitarea inițială și administrarea de antibiotice. Amânarea procedurilor invazive, cel puțin 24h, poate fi posibilă dacă pacientul primește monitorizare clinică foarte strânsă și antibioterapie corespunzătoare. Când este posibil drenaj percutan al abceselor sau a altor colecții fluide, bine localizate, este de preferat drenajul chirurgical. Oricum orice abces profund sau suspiciune de fascită necrozantă, trebuie drenate în blocul operator.
- ix. Suportul respirator constă în suplimentare de oxigen la toți pacienții suspecți de sepsis. Intubația trebuie considerată precoce la toți pacienții cu semne de disfuncție respiratorie acută formă medie confirmată de valorile gazometrice obținute prin ASTRUP arterial, dispnee sau tahipnee, hipotermie persistentă, evidența unei proaste perfuzii tisulare.
- x. Suportul circulator constă în perfuzarea a 30ml/kgc (102l) soluție cristaloïdă în 30-60 minute. Presiunea venoasă centrală (CVP) trebuie să fie cuprinsă în intervalul de 8-12 mm Hg. Dacă $CVP \geq 12$ mm Hg, sau apar semne de încărcare de volum (dispnee, ralori pulmonare, semne edem pulmonar pe Rx pulmonar) atunci încărcarea cu fluide trebuie oprită. Se monitorizează diametrul venei cave inferioare sau diferența inspir-expir a diametrului venei cave inferioare (o diferență de 50% arată un $PVC \leq 8$ mm Hg) greu de apreciat în absența unui ecograf performant mobil. Când cantitatea de cristaloïd pentru resuscitare este semnificativă, se indică administrarea de Albumina 4%.
- xi. Corectarea anemiei și a coagulopatiei - dacă nivelul hemoglobinei este mai mic de 7g/dl este bine tolerat de pacient, transfuzia nu este necesară decât în cazul unei rezerve cardiace slabe și se evidențiază semne de ischemie miocardică. Targetul nivelului de hemoglobină este de minim 9-10g/dl. Trombocitopenia și coagulopatiei este specifică pacientului cu sepsis. Se administrează masa trombocitară sau PPC dacă apar semne de sângerare activă. Se administrează masa trombocitară la un nivel ≤ 20.000 trombocite/ml. În caz de intervenție chirurgicală, nivelul trombocitelor trebuie să fie $\geq 50 \times 10^9/l$. PCC este indicată doar în caz de sângerare activă. Agenți antitrombolizina III nu sunt indicați în șoc septic și sepsis sever.
- xii. Controlul temperaturii prin scăderea febrei se poate face prin termoliză fizică – gheață, sau cu droguri: paracetamol, metamizol, AINS.
- xiii. Suportul nutrițional și metabolic determină corectarea anomaliilor electrolitice ale: Na, K, Mg, Ca, 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 prokinetice. Se practică imunonutriția cu Smof Kabiven, suplimentarea cu Albumina în caz de hipoproteinemie severă (proteinemie $< 6g/dl$) sau albuminemie $< 3-3,5g/dl$.
- xiv. Terapia vasopresoare se aplică dacă resuscitarea fluidă nu determină menținerea TA sistolică $> 90mmHg$ sau tensiunea arterială medie este $< 65mmHg$. Este

indicată Noradrenalina în 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 și aritmii. Dopamina se utilizează în situații înalte specifice: prezența bradicardiei coexistente; risc redus de tahiaritmie; șocul rece în care extremitățile sunt reci datorită vasoconstricției periferice generată de scăderea debitului cardiac. Doza este de 5-10 µg/kgc/minut până la 20 µg/kgc/minut. Low-dose nu este recomandată pentru protecția renală. Linia a II de vasopresor este Epinefrina care crește MAP la pacientul neresponsiv la alte vasopresoare, în principal datorită efectului inotrop potent pe cord. Ca efect advers este ischemia miocardică, splahnica, tahiaritmii și creșterea lactatului sistemic.

- xv. În terapia inotropă Dobutamina este indicată dacă există evidența hipoperfuziei tisulare, după ce parametrii PVC, MAP și hematocrit sunt optimizați.
- xvi. Pentru realizarea controlului glicemic se recomandă menținerea glicemiei < 180 mg/dl.
- xvii. Profilaxia tromboembolia venoasă profundă (DTV) se face cu heparină fracționată administrată subcutan.
- xviii. Medicul curant este responsabil de monitorizarea antibioterapiei astfel:
- xix. Schimbarea/ menținerea terapiei - se impune o evaluare de către medicul curant a antibioterapiei după 48-72 ore, în funcție de rezultatul antibiogrammei sau evoluție clinică; laboratorul va anunța de urgență telefonic medicul curant privind situațiile particulare de natură existenței de tulpini bacteriene patogene/ multirezistente.
 - Durata tratamentului – va fi stabilit în funcție de criteriul farmacologic și evoluția clinică a pacientului
 - Doza, ritm, cale de administrare – vor fi menționate în F.O.C.G. și vor fi stabilite în funcție de criteriul farmacologic
 - Stoparea terapiei- va fi stabilită de către medicul curant după consultarea cu echipa multidisciplinară.

Art.289. - 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, să nu depășească 10%.
- b) Procentul pacienților la care s-au administrat antibiotice pe baza antibiogrammei, raportat la total pacienți tratați cu antibiotice, în ultimul an calendaristic, să fie cel puțin 70%.
- c) Ponderea infecțiilor asociate asistenței medicale, raportat la număr total de pacienți internați, în ultimul an calendaristic, să fie cel mult 10%.

IX.65. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal

Art.290. - Reglementarea procesului de verificare a stării de portaj pentru personal la nivelul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea 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) Entrului 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.291. –Etapile 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 Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea este în atribuția medicului de medicina muncii din cadrul Centrului Medical de Diagnostic si Tratament Ambulatoriu Oradea(CMDTA) și 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*¹³. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului și doar la următoarele categorii de personal:
 - **Pentru personalul sanitar superior și mediu se verifică:**
 - AgHBs
 - Ac anti HCV
 - Ac anti HIV 1,2
 - **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
 - ii. Examenul medical periodic se face în conformitate cu metodologia prevăzută în H.G. nr. 335/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor cu modificările și
- b) Depistarea portajului la examenul medical periodic a personalului din cadrul spitalului este în atribuția medicului de medicina muncii și se desfășoară astfel:

¹³ Denumită în continuare HG 335/2007

completările ulterioare. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului la următoarele categorii de personal:

○ **Pentru infirmiere se verifică:**

- Examen coproparazitologic anual
- Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III

○ **Pentru angajații în blocul alimentar se verifică:**

- Examen coproparazitologic anual
- Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III

○ **Pentru angajații din spălătorie se verifică:**

- Examen coproparazitologic anual
- Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III

c) În situațiile de expunere accidentală la sânge și la alte produse biologice a personalului care lucrează în sistemul sanitar 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 care deserveste spitalul urmărește seroconversia pentru HIV și/sau VHB și/sau VHC la persoana expusă, pe baza testelor efectuate imediat după expunere și la 6 luni de la data expunerii în cadrul Laboratorului de analize medicale sau, în cazul în care este posibil în cadrul laboratorului propriu, prin determinarea viremiei HIV/VHC la 1 lună, cu respectarea confidențialității, conform legislației în vigoare. La nivelul Spitalului medicul de medicina muncii asigură evidența cazurilor expuse accidental la produse biologice.

d) În situațiile izbucnirii unor focare epidemice cu transmitere a microbilor pe cale aeriană se verifică portajul de germeni patogeni în căile respiratorii superioare prin efectuarea în cadrul Laboratorului de analize medicale din spital, la recomandarea epidemiologului în colaborare cu medicul infecționist a:

- Examen bacteriologic/micologic al secreției nazale
- Examen bacteriologic/micologic al secreției faringiene

e) Anual, de regulă în trimestrul IV, coordonatorul C.P.I.A.A.M. în colaborare cu medicul de medicina muncii, prezintă în Consiliul medical un program de vaccinare anti-hepatită și antigripal pentru angajații spitalului. După avizarea acestuia de către Consiliul medical, programul de vaccinare anti-hepatită și antigripal pentru angajații spitalului se supune aprobării Comitetului director/directorului general 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/compartimente 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 responsabili, indicatorii și resursele necesare îndeplinirii acestuia, fiind aprobat în acest sens și de Comitetul director/directorul general 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 Spitalului, 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.292. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a stării de portaj pentru personal sunt următorii:

- a) Numărul de portaje descoperite la examenul medical periodic, din totalul examenelor efectuate în ultimul an calendaristic sa nu depaseasca 1%.
- b) Numarul de portaje luate în evidență de către medicul de medicina muncii, raportat la numărul de portaje apărute postexpunere accidentală la sânge și la alte produse biologice, sa fie cel puțin 95% în ultimul an calendaristic.
- 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, în ultimul an calendaristic, sa fie cel mult 3/luna/unitate.

IX.66. Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic

Art.293. –Reglementarea accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic are ca principale scopuri:

- a) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - producerea de I.A.A.M.;
 - producerea de E.A.A.A.M.

Art.294. – (1) Etapele procesului de limitare a accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În situațiile cu risc epidemiologic sau în cazul izbucnirii unor episoade epidemice, C.P.I.A.A.M. întreprinde măsuri și activități pentru evitarea riscurilor identificate, stabilește din punct de vedere tehnic conduita în rezolvarea situației epidemice și propune restricționarea, pe o perioadă determinată, a accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital sau în anumite secții/compartimente.
- b) Conduita în rezolvarea situației epidemice este propusă de către C.P.I.A.A.M. în ședință extraordinară a Consiliului medical organizată de către directorul medical.

c) În cadrul ședinței extraordinare a Consiliului medical menționată la litera b), coordonatorul C.P.I.A.A.M. poate propune luarea la nivelul spitalului/secțiilor/compartimentelor a uneia sau mai multora dintre următoarele măsuri:

- limitarea accesului vizitatorilor în spital: 1 vizitator/pacient, timp de maxim 15 minute, context în care se vor pune afișe la intrarea în spital și în fiecare secție/compartiment. La propunerea medicului coordonator din compartimentul A.T.I. se poate interzice accesul vizitatorilor în respectiva secție;
- restrângerea programului de vizită în spital/secții/compartimente. Programul orar va fi afișat atât pe ușa de acces din spital/secții/compartimente cât și pe site-ul spitalului, prin grija asistentelor șefe/coordonatoare, respectiv prin grija personalului Compartimentului informatică;
- interzicerea accesului vizitatorilor/apartinătorilor în situații epidemiologice speciale, determinate de boli infecto-contagioase cu risc înal (COVID-19, febră hemeroagică, antrax, Ebola, etc);
- purtarea obligatorie a echipamentului de protecție de unică folosință de către vizitatori (halat, măști, botoșei), iar pentru personal echipamentul de protecție specific. Echipamentul de protecție se va ridica din zona de filtru care se găsește la intrarea în fiecare secție/compartiment;
- afișarea de către asistenta șefă/coordonatoare la intrarea în spital și în fiecare secție/compartiment a regulilor care trebuie respectate de către pacienți/vizitatori/apartinători astfel cum au fost acestea stabilite în ședință a Consiliului medical, la propunerea C.P.I.A.A.M.;
- respectarea de către întreg personalul a Precauțiunilor Universale, în vederea prevenirii transmiterii infecțiilor și a apariției de focare nosocomiale;
- asigurarea cu cantități suficiente (sau suplimentare) de săpun, antiseptice și dezinfectante pentru o igienă riguroasă a mâinilor și a mediului de spital;
- efectuarea de către asistentul medical șef/coordonator a unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului fiecărei secții medicale în vederea prevenirii transmiterii agenților infecțioși, cu scoaterea temporară din colectivitate atunci când situația o impune. În acest sens C.P.I.A.A.M. va verifica Registrele de triaj epidemiologic al personalului în secțiile medicale;
- efectuarea unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului blocului alimentar în vederea prevenirii transmiterii agenților infecțioși, cu scoaterea temporară din colectivitate atunci când situația o impune. Responsabilitatea efectuării triajului revine zilnic, în zilele lucrătoare, personalului C.P.I.A.A.M., iar în zilele nelucrătoare sau de sărbători, această activitate se execută de către medicul de gardă. Responsabilitatea verificării Registrului de triaj epidemiologic al personalului din blocul alimentar revine personalului C.P.I.A.A.M.;
- efectuarea de către asistentul medical șef/personalul nominalizat de către medicul coordonator din compartiment A.T.I. a unui triaj epidemiologic riguros al vizitatorilor la intrarea în C- ATI, care se va consemna într-un registru special destinat acestui scop, în care se vor înscrie persoanele cărora li se interzice accesul în respectiva secție și motivul interzicerii accesului. Responsabilitatea verificării

Registrului de triaj epidemiologic al aparținătorilor/vizitatorilor în A.T.I. revine personalului C.P.I.A.A.M.

(2) În situații cu risc epidemiologic C.P.I.A.A.M. instruește medicii și asistentele șefe/coordonatoare cu privire la regulile instituite, aprobate în ședință a Consiliului medical. Asistentele șefe/coordonatoare au la rândul lor obligația de a instrui personalul din subordine, pe bază de proces-verbal de instruire.

Art.295. -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de limitare a accesului vizitatorilor/aparținătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic sunt următorii:

- a) Intervalul de timp necesar C.P.I.A.A.M. de a identifica situațiile cu risc epidemiologic sau izbucnirea unor episoade epidemice și de a propune măsuri în consecință, să nu depășească 24 de ore;
- b) Numărul de angajați scoși temporar din colectivitate atunci când situația o impune, în situații cu risc epidemiologic sau la izbucnirea unor episoade epidemice, în ultimul an calendaristic.
- c) Numărul de vizitatori/aparținători cărora li se interzice accesul în Secția A.T.I. ca urmare a triajului epidemiologic efectuat, raportat la numărul de vizitatori supuși triajului, în ultimul an calendaristic.
- d) Numărul de cazuri de îmbolnăviri produse în rândul personalului spitalului sau a pacienților ca urmare a lipsei/neluării de măsuri corespunzătoare situațiilor cu risc epidemiologic sau în urma izbucnirii unor episoade epidemice în cadrul spitalului, să fie maxim 2, în ultimul an calendaristic

IX.67. Modalități de identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente

Art.296. - Reglementarea procesului de identificare a medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente are ca principale scopuri:

- a) Descrierea modului în care personalul acționează pentru returnarea, retragerea sau blocarea produselor cu suspiciuni de a fi contrafăcute;
- b) Eliminarea din circuit a produselor care au neconformități sau blocarea produselor asupra cărora există suspiciuni privind calitatea;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - administrarea unor medicamente contrafăcute;
 - agravarea stării de sănătate a pacientului / decesul.

Art.297. –Etapile procesului de identificare a medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) monitorizarea permanentă de către farmacistul șef a informărilor A.N.M.D.M.;

- b) facultativ, cu ocazia recepției produselor în farmacie și obligatoriu înainte de a fi eliberate pentru pacienții internați, asistenții de farmacie au obligația să verifice, prin scanare sau manual, loturile de medicamente pe care le au în gestiune, utilizând interfața SNVM WEB GUI pusă la dispoziție de către spital;
- c) în cazul suspiciunii ca medicamentele să fie contrafăcute, asistenții de farmacie au obligația de a anunța farmacistul șef, care contactează distribuitorul în legătură cu suspiciunea identificată; În cazul în care suspiciunea se confirmă, solicită returnarea produselor, în scris, telefonic și/sau electronic;
- d) medicii prescriptori prin medicii șefi de secție, în urma utilizării medicamentelor la pacienții internați, au obligația de a anunța farmacistul șef dacă au suspiciuni în privința autenticității medicamentelor utilizate;
- e) produsele în cauză se retrag de către personalul farmaciei de la medicii prescriptori și se depozitează în zona de carantină, special amenajată în depozitul farmaciei;
- f) farmacistul șef blochează distribuția respectivului medicament pe secții, sesizează și transmite distribuitorului (după caz, A.N.M.D.M.), orice semnalare a neconformităților sesizate la medicamentele din circuitul farmaciei;
- g) dacă suspiciunea se confirmă, produsele sunt predate reprezentantului distribuitorului pe bază de proces-verbal (semnat de farmacistul șef) și/sau factură de retur, care se înscriu în registrul de returnări-retrageri; farmacistul șef înregistrează procesul-verbal în registrul de returnări-retrageri și îndosariază respectivul document;
- h) farmacistul șef urmărește, pe baza registrului de returnări-retrageri, intrarea în gestiune a facturii fiscale de retur a produselor returnate și/sau retrase.

Art.298. - 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 interiorul spitalului, în raport cu numărul de medicamente contrafăcute cuprinse în informări ale A.N.M.D.M., sa fie cel puțin 99%, în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de medicamente contrafăcute scoase din circuit, în raport cu numărul de sesizări primite/efectuate, sa fie cel puțin 99%, în ultimul an calendaristic;
- c) Numărul de medicamente contrafăcute returnate distribuitorilor, în raport cu numărul acestor medicamente scoase din circuit de către farmacie, sa fie cel puțin 99%, în ultimul an calendaristic.

IX.68. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor, stupefiantelor si psihotropelor) neutilizate pe secții/compartimente

Art.299. - (1) Reglementarea modului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții/compartimente are ca principale scopuri:

- a) Monitorizarea managementului medicamentelor (inclusiv a antibioticelor, stupefiantelor si psihotropelor) în spital;

- b) Retragera stupefiantelor si psihotropelor neutilizate în vederea reintroducerii acestora în circuitul farmaciei;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o expirarea unor medicamente (stupefianta si psihotropa);
 - o utilizarea de medicamente (stupefianta si psihotropa) expirate.

(2) Un management corect al medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) presupune: aprovizionarea, depozitarea, prescrierea, eliberarea, administrarea în condiții de siguranță și dacă este cazul recuperarea medicamentelor (stupefianta si psihotropa)neutilizate pe secții. În urma acestei activități se respectă înregistrarea corectă a datelor necesare asigurării transabilității medicamentelor returnate.

Art.300. -In SCAI Oradea, se returneaza in Farmacia unitatii doar stupefiantele si psihotropele si medicamentele contrafacute,(utilizandu-se formularul din Anexa nr. 10), restul medicamentelor neutilizate(inclusiv antibioticele) fiind returnate la aparatele de urgenta din sectiile/compartimentele cu paturi.

Etapele procesului de recuperare a medicamentelor neutilizate pe secții/compartimente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) medicamentele (inclusiv unitățile de antibiotice) neutilizate care sunt în termen de valabilitate pe secții/compartimente sunt transferate în aparatul secției/compartimentului;
- b) medicamentele (inclusiv unitatile antibiotice) neutilizate care nu sunt în termen de valabilitate (expirate) se selectează și se elimină ca deșeuri infecțioase de la nivelul secției/compartimentului, (inclusiv deșeurile de medicamente psihotropa si stupefianta administrate partial, flacoane care nu se mai pot utiliza si fiole sparte);
- c) medicamentele stupefianta si psihotropa ramase neutilizate sau, după caz, cele din trusele de urgenta sau aparatele secțiilor/compartimentelor care au termen de valabilitate de cel puțin 6 luni pana la expirare, se returnează la farmacie;
- d) toate transferurile de medicamente din secții/compartimente în farmacie/aparatele de urgenta se opereaza în programul Info World, iar farmacistul sef va monitoriza cantitatile returnate (inclusiv antibiotice), în baza listarii returului efectuat de fiecare secție/compartiment, listat si comunicat Farmaciei.
- e) pentru o monitorizare corectă a medicamentelor(în special a antibioticelor), farmacistul șef efectuează următoarele activități:
 - exprimă consumul de antibiotice pe secții și pe spital, cantitativ și valoric, precum și în DDD¹⁴;
 - informează lunar, în cadrul Consiliului medical, medicii prescriptorii din structurile medicale și Laboratorul analize medicale cu privire la modificările disponibilității antibioticelor;

¹⁴ **Defined Daily Dose** – este conform Organizației Mondiale a *Managementul urgențelor Sănătății* (OMS) doza medie de întreținere estimată pe zi pentru un medicament utilizat pentru indicații în principal la adulți. DDD este o măsură statistică a consumului de substanță activă definită de OMS. Aceasta este utilizată pentru a standardiza compararea consumului de substanță activă între medicamente diferite sau între diferite medii de îngrijire a sănătății.

- informează lunar Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice, 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 antibiogramelor/antifungigramei;
 - informează lunar Consiliul Medical privind stocurile de antibiotice, stocurile de medicamente cu mișcare lentă și medicamentele care expiră în următoarele 6 luni;
- f) Personalul medical poate accesa zilnic existența medicamentelor în stocul farmaciei, conform precizărilor informării lunare efectuată de farmacistul șef cu privire la modificările disponibilității medicamentelor/antibioticelor la nivelul Spitalului.

Art.301. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor, stupefiantelor și psihotropelor) neutilizate pe secții sau compartimente sunt următorii:

- a) Numărul de procese-verbale întocmite corect, (cu toate cantitățile ce se returnează înscrise și în FOCG) pentru returnarea stupefiantelor și psihotropelor de pe secții/compartimente în farmacie, raportat la numărul de procese-verbale întocmite, să fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic;
- b) Gradul de completare a datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor, psihotropelor și stupefiantelor), raportat la numărul de FOCG auditate, să fie cel puțin 80%, în ultimul an calendaristic.

IX.69. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a stupefiantelor, psihotropelor și unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate

Art.302. – 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:

- c) Monitorizarea managementului medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în spital;
- d) Evitarea riscurilor privind erorile ce se pot face la managementul medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în spital (aprovizionare, recepție, depozitare, eliberare, administrare, returnare);
- e) Eliminarea / 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 condițiilor de prescripție;
 - erori la eliberarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în regim de urgență;

- erori/întârzieri la recuperarea medicamentelor (stupefiante si antibiotice) neutilizate pe secții.

Art.303.– (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).
- b) Comenzile se vor face numai la furnizorii care îndeplinesc condițiile legale de funcționare, aspect verificat de către farmacistul șef.

În aplicarea reglementării, se desfășoară următoarele activități:

- urmărirea stocurilor în scopul optimizării aprovizionării (se realizează de către farmacist si asistenții de farmacie);
 - comenzile pentru medicamente se vor efectua de către compartimentul achiziții, pe baza Referatului de necesitate întocmit și semnat de farmacistul șef, contabilul șef, directorul economico-financiar, directorul medical și aprobat de directorul general.
 - controlul realizării comenzilor în timp util, se realizează de către farmacistul șef;
- c) Depozitarea va fi organizată în cadrul farmaciei de către farmacistul șef. În acest sens, depozitarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) va respecta condițiile de depozitare impuse de producător (temperatură, grad de luminozitate, umiditate), însă pentru creșterea siguranței se va evita depozitarea în apropiere a medicamentelor cu etichete sau denumiri asemănătoare, în vederea prevenirii eliberării/administrării greșite și pentru facilitarea unei identificări corecte a medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice).
 - d) Prescrierea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) se realizează pe condicile de prescripții medicale electronice, parafate de medicii curanți la sfârșitul lunii.
 - e) 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.
 - f) Eliberarea condicilor se face de către farmacie, în urma validării 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.
 - g) Modalități de eliberare:
 - eliberarea nominală: plecând de la prescrierea medicală, medicamentele sunt pregătite individual, pentru fiecare pacient.
 - Pentru evitarea riscului de identificare incorectă a pacientului, „fluturașul”(decupajul pe care apare numele pacientului, F.O, denumirea medicamentelor, cantitatea ceruta si eliberată și prețul) se capsează pe punga în care se pregătesc medicamentele;
 - eliberarea globalizată: plecând de la un ansamblu de prescrieri pe condici, suma medicamentelor necesare se eliberează globalizat, într-un singur ambalaj, pentru medicamente 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 observații.

Secțiile au obligația de a trimite, în timp util, condicile de prescripții medicale în format electronic, pentru a asigura respectarea ritmului de administrare al antibioticelor din partea farmaciei și, de asemenea, după preluarea condicilor electronice de către personalul din farmacie, au obligația de a ridica condica în maxim 20 minute după preluarea condicii de personalul farmaciei, pentru a evita riscul neadministrării la timp a antibioticelor.

Protocol privind eliberarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor):

1. primirea condicii de prescripții medicale:

- verificarea antetului condicii de prescripții medicale, numele medicului prescriptor;
- verificarea valabilității condicii (data);
- identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare, a duratei de prescriere a condicii;
- identificarea pacienților pentru care au fost prescrise medicamentele;

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;
- depistarea eventualelor erori de prescriere.

3. pregătirea medicamentelor pentru eliberare:

- medicamentele sunt aduse pe masa de eliberare din oficiu;
- se verifică integritatea ambalajelor și termenul de valabilitate pe durata utilizării;
- în cazul în care medicamentelor (și în special al antibioticelor) care nu se eliberează în ambalajul original, reambalarea acestora se face în ambalaje de bună calitate, pe care se inscripționează: foaia de observație, numele pacientului, denumirea medicamentului, cantitatea eliberată, 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, iar pe secție/compartiment ajung medicamentele în pungi pe care se capsează „fluturașul” care conține : numele pacientului, F.O, denumirea medicamentelor, cantitatea, valoarea și pretul.

h) Administrarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) - Administrarea în condiții de siguranță pleacă de la premisa că cel care administrează posedă cunoștințe temeinice despre antibioticul în cauză, a verificat indicația medicului, cunoaște posibilele incompatibilități și a identificat corect pacientul.

Măsuri de prevenire a erorilor:

- verificarea indicației: doza, calea de administrare, orar de administrare;

- este obligatorie tripla verificare înainte de administrare: la deschiderea fiolei sau a flaconului perfuzabil, la încărcarea seringii sau la punerea trusei de perfuzie, la aruncarea fiolei sparte sau a flaconului;
- verificarea termenului de valabilitate al antibioticului;
- identificarea corectă a pacientului;
- dozarea corectă a medicamentului (inclusiv a antibioticului);
- verificarea periodică a funcționalității liniei de administrare în cazul administrării prin perfuzie sau pe injectomat;
- asigurarea unui mediu de lucru cu lumină adecvată, lipsit de factori perturbatori: zgomot, distragerea atenției, întreruperi etc.

În situația unei erori de administrare, se anunță imediat medicul. Este momentul în care se poate interveni pentru minimizarea efectelor dăunătoare pentru pacient, iar gestul de recunoaștere nu presupune sancționarea celui în cauză. Analiza ulterioară a circumstanțelor va servi ca model pentru evitarea incidentului pe viitor.

i) Returnarea medicamentelor (stupefiante și psihotrope) în farmacie – se desfășoară conform reglementărilor cap. IX.68 din prezentul Regulament.

(2) La nivelul spitalului sunt definite și comunicate medicilor curanți ”*Lista cu antibiotice de rezervă/cu regim special*”, „*Lista cu antibiotice pentru antibiopprofilaxie*” și ”*Lista antibioticelor disponibile*”, în funcție de antibioticorezistența analizată periodic prin grija unui grup de lucru format din: directorul medical, șeful laboratorului analize medicale, coordonatorul C.P.I.A.A.M. și farmacistul șef.

(3) Responsabilitățile personalului spitalului care privesc asigurarea trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) sunt următoarele:

a) medic șef secție/coordonator: verifică respectarea regulilor de bună practică, asigură instruirea periodică a personalului în privința administrării în siguranță a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) și returnarea celor neutilizate la Aparatul de urgență al secției (cu excepția psihotropelor și stupefiantelor).

b) medic prescriptor: indică în FOCG tratamentul specificând în clar: medicamentul, doza, concentrația, orarul de administrare.

c) asistentul medical: scrie condica electronică, preia de la farmacie medicația, administrează medicația, aplică metodele de prevenire a erorilor de administrare și returnează în farmacie psihotropelor și stupefiantelor neutilizate, restul medicației neutilizate, urmând a fi transferată la Aparatul de urgență al secției/compartimentului cu paturi.

d) farmacistul șef: verifică respectarea regulilor de bună practică în farmacie și întocmește 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 și returnarea acestora, pentru fiecare secție și compartiment;
- consumul de antibiotice pe medic;

e) asistenții de farmacie: depozitează, eliberează medicația, respectă regulile de bună practică.

Art.304. - 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 corect, (cu toate cantitățile ce se returnează înscrise și în FOCG) pentru returnarea stupefiantelor și psihotropelor de pe secții/compartimente în farmacie, raportat la numărul de procese-verbale întocmite, să fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic;
- b) Gradul de completare a datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor, psihotropelor și stupefiantelor), raportat la numărul de FOCG auditate, să fie cel puțin 80%, în ultimul an calendaristic.

IX.70. Reglementări cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile

Art.305. – 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) Eliminarea / tratarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - apariția unor reacții adverse la asocierea medicamentelor incompatibile;
 - agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.306. – (1) Etapele procesului de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Verificarea condiției de către șeful de secție și respingerea medicamentelor incompatibile se va realiza de către acesta cu respectarea prevederilor din reglementarea *cap. IX.41 Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor*” din prezentul Regulament.
- b) Primirea condiției de prescripții medicale de către personalul farmaciei, ocazie cu care se desfășoară următoarele activități:
 - verificarea antetului secției/compartimentului care solicită eliberarea medicației, verificarea parafei medicului prescriptor;
 - verificarea valabilității condiției (data);
 - identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare, duratei de prescriere a condiției;
 - identificarea pacienților (nume și prenume) pentru care au fost prescrise medicamentele.
- c) Analiza terapiei medicamentoase prescrise presupune:
 - identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;
 - verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
 - evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;

- depistarea eventualelor erori de prescriere.
- d) Respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile presupune ca, în urma analizei terapiei medicamentoase, efectuate de către farmacistul șef / farmacist, 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, informația se validează și se listează pe suport de hârtie;
- (2) Informațiile privind incompatibilitățile în soluții, injectabile sau perfuzabile și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse, sunt disponibile permanent pentru personalul medical, în farmacie existând prospectele pentru fiecare medicament din stocul unității, fiind totodată disponibilă pentru întreg personalul medical și agenda medicală în format electronic, în zona comună, în directorul Agenda medicală/Biblioteca electronică.
- (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 reglementării privind respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile în farmacie revine în exclusivitate personalului specializat și posesor al dreptului de liberă practică.

Art.307. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile sunt următorii:

- a) Numărul de medicamente incompatibile respinse de farmacia spitalului, raportate la număr total FOCG în spitalizare continuă, să fie cel mult 0,1%, în ultimul an calendaristic;
- b) Numărul de EAAAM cu consecințe clinice cauzate de prescrierea de medicamente incompatibile, raportat la total număr FOCG în spitalizare continuă, să fie cel mult 0,1%, în ultimul an calendaristic;
- c) Numărul de medici instruiți cu privire la identificarea incompatibilităților din număr total medici care își desfășoară activitatea în secțiile/compartimentele cu paturi, să fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.
- d) Numărul de reclamații ale pacienților cu privire la efectele nedorite ale prescrierii și tratamentului cu medicamente incompatibile, să fie cel mult 1% din total reclamații înregistrate, în ultimul an calendaristic.

IX.71. Modul de atenționare a șefilor/coordonatorilor de secție/compartiment referitor la medicația cu mișcare încetinită

Art.308. - Reglementarea procesului de atenționare a șefilor de secție referitor la medicația cu mișcare încetinită are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea responsabilităților și modului în care se gestionează medicația cu mișcare încetinită;

b) Asigurarea respectării drepturilor pacienților internați privind furnizarea unor produse și servicii farmaceutice de calitate;

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

- apariția de blocaje în aprovizionare și întârziere în achiziționarea de medicamente;
- expirarea unor cantități de medicamente;
- furnizarea de produse neconforme din punct de vedere calitativ;
- lipsa unor medicamente din stocul farmaciei.

Art.309. – (1) Activitatea de atenționare a șefilor de secții/compartimente referitor la medicația cu mișcare încetinită presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Farmacistul șef este informat lunar în scris(și ori de câte ori este nevoie), de către asistenții de farmacie (gestionari) în legătură cu medicația cu mișcare încetinită aflată în gestiune;
- b) Ulterior, farmacistul șef informează la raportul de gardă precum și în Consiliul medical, precum și pe grupul de whatsapp, într-un interval de 5 zile lucrătoare de la momentul în care ia cunoștință despre existența unor medicamente cu mișcare încetinită, care sunt medicii șefi/coordonatori de secții/compartimente care au solicitat produsele respective și nu le-au consumat în cantitățile solicitate prin referatele de necesitate, în vederea rezolvării cât mai rapide a situațiilor respective. Aceste anunțuri se vor repeta periodic, până la epuizarea medicamentelor cu mișcare încetinită, astfel încât să nu se ajungă la situația expirării acestora;
- c) Periodic, de regulă lunar, farmacistul șef informează șefii de secții/medicii prescriptori cu privire la existența medicamentelor cu mișcare încetinită ce urmează a expira în următoarele 6 luni, în vederea prescrierii acestora;
- d) Anual, pe baza datelor existente la nivelul farmaciei, farmacistul șef întocmește un raport de analiză privind modul de atenționare a șefilor de secții/compartimente referitor la medicația cu mișcare încetinită, aprobat de directorul general unității, pe care îl prezintă în Consiliul medical.

(2) Farmacistul șef este responsabil pentru:

- a) Reglementarea modalității de atenționare a șefilor de secții/compartimente referitor la medicația cu mișcare încetinită;
- b) Coordonarea, verificarea și evaluarea întregii activități de eliberare a medicamentelor.

(3) Farmacistul și asistenții de farmacie sunt responsabili pentru activitatea de informare lunară a farmacistului șef cu privire la medicația cu mișcare încetinită și monitorizarea termenelor de valabilitate.

Art.310. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de atenționare a șefilor de secții referitor la medicația cu mișcare încetinită sunt următorii:

- a) Procentul valoric al medicamentelor expirate să fie cel mult 1% din valoarea stocului mediu al medicamentelor aflate în gestiunea farmaciei, în ultimul an calendaristic;

- b) Lista medicamentelor cu miscare incetinita sa cuprinda cel mult 30 de medicamente, raportat la numarul total de medicamente aflate in gestiunea farmaciei, in ultimul an calendaristic.

IX.72. Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice

Art.311. - Reglementarea procesului de monitorizare a produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice are ca principale scopuri:

- a) Urmărirea produselor utilizate în studii clinice;
- b) Delimitarea acestora și evidențierea distinctă;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - lipsa acurateții studiilor clinice determinată de nemonitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în acestea;
 - existența unor neconcordanțe între stocul scriptic și faptic;
 - eliberarea, din eroare, a altui/altor produs/e.

Art.312. – (1) Etapele procesului de monitorizare a produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Depozitarea – prin grija personalului farmaciei produsele care participă la studiul clinic se păstrează în depozitul farmaciei, într-o zonă special amenajată și inscripționată corespunzător, pentru a nu se confunda cu medicația/materialele sanitare din alte gestiuni ale spitalului;
- b) De asemenea, se creează în programul informatic o gestiune specială denumită “Studii clinice”, pentru gestionarea separată a acestora;
- c) Primirea condicii de prescripții medicale constă în:
 - verificarea antetului secției solicitante, a parafei medicului coordonator studii clice;
 - verificarea valabilității condicii (data);
 - identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare și duratei de prescriere a condicii;
 - identificarea pacienților pentru care au fost prescrise medicamentele/materialele sanitare care sunt utilizate în studiul clinic;
- d) Analiza terapiei medicamentoase prescrise presupune:
 - identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;
 - verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
 - evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;
 - depistarea eventualelor erori de prescriere.

- e) Respingerea prescrierii medicamentelor care nu participa la studiul clinic - în urma analizei terapiei medicamentoase efectuate de către farmacistul șef, dacă se constată prescrierea de medicamente care nu participă la studiul clinic, se ia legătura cu medicul coordonator al studiului clinic și, de comun acord, se elimină din condica de prescripții medicale produsele respective.
- (2) Anual, pe baza datelor existente la nivelul farmaciei, farmacistul șef întocmește un raport de analiză privind modul în care au fost utilizate produsele farmaceutice și materialele sanitare destinate studiilor clinice, aprobat de directorul general spitalului, pe care îl prezintă în Consiliul medical.
- (3) Farmacistul șef este responsabil pentru:
- monitorizarea produselor utilizate în studii clinice care se află în gestiunea farmaciei, pentru a evita riscul expirării acestora;
 - monitorizarea activității de eliberare a medicamentelor/materialelor sanitare utilizate în studii clinice, de comunicarea cu medicul coordonator al studiului clinic privind toate aspectele legate de disponibilitatea stocului în farmacie, de terapia medicamentoasă (acțiune farmacologică, farmacocinetică, efecte adverse, efecte secundare, interacțiuni medicamentoase).
- (4) Asistenții de farmacie sunt responsabili pentru activitatea de eliberare a medicamentelor/materialelor sanitare utilizate pentru studiul clinic.
- Art.313.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de monitorizare a produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice sunt următorii:
- a) Numar de studii clinice cu medicatie pastrata in farmacia spitalului, din total studii clinice derulate in spital, sa fie cel putin 90%, in ultimul an calendaristic.
 - b) Numar medicamentelor respinse in cursul derularii studiilor clinice care nu au legatura cu obiectul studiului clinic(din eroare), sa fie cel mult 1%, raportat la numarul total al medicamentelor prescrise in cadrul studiilor clinice, in ultimul an calendaristic.

IX.73. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților

Art.314. – Reglementarea procesului de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților are ca principale scopuri:

- a) Păstrarea bunurilor de valoare aparținând pacienților internați în spital în condiții optime de siguranță;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - pierderea/deteriorarea valorilor și efectelor personale ale pacienților;
 - părăsirea spitalului fără aprobare.

Art.315. - Etapele procesului de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- c) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, acesta are posibilitatea de a preda spre păstrare bunurile de valoare, odată cu predarea efectelor personale. Predarea bunurilor de valoare de către pacient se face către persoana desemnată ca și garderobier, nominalizată în acest sens anual prin decizie a directorului general.
- d) Predarea / preluarea bunurilor de valoare se realizează pe bază de semnături în „Registrul de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților” aflat în cadrul garderobei spitalului.
- e) În cazul în care la spital este adus un pacient în stare de inconștiență/ebrietate/ cu deficiențe psiho-comportamentale/ cu status mental alterat sau sub influența drogurilor, care nu este însoțit de către un aparținător, predarea bunurilor de valoare și a efectelor personale ale acestuia (în cazul lipsei unui aparținător legal) se face de către personalul ambulanței care a adus pacientul către personalul din serviciul de gardă al spitalului. Respectivul proces-verbal va conține: data prezentării pacientului în spital, datele pașaportale ale pacientului, descrierea stării de conștiență a pacientului, descrierea detaliată a fiecăruia dintre bunurile de valoare avute asupra sa de către pacient și semnăturile persoanelor care predau / preiau bunurile de valoare ale pacientului. Ulterior, predarea bunurilor de valoare ale respectivului pacient către persoana responsabilă din cadrul în cadrul garderobei, se face de către personalul din serviciul de la Camera de Gardă a spitalului care a preluat pacientul prezentat în urgență pe baza respectivului proces-verbal care se predă către garderobier și prin completarea „Registrului de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților” în care se vor face mențiuni privind procesul-verbal în discuție.
- f) Bunurile de valoare sunt descrise în amănunt, în rubrica dedicată din respectivul registru, se semnează de predare/ primire și sunt depuse în caseta / seif de valori aflată în garderobă, într-un plic pe care se menționează numele bolnavului și secția în care urmează să fie internat acesta.
- g) Păstrarea cheilor casetei/ seifului de valori este în responsabilitatea garderobierului. Pe perioadele de absență ale acesteia, cheile sunt predate înlocuitorului nominalizat prin decizie a directorului general, pe bază de proces-verbal simplu, menționat în registrul sus-amintit.
- h) La externare, bunurile sunt predate pacientului; dacă acesta este în imposibilitate, bunurile se predau sub semnătură, aparținătorului legal, identificat pe baza documentelor personale și consemnat apoi în Registru.
- i) În cazul în care pacientul este transferat la alt spital, bunurile de valoare ale pacientului (în cazul lipsei unui aparținător) se predau echipajului ambulanței pe bază de semnătură și datele din actul de identitate al celui care semnează.

Art.316. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de preluare / predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților sunt următorii:

- a) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor în legătură cu lipsa sau deteriorarea bunurilor de valoare predate la internare pe baza înscrisurilor din „Registrul de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților” în raport cu numărul de pacienți care au predat astfel de bunuri, să fie cel mult 0,5% , în ultimul an calendaristic.

- b) Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor care sesizează faptul că nu li s-a adus la cunoștință la internare faptul că există posibilitatea predării bunurilor de valoare spre păstrare în raport cu numărul de pacienți internați în spital, sa fie cel mult 0,5%, în ultimul an calendaristic.
- c) Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor care sesizează faptul că la internare li s-a refuzat dreptul de a preda bunurile de valoare spre păstrare în raport cu numărul de pacienți internați , sa fie cel mult 0,5% ,în spital în ultimul an calendaristic.

IX.74. Controlul calității hranei

Art.317. - 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 Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea;
- 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 toxiiinfecții alimentare;
 - agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.318. - Etapele procesului de control al calității hranei preparate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Controlul calității hranei se face zilnic la fiecare masă prin degustarea felurilor de mâncare, cu minim 30 de minute înainte de distribuirea pe secții/compartimente, de către reponsabilii nominalizați, astfel:
 - bucătarul care a preparat mâncarea;
 - bucătarul șef/coordonator;
 - responsabilul cu dieta și nutriția;
 - medicul de gardă pe spital.
- b) În afară de persoanele menționate mai sus are dreptul să guste din hrana gata preparată directorul general al Spitalului și personalul care organizează, îndrumă și controlează hrănirea în unitate, după cum urmează:
 - directorul economico-administrativ;
 - șef Serviciu Logistică.
- 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 în frigiderul de la nivelul Blocului Alimentar
- d) Verificarea calității 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 și 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:
- Președinte: directorul economic-administrativ
- Membri: - șef Serviciu Logistică
- bucătarul care a preparat mâncarea;
 - bucătarul șef/coordonator;
 - responsabilul cu dieta și nutriția;
 - medicul de gardă pe spital,

care sistează distribuirea felurilor de hrană neconforme din cadrul meniului pe secții/compartimente și dispune într-o primă etapă pregătirea unui meniu în regim de urgență compus, după caz, astfel:

- meniu cald: felul 1: supă de legume cu melcișori
felul 2: cartofi natur cu rasol de pui sau cartofi natur cu brânză de vaci proaspătă
 - meniu rece: ou fiert, biscuiți, iaurt, pate de ficat de pui, brânză topită;
- f) Ulterior comisia mai sus-nominalizată identifică cauzele care au condus la neasigurarea cantitativă și / sau calitativă a felului / felurilor de hrană și întocmește un proces-verbal de constatare prin care propune directorului general spitalului măsuri, după caz.

Art.318. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de control al calității hranei preparate sunt următorii:

- a) Numărul de toxiinfecții alimentare înregistrate la pacienții internați să fie cel mult 0,05%, în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de reclamații ale pacienților care au ca subiect cantitatea și calitatea hranei servite, să fie cel mult 0,5 % raportat la total pacienți internați, în ultimul an calendaristic;
- 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, să fie cel puțin 90% în ultimul an calendaristic.

IX.75. Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș

Art.319. - 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 Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea cu responsabilități în înlăturarea gheții / zăpezii din curte precum și a zăpezii și gheții de pe acoperiș;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - accidente / pierderea de vieți;
 - imposibilitatea accesului / accesul greu în spital;
 - întreruperea furnizării energiei electrice;
 - blocarea evacuării.

Art.320. - Etapele procesului de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cazul ninsorilor abundente produse în timpul programului, directorul general adjunct economico-administrativ anunța coordonatorul compartimentului A.P.I., care împreună cu personalul din formațiune ia măsuri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, în funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă / gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului. Activitățile se vor desfășura sub directă coordonare a directorului general adjunct economico-administrativ.
- b) În afara orelor de program sau pe timpul weekend-ului / sărbătorilor legale în cazul ninsorilor abundente, medicul de gardă pe spital anunță directorul general al spitalului. Directorul general al Spitalului dispune în sarcina directorului adjunct economico-administrativ să mobilizeze lucratorii din cadrul compartimentului API pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, în funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă / gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului. Activitățile se vor desfășura sub directă coordonare a directorului administrativ.
- c) Indiferent de momentul în care se constată formarea de țurțuri mari de gheață pe streșinile acoperișului spitalului, directorul general adjunct economico-administrativ, din proprie inițiativă sau la solicitarea directorului general, va anunța prin fax echipa de intervenție din cadrul I.S.U.Bihor în vederea asigurării suportului tehnic necesar înlăturării acestora.
- d) Până la sosirea echipei de intervenție din cadrul I.S.U. Bihor, directorul general adjunct economico-administrativ din proprie inițiativă, va coordona activitatea personalului din cadrul compartimentului API 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. Bihor, directorul general adjunct economico-

administrativ va coordona formațiunea de lucru și întreținere clădiri în vederea curățării spațiilor în care au căzut respectivii țurțuri.

Art.321. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de înlăturare a gheții / zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș sunt următorii:

- a) Număr de situații în ultimul an calendaristic în care a fost solicitat sprijinul personalului formațiunii de lucru și întreținere clădiri în vederea înlăturării gheții/zăpezii din curte și eliberarea căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș, sa fie cel puțin 2, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de accidente cauzate de căderea pe gheață/zapada a pacienților, aparținătorilor, propriilor angajați sau a pietonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului, sa fie cel mult 0,1% din total pacienti internati in lunile de iarna(6 luni), in ultimul an calendaristic.
- c) Număr de accidente cauzate persoanelor care se deplasează atât în interiorul cât și în exteriorul spitalului determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișul spitalului, sa fie cel mult 0,1%, din total pacienti internati in lunile de iarna(6 luni),in ultimul an calendaristic.
- d) Valoarea pagubelor materiale cauzate autovehiculelor care staționează sau se deplasează în curtea interioară a spitalului, determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișul spitalului, sa fie maxim 2.000 lei, în ultimul an calendaristic.

IX.76. Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale

Art.322. – Reglementarea procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea condițiilor de securitate și sănătate în muncă și prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale determinate de utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - accidente de muncă;
 - boli profesionale;
 - producerea de pagube materiale;
 - întreruperea
 - ului la energie;
 - întreruperea accesului la energie.

Art.323. – (1) În cadrul spitalului există următoarele locuri de muncă în care există substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc de explozie:

- ATI,
- Bloc operator,
- Sterilizare,
- Laborator radiologie și imagistică medicală,
- Laborator radiologie și imagistică medicală
- Stație oxigen,

(2) În cadrul spitalului există următoarele locuri de muncă în care există substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc radioactive:

- Laborator radiologie și imagistică medicală

Art.324. – (1) Etapele procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Deservirea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv este executată de personalul care este încadrat în cadrul cabinetelor sau locurilor de muncă specifice, respectându-se normele de securitate a muncii generale precum și cele specifice Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea.
- b) În caz de situații excepționale/de urgență, precum și în cazul în care se constată o scurgere la unul din echipamentele și recipientele cu risc de explozie, personalul care deservește echipamentul sau recipientul respectiv întrerupe activitatea și alimentarea respectivului echipament, întrerupând în același timp alimentarea cu energie electrică. După efectuarea acestor activități anunță imediat personalul autorizat pentru repararea sau ridicarea lui de la locul de muncă.
- c) În cazul echipamentelor cu risc radioactiv acestea se vor ridica de la locul lor în urma măsurătorilor și verificărilor efectuate de personalul autorizat în acest domeniu, la sesizarea responsabililor cu radio-protecția nominalizați prin decizie.
- d) Depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv se face în conformitate cu reglementările în vigoare în spații special destinate, construite și amenajate în conformitate cu legislația în vigoare, suprateran, în încăperi independente, neetajate sau în aer liber (construcție semideschisă de tip șopron îngrădit executat din materiale necombustibile, care protejează recipientii împotriva razelor solare, intemperiilor și/sau intervenției persoanelor străine). În cazul depozitării în încăperi, ușile trebuie să se deschidă spre exterior, iar geamurile să fie mate sau vopsite în alb. Recipientele vor fi depozitate cu capacul de la racordul robinetului și capacul de pretecție înșurubate. Depozitarea recipientelor în locuri umede sau în mediu cu acțiune corozivă asupra materialului din care este construit este interzisă. de asemenea este interzis a se depozita recipientele în spații liber accesibile, pe scări, holuri, ganguri sau camere cu circulație de persoane.
- e) Directorul general al Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea organizează, conduce, controlează și răspunde pentru activitatea de apărare împotriva incendiilor la clădirile, spațiile și instalațiile tehnologice pe care le dețin cu orice titlu și are obligațiile instituite prin normele în vigoare incidente pe linia apărării împotriva incendiilor.

- f) Responsabilul cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor se subordonează directorului general spitalului și are obligațiile instituite prin normele în vigoare incidente pe linia apărării împotriva incendiilor.
- g) La nivelul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea este nominalizat prin decizie un responsabil cu atribuții pe linia utilizării, manipulării și depozitării substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, care are următoarele obligații în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive:
- ia măsuri de înlăturare imediată a stărilor de pericol și a cauzelor cu risc de explozie constatate și raportează operativ directorului general al spitalului situațiile respective;
 - interzice folosirea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie, precum și a celor cu risc radioactiv ce ar putea provoca accidente de muncă.
 - verifică cu regularitate, respectarea de către personalul spitalului a normelor de securitate a muncii.
- h) Recipientele pot fi utilizate numai pentru acel gaz pentru care au fost construite și verificate și a cărei denumire este înscrisă pe recipient. Întreg personalul spitalului care execută activități de utilizare, manipulare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive este obligat:
- să utilizeze substanțele, echipamentele și recipientele cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv potrivit instrucțiunilor tehnice și a normelor proprii de securitate a muncii și apărare împotriva incendiilor la locul de muncă;
 - să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la echipamentele și recipientele cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv;
 - în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, nu va mai utiliza respectivele substanțe și materiale și va opri alimentarea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive.
- i) Întreg personalul spitalului care execută activități de utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie este obligat:
- să utilizeze substanțele periculoase, instalațiile, utilajele, mașinile, aparatura și echipamentele potrivit instrucțiunilor tehnice și a normelor proprii de apărare împotriva incendiilor specifice locului de muncă;
 - în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, nu va mai utiliza respectivele substanțe și materiale și va opri alimentarea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive;
 - să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la sistemele și instalațiile de apărare împotriva incendiilor.

(2) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, instruirea personalului care execută activități de utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie se va realiza după caz, de către responsabilul SSM și/sau conducătorului locului de muncă, prin următoarele instructaje:

a) Instructajul specific la locul de muncă în cadrul căruia se vor prezenta :

- caracteristicile fizico-chimice ale substanțelor, materialelor și produselor utilizate la locul de muncă ;
- condițiile ce determină sau favorizează producerea accidentelor și cauzele potențiale de incendiu specifice locului de muncă ;
- descrierea, funcționarea, monitorizarea și modul de intervenție la instalațiile și sistemele de siguranță ale mașinilor și utilajelor de la locurile de muncă
- concepția de intervenție la producerea unei situații de urgență
- sarcini specifice de intervenție în situația apariției unui incendiu.

b) Instructajul special pentru lucrări periculoase se execută înaintea de începerea unor lucrări în timpul cărora pot apărea situații generatoare de incendiu din cauza manifestării unor surse specifice de aprindere. Lucrările care fac obiectul acestui instructaj, se referă în principal la:

- executarea unor operațiuni de manevră ori de comandă a unor instalații sau utilaje tehnologice de importanță ori intervenția asupra acestora;
- lucrări de reparații sau întreținere, distrugere nor deșeuri sau reziduuri periculoase pentru viața oamenilor sau a mediului;
- prelevarea de probe din recipiente sau instalații care conțin substanțe periculoase;
- lucrări de sudare;
- lucrări de tăiere sau lipire cu flacăra;
- lucrări care pot provoca scântei mecanice;
- lucrări care pot provoca scântei și arcuri electrice;
- lucrări la care se utilizează foc deschis;
- depozitarea, manipularea și transportul de substanțe/ materiale periculoase;
- curățarea interioară a unor vase, recipiente sau sisteme de evacuare în care au fost stocate, prelucrate ori vehiculate produse combustibile.

Art.325. – În situații excepționale - dezastre naturale, incendiu, căderi de obiecte cosmice, acțiuni teroriste (atac cibernetic, luare de ostatici, amenințare cu bombă), acțiuni de dezordine publică, atac armat asupra obiectivului, sau alte situații neprevăzute / nereglementate, dacă:

a) substanțele, materialele, echipamentele și recipientii cu risc de explozie și radioactive, nu sunt afectate/implicate:

- se informează factorii decidenți despre situația apărută;
- personalul își continuă activitatea normal, conform specificațiilor de la articolele anterioare;
- se solicită acțiunea personalului de intervenție și se adoptă măsuri suplimentare de asigurare a securității personalului, activităților specifice, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie;

b) substanțele, materialele, echipamentele și recipientii cu risc de explozie și radioactive, sunt afectate/implicate, precum și în situații în care personalul de deservire și/sau cu responsabilități este afectat sau este în imposibilitate de a-și îndeplini atribuțiile:

- la ordinul și conform precizărilor directorului general (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.326. -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, sa nu depaseasca 0,1%, raportat la la total angajati, 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, sa nu depaseasca 0,1% raportat la total angajati, în ultimul an calendaristic;
- c) numărul de instruiți privind gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, sa fie cel puțin 1/an, raportat la numarul total de instruiți efectuate, în ultimul an calendaristic.

IX.77. Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia

Art.327. –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.328. –Etapile 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:

- c) La nivelul spitalului în baza deciziei Comitetului director, a fost stabilită ca locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru materialele și echipamentele de resortul cazarmare - spațiul situat în pavilionul nr. 01 spital la demisol și în Pavilionul nr. 01 Spital la parter în incinta farmaciei spitalului, locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru medicamente și materiale sanitare.
- d) În baza aceleiași decizii a Comitetului director menționată la lit. a) a fost aprobată ”Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități”. Modificarea și/sau completarea acesteia se face cu aprobarea Comitetului director, la propunerea directorului administrativ și a farmacistului șef.
- e) Responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu materiale de resortul cazarmare a depozitului pentru calamități situat în pavilionul 01 (camera nr. 1) este atribuită șefului compartimentului API, iar responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu medicamente și materiale sanitare în cadrul a depozitului pentru calamități situat în farmacia spitalului este atribuită șefului farmaciei.
- f) 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.
- g) În cazul în care se constată că în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului există medicamente sau materiale sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, asistentul de farmacie nominalizat va informa pe șeful farmaciei despre acest lucru, acesta din urmă va lua măsuri pentru preschimbarea lor, dacă există în stoc, sau va întocmi documentele necesare în vederea achiziționării lor.
- h) Medicamente și/sau materialele sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, care au fost preschimbate din depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului vor fi introduse spre consum în cadrul structurilor medicale din cadrul spitalului prin grija șefului farmaciei.

Art.329. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia sunt următorii:

- a) Asigurarea permanentă în cadrul depozitului de calamități a cel puțin 95% din produsele înscrise în ”Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități” aprobată de către Comitetul director, în ultimul an calendaristic.
- b) Rularea în procent de minim 99% a materialelor perisabile din cadrul depozitului de calamități, astfel încât în acesta să se regăsească doar produse în termen de valabilitate, în ultimul an calendaristic.

IX.78. Modul de realizare al meniurilor zilnice

Art.330. –Reglementarea modalității de realizare al meniurilor zilnice are ca principale scopuri:

- a)Dispune măsurile necesare pentru ca alimentația pacienților să fie stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei fiecăruia dintre aceștia;
- b)Dispune măsurile necesare pentru ca alimentația pacienților să fie adaptate în concordanță cu convingerile proprii sau exprimate de către fiecare dintre aceștia;
- c)Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - hrană necorespunzătoare pe categorii de patologii, afiliere religioasă, spirituală sau personală ale pacienților;
 - apariția/menținerea unor afecțiuni.

Art.331. –Etapale modalității de realizare al meniurilor zilnice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Dieta zilnică recomandată pacienților și factorii alergeni alimentari sunt consemnați în F.O.C.G. de către medicii curanți.
- b) Dieta zilnică recomandată pacienților de către medicii curanți va ține cont de patologia și alergiile pacienților precizate în F.O.C.G.
- c) La solicitarea expresă a pacientului adresată medicilor curanți vor fi asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacienți, în măsura în care acestea nu contravin patologiei și alergiilor pacienților precizate în F.O.C.G.
- d) *„Situția zilnică a bolnavilor, evidența și alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor din ziua de”* realizată de asistentele șefe/coordonatoare în baza înscrisurilor din F.O.C.G. este transmisă zilnic la Compartimentul Evaluare și Statistică Medicală până la ora 11,00.
- e) Asistentul medical dietetician/responsabilul nominalizat cu dieta și nutriția întocmește meniurile zilnice pe zile calendaristice a meselor ce urmează a fi servite (dimineața, prânz, seara) raportat la *„Situția zilnică a...”* menționate la lit. d) întocmită de către asistentele șefe/coordonatoare din secții/compartimente cu paturi.
- f) Asistentul medical dietetician/responsabilul nominalizat cu dieta și nutriția din cadrul Compartimentului Intendență. întocmește planul meniu zilnic și îl prezintă directorului medical spre aprobare.Pentru zilele de sarbatori legale si week-end se întocmeste un plan de meniu pentru 3 zile.
- g) În baza Planului meniu aprobat, responsabilul din structura administrativă împreună cu șeful de depozit alimente întocmesc documentele justificative pentru distribuție și scădere din depozit a alimentelor.

Art.332. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de realizare al meniurilor zilnice sunt următorii:

- a) Numărul de diete preparate pentru pacienții cu alergii alimentare sa fie cel puțin 99% din numărul dietelor de acest tip consemnate în *„Situția zilnică a bolnavilor, evidența și alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor din ziua de ...”*, în ultimul an calendaristic.

- b) Numărul de diete zilnice speciale pentru culte religioase consemnate în „Situația zilnică a bolnavilor, evidența și alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor din ziua de” solicitate de pacienții cu convingeri religioase, să fie preparate în proporție de minim 99% în bucatăria spitalului, în ultimul an calendaristic.
- c) Numărul de meniuri consemnate în „Situația zilnică a bolnavilor, evidența și alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor din ziua de” solicitate pentru pacienții cu convingeri proprii exprimate (dieta vegetariană/post) să fie preparate în proporție de 99% în bucatăria spitalului, în ultimul an calendaristic.
- d) Număr de reclamații privind modul de realizare a meniurilor zilnice, să fie cel mult 0,1% raportat la numărul pacienților externati, în ultimul an calendaristic.
- e)

IX.79. Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă

Art.333. – (1) Reglementarea procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea responsabilităților privind întocmirea, avizarea și aprobarea și transmiterea documentelor aferente acestei activități.
- b) Eliminarea / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - producerea de daune asupra personalului și / sau instituției.

Art.334. – (1) În conformitate cu reglementările în vigoare accidentul de muncă este vătămarea violentă a organismului, precum și intoxicația acută profesională, care au loc în timpul procesului de muncă sau în îndeplinirea îndatoririlor de serviciu și care provoacă incapacitate temporară de muncă de cel puțin 3 zile calendaristice, invaliditate ori deces. Accidentul de muncă poate fi:

- a) accidentul care produce incapacitate temporară de muncă – accidentul care determină întreruperea activității persoanei respective pe o durată de cel puțin 3 zile calendaristice consecutive, confirmată prin certificat/scutire medicală/ă;
- b) accidentul de muncă care produce invaliditate – accidentul care determină pierderea totală sau parțială a capacității de muncă, confirmată prin decizie de încadrare într-un grad de invaliditate, emisă de organele medicale în drept;
- c) accidentul de muncă mortal – accidentul ce presupune decesul accidentatului imediat sau după un interval de timp, dacă acesta este confirmat, în baza unui act medico-legal, ca fiind urmare a accidentului suferit;
- d) accidentul de muncă colectiv – accidentul care a determinat accidentarea a cel puțin 3 persoane în același timp și din aceleași cauze.

(2) Etapele procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Fiecare dintre membrii personalului Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, are obligația să aducă la cunoștința conducătorului locului de muncă și/sau angajatorului accidente suferite de propria persoană.
- b) Responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă încadrat la nivelul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea are obligația să țină evidența accidentelor de muncă ce au ca

urmare o incapacitate de muncă mai mare de 3 zile de lucru, a accidentelor ușoare, a bolilor profesionale, a incidentelor periculoase, precum și a accidentelor de muncă, astfel cum sunt definite la art. 5 lit. g) din Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă , cu modificările și completările ulterioare.

- c) Cercetarea, înregistrarea și evidența accidentelor de muncă și a bolilor profesionale produse în Spitalul Clinic „Avram Iancu ” Oradea, se efectuează la nivelul acestuia prin aplicarea prevederilor art. 50 alin. (2) din Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă , cu modificările și completările ulterioare.
- d) Directorul general al Spitalului este obligat să informeze organul de urmărire penală competent, imediat ce a luat la cunoștință de producerea accidentului de muncă (atunci când se presupune că motivele producerii accidentului de muncă sunt ca urmare a săvârșirii unei fapte penale), luând măsuri după caz pentru conservarea probelor, și interzicerea accesului oricăror persoane la locul faptei, înainte de sosirea organului de cercetare la locul penală sau a procurorului, cu excepția celor care acordă primul ajutor victimelor sau iau alte măsuri ce nu suportă amânare.
- e) În conformitate cu reglementările în vigoare accidentele de muncă se cercetează de o comisie stabilită prin decizie de directorul general spitalului. Din comisia de cercetare face parte personalul cu responsabilități în domeniul în care s-a săvârșit accidentul. La cercetarea accidentului nu pot participa persoanele implicate în producerea acestuia. Pe timpul cercetării, dacă situația impune, comisia solicită sprijinul organelor de cercetare penală, iar pentru investigațiile de strictă specialitate structurilor abilitate Ministerului Afacerilor Interne.
- f) Concluziile comisiei de cercetare se prezintă directorului general al spitalului și sunt cuprinse în procesul-verbal de cercetare al accidentului de muncă, document în baza căruia se realizează înregistrarea respectivului accident de muncă la nivelul spitalului de către responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă.
- g) În cazul în care directorul general al Spitalului este implicat în săvârșirea unui accident, comisia de cercetare este numită de către forul tutelar al spitalului.
- h) La producerea unui accident de muncă șeful secției medicale/medicul din linia de gardă pe spital consemnează principalele date despre accident în registrul de predare-primire a serviciului înscriind în principal următoarele: ora săvârșirii accidentului, împrejurările în care s-a produs, personalul implicat în accident, urmările accidentului, primele măsuri luate, ora la care directorul general spitalului a luat la cunoștință despre producerea accidentului, măsurile dispuse de către directorul general spitalului, ora la care parchetul de pe lângă instanța competentă a fost informat cu privire la producerea accidentului, potrivit legislației în vigoare.
Șeful secției medicale/medicul din linia de gardă pe spital va anunța de îndată directorul general cu privire la producerea unui accident de muncă.

Art.335. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă sunt următorii:

- a) Număr de accidente de muncă înregistrate de responsabilul cu protecția muncii să fie cel puțin 95% din numărul accidentelor de muncă declarate de personalul spitalului, în ultimul an calendaristic.

- b) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost întocmit proces-verbal de cercetare în termenul legal, sa fie cel puțin 99% din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în ultimul an calendaristic.
- c) Numarul accidentelor de munca cercetate de comisia pentru cercetarea accidentelor de munca, sa fie cel puțin 99% din numarul total al accidentelor de munca înregistrate în unitate în ultimul an calendaristic.

IX.80. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului

Art.336.—Reglementarea procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Se asigură respectarea legislației incidente în vigoare cu privire la securitatea datelor.
- b) Clarificarea aspectelor privin colectarea, gestiunea și fluxul informațiilor la nivelul spitalului;
- c) Asigurarea datelor/informațiilor necesare factorilor decizionali pentru cunoașterea temeinică a stadiului și calității îndeplinirii obiectivelor ce revin spitalului, precum și a acelor date necesare pentru luarea deciziilor și implementarea măsurilor ordonate.
- d) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - înregistrarea, stocarea, transmiterea greșită a datelor.

Art.337.— (1) Gestionarea datelor și informațiilor medicale/nemedicale cuprinde operațiunile de centralizare, administrare, protejare și asigurare a back-up-ului datelor, atât a celor cu caracter general cât și a celor cu caracter confidențial sau clasificate.

(2) Sistemul de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului se constituie din trei elemente:

- a) Fluxul informațional - reprezintă circulația stabilă a unei cantități de date / informații între organele structurale ale sistemului informațional al Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, independent de natura purtătorului material de informație și procedeele folosite pentru colectarea, transmiterea, prelucrarea și diseminarea lor. Conținutul fluxului informațional este format de documentele și comunicările scrise sau verbale, exprimate printr-un volum de date, acest volum fiind stabilit în mod statistic. În cadrul acestui volum se iau în considerare nu numai datele purtătoare de informații formale (cele stabilite prin regulamente și alte acte normative), ci și cele informale. Colectarea datelor se face într-un sistem unitar, planificat, atât la nivelul managementului spitalului, cât și al microstructurilor funcțional.
- b) Circuitul informațional - reprezintă drumul parcurs de diferite categorii de date/informații, din momentul generării acestora de către o anumită sursă, până la punctul de prelucrare a datelor și elaborare a deciziilor, precum și de datele/informațiile care conțin deciziile conducerii adresate organelor de execuție.
- c) Rețeaua informațională.

Art.338. — (1) Etapele procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Informarea echipei decizionale privind existența de date/informații se realizează atât pe orizontală cât și pe verticală, prin:

- i. Legătura cu omologii de la instituții cu care se colaborează, la începutul și sfârșitul săptămânii;
 - ii. Activitatea de informare în cadrul spitalului participarea la ședințele de lucru;
 - iii. Participarea la activități de control și îndrumare;
 - iv. Studiul corespondenței primite prin sistemul de corespondență scrisă sau electronică;
 - v. Studiul informărilor din mass-media și al publicațiilor de specialitate;
 - vi. Canale informaționale din surse deschise (tv, internet) ;
 - vii. Activitățile protocolare desfășurate la nivelul municipiului Oradea;
 - viii. Audiențe, cereri, reclamații, petiții și sesizări;
- b) Prelucrarea datelor /informațiilor se face în cadrul fiecărei microstructuri prin:
- i. Procesare datelor - se realizează prin prelucrarea primară și gruparea acestora pe domenii;
 - ii. Analiza datelor și informațiilor - presupune studierea acestora în scopul stabilirii gradului de autenticitate și a semnificației reale;
 - iii. Valorificarea datelor se realizează prin interpretarea acestora cu privire la domeniile de competență și responsabilitate;
 - iv. Diseminarea datelor între microstructurile spitalului - schimbul de date se face prin rețeaua de calculatoare sau prin contactarea personalului care are atribuții în legătură cu informația, în funcție de domeniu, activitate și “necesitatea de a cunoaște”. Personalul spitalului care intră în posesia unor date/informații, care nu sunt din sfera sa de competență, este obligat să informeze pe cel răspunzător de gestionarea problematicii, iar cel care le generează răspunde de aceasta până la ajungerea ei la beneficiar și întoarcerea sub forma conexiunii inverse (feed-back).
 - v. Centralizarea și evidența datelor și informațiilor - se face în cadrul fiecărei structuri prin crearea dosarelor/mapelor cu documente în conformitate cu prevederile arhivistice în vigoare. Prin centralizarea datelor, se realizează ansamblul cu privire la un domeniu sau activitate.
- c) Principalul purtător de date prin care se asigură circulația informațiilor, în cadrul spitalului, îl constituie documentul, în toate formele sale, acesta trebuind să corespundă necesităților obiective de informare, atât a factorilor de decizie cât și a celor de execuție.
- d) Raționalizarea și tipizarea documentelor reprezintă o prioritate avută în vedere de către toți șefii de microstructuri din cadrul Spitalului, care rezidă din tendința existentă, de a introduce mereu în procesul de management, noi documente care conțin adesea informații nesemnificative și redundante, concretizate în repetarea unor prevederi legislative sau a unor date curente. Tipizarea documentelor reprezintă o cale importantă de perfecționare a procesului de conducere, în acest proces urmărindu-se următoarele cerințe:

- vi. Creșterea ponderii formatului electronic al documentelor în detrimentul celor în format printat;
 - vii. Tipizarea trebuie să cuprindă documentele de bază utilizate în procesul de conducere;
 - viii. Documentele purtătoare de informații să aibă o destinație practică și o funcționalitate multiplă;
 - ix. Concentrarea maximă a datelor într-un număr cât mai redus de documente și micșorarea volumului de date înscrise în acestea, prin creșterea gradului de concizie și sintetizare;
 - x. Fiecare document tipizat trebuie să fie concretizat într-un formular cu titlu, destinatar și cod propriu de identificare;
 - xi. Datele imprimate pe formulare să fie prezentate într-o succesiune logică;
 - xii. Să se asigure minimalizarea sau eliminarea operațiilor manuale de trecere a informațiilor de pe un document pe altul în procesul de prelucrare a datelor;
 - xiii. Să conducă la micșorarea însemnată a cantității de hârtie folosită pentru elaborarea documentelor prin reducerea la maxim a numărului de exemplare;
 - xiv. Separarea conținutului informațional al documentelor în parte fixă (informație permanentă) și parte variabilă care exprimă mărimile concrete sau categorii de date specifice.
- e) Specific, datele/informațiile clinice la nivel de pacient se culeg din F.O.C.G./F.S.Z., introdusă în sistemul informațional al spitalului conform O.M.S. nr. 1.782/2006 cu modificările și completările ulterioare, privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi. Datele astfel colectate formează setul minim de date la nivel de pacient – SMDPC și SMDPZ. Toate datele la nivel de pacient colectate de spital (CNP, diagnostic, codurile de parafă ale medicilor) sunt confidențiale și li se aplică măsuri specifice de protecție, conform reglementărilor legale în vigoare. De colectarea, înregistrarea, autenticitatea datelor clinice înscrise în programe și actualizarea la zi a acestora răspunde personalul structurii de statistică și evaluare medicală și responsabilii nominalizați din microstructura internări, farmacie, secții, compartimente și cabinete.

(2) Întreg personalul din structurile Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea este obligat să respecte, pe lângă măsurile de protecție a informațiilor confidențiale, toate măsurile tehnice și organizatorice implementate la nivelul spitalului cu privire la păstrarea confidențialității și integrității datelor cu caracter personal, a securității prelucrărilor acestor date.

Art.339. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Cel puțin 95% din deciziile emise, raportat la total decizii emise, se dispun cu încadrarea în termenele legale, în ultimul an calendaristic.
- b) Numar angajati sanctionati disciplinar pentru neincadrarea in termenele acordate de sefii ierahici, sa fie cel mult 0,1% raportat la total angajati, in ultimul an calendaristic.

- c) Numar documente diseminate in unitate sa fie cel putin 99% din totalul documentelor inregistrate, in ultimul an calendaristic.

IX.81. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului

Art.340. – Reglementarea procesului de protecție a sistemului informatic la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizarea/ adoptarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;
- c) Stabilirea fluxurilor operațiunilor desfășurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informațiilor proprietate privată
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - distrugerea fizică a echipamentelor - situații de forță majoră;
 - indisponibilitatea sistemului cauzată de număr redus de persoane care cunosc informația;
 - divulgarea de informații;
 - fraude produse prin intermediul sistemului informatic;
 - furturi de echipamente și informații.

Art.341.– Procesul de de protecție a sistemului informatic la nivelul spitalului presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Sistemele informatice și de comunicații sunt exploatate în încăperi/spații care îndeplinesc cerințele de protecție fizică potrivit cerințelor specifice de acreditare, funcție de destinație, conținutul și tipul informațiilor gestionate și utilizatori, în conformitate cu prevederile Programului de prevenire a scurgerii de informații clasificate al unității (acest Program se întocmește în temeiul prevederilor art. 31 lit. b art. 86 lit. b) art. 94 alin (1) și anexa 10 din HG 585/2002).
- b) Sistemele informatice proprietate personală, ale personalului spitalului sau din afara acesteia, (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe neînregistrate, telefoane mobile sau alte dispozitive care au posibilitatea tehnică de filmare/ fotografiere/ înregistrare/ stocare/ transmitere de informații, unități zip, etc) pot fi introduse și utilizate în perimetrul Spitalului, cu respectarea strictă a prevederilor procedurii specifice aplicabile la nivelul spitalului.
- c) Personalul spitalului care exploatează sistemele informatice din dotare (atât cele din compunerea rețelei de calculatoare cât și pe cele independente sau din compunerea completelor aparaturii medicale) trebuie respecte următoarele reguli:
 - să depună o cerere pentru crearea contului de acces în sistemul informatic;
 - să nu acceseze contul și parola altui utilizator, să nu le înstrăineze și să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate cele proprii;
 - să utilizeze sistemele informatice pentru rezolvarea problemelor de serviciu;

- să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
 - să mănuiască și să utilizeze suporții de informații conform regulamentelor în vigoare.
- d) În cazul achizițiilor de software specializat, echipamente sau aparatură medicală ce au în inventarele de complet sisteme informatice și aplicații software, se va informa structura informatică, acesta având obligația de a înregistra echipamentele și de a păstra o copie de siguranță a aplicațiilor software instalate;
- e) Accesul la sistemele informatice din dotarea Spitalului de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezența cel puțin a unui specialist din structura informatică, cu îndeplinirea formalităților prevăzute de legile și regulamentele în vigoare;
- f) Accesul personalului Spitalului la Internet se va face numai pe sistemele informatice special destinate acestui scop cu respectarea următoarelor reguli:
- utilizatorul va primi un cont și o parolă de utilizator pe care nu le va înstrăina;
 - nu este permisă transmiterea pe Internet de informații confidențiale;
 - Internetul se va accesa numai în scopurile aprobate: consultarea de site-uri cu caracter științific, colaborări pe diverse proiecte de cercetare, update-uri, licitație electronică, alte forme de colaborare electronică cu diverse instituții, organisme și organizații interne și internaționale ce fac obiectul, documentare, educație, instruire.
- g) Orice eveniment de compromitere a informațiilor confidențiale/cu caracter personal necesită raportat directorului general;
- h) Instruirea personalului pentru utilizarea și exploatarea sistemelor informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică se va face conform Planului de pregătire specific anual aprobat.
- i) Periodic, șefii nemijlociți au obligația verificării modului în care personalul subordonat respectă legislația în vigoare privind aplicarea asigurarea confidențialității informațiilor și respectarea măsurilor stabilite privin protecția lor.
- j) Administratorul de sistem/ rețea răspunde de instalarea corectă, întreținerea și modificarea setărilor componentelor hardware.
- k) Structura de comunicații și informatică din cadrul Spitalului răspunde de actualizarea în permanență a protecției antivirus pentru sistemul informatic al spitalului.
- l) Este interzisă conectarea la sistemele informatice ale spitalului a altor sisteme informatice, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată
- m) Lucrările de mentenanță a sistemelor informatice sunt efectuate numai de către personalul autorizat, numai după ce s-au luat toate măsurile pentru asigurarea securității informațiilor conținute de mediile de stocare.
- n) Instalarea de software se efectuează numai de către administratorul de rețea sau alt personal autorizat. În cazul constatării nefuncționării sau funcționării anormale a sistemului de operare sau a unor aplicații software, utilizatorii sunt obligați să nu intervină din proprie inițiativă pentru remediere și să informeze imediat administratorilor de sistem/ rețea, care vor întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;

- o) Informațiile vehiculate în rețeaua INTERNET și aplicațiile software sunt supuse controalelor în toate domeniile securității și protejate corespunzător.
- p) Toate informațiile de interes public care implică instituția, indiferent de forma acestora, înainte de aprobare, pentru a putea fi scoase în spațiul public sau transmise prin mijloace de comunicații neprotejate, necesită avizarea prealabilă și obligatorie de către directorul general.
- q) Prin grija structurii de comunicații și informatică pentru serverele pe care se stochează informațiile, se asigură spații securizate și protejate.

Art.342. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Număr de documente compromise care contin informații confidențiale/cu caracter personal sa fie cel mult 0,1% din totalul documentelor înregistrate, în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de instruiți pentru utilizarea și exploatarea sistemele informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică efectuate, în raport cu numărul de instruiți planificat, sa fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic.

IX.82. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului

Art.343. – Reglementarea procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizare/ adoptarea măsurilor de arhivare a documentelor la nivelul spitalului;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează documente la nivelul spitalului pentru aplicarea regulilor de arhivare și manipulare a acestora;
- c) Stabilește reguli privind păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor astfel încât să se asigure confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor
- d) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în cadrul spitalului.

Art.344. - Etapele procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La nivelul Spitalul Clinic „Avram Iancu”, toate structurile sunt obligate să înregistreze și să țină evidența tuturor documentelor intrate/primate, 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 și se predau la compartimentul de arhivă pe bază de inventare în al doilea an de la constituire.

- d) Inventarul întocmit de structura creatoare cuprinde toate dosarele cu același termen de păstrare. Fiecare structură întocmește atâtea inventare câte termene de păstrare sunt prevăzute în nomenclator, la compartimentul respectiv. Inventarele se întocmesc în trei exemplare pentru dosarele cu termen de păstrare temporar și în patru exemplare pentru cele cu termen de păstrare permanent. Un exemplar din fiecare inventar se oprește la compartimentul care predă dosarele, iar restul exemplarelor se predă la depozitul de arhivă împreună cu documentele. Inventarele rămase la compartiment se păstrează separat și vor rămâne permanent la structura care a predat arhiva. După clasare, documentele se scad din evidențele curente de către gestionarii acestora. (aceeași operațiune, de scădere din evidență / justificare – se execută și în cazul distrugerii / expedierii documentelor).
- e) Clasare documentelor în mape / dosare/ unități arhivistice se face prin gruparea acestora pe problematici, în funcție de termenele de păstrare, în conformitate cu Indicatorul termenelor de păstrare și Nomenclatorul arhivistic întocmit și aprobat la nivelul spitalului, anual, până la 31 ianuarie pentru anul care începe.
- f) Nomenclatorul arhivistic este întocmit, la propunerea structurilor gestionare, de personalul care încadrează registratura/ arhiva, aprobat de conducerea spitalului și confirmat la nivel local de direcția județeană ale Arhivelor Naționale.
- g) Modificarea și/ sau completarea acestuia se poate face pe tot parcursul anului calendaristic, atunci când se produc modificări în structura unității sau când apar, ca urmare a desfășurării unor activități noi, și alte genuri de documente decât cele prevăzute inițial sau modificări ale termenelor de păstrare.
- h) În mod obligatoriu, nomenclatorul arhivistic al spitalului conține în mod distinct documentele rezultate din activitatea structurii de management al calității serviciilor precum și cele rezultate din activitatea Consiliului etc.
- i) Fiecare dosar/ mapă/ unitate arhivistică creată, conține în mod obligatoriu o pagină de titlu care prezintă și problematica conținută și după caz un opis. Toate filele vor fi numerotate de creatorii de unități arhivistice, în creion, în ordine cronologică, actele mai vechi fiind deasupra, iar cele noi dedesubt.
- j) Responsabilii cu crearea unităților arhivistice le predau gestionarului fondului arhivistic care certifică prin semnătură numărul total al filelor acestora și aplică ștampila instituției.
- k) Evidența intrărilor/ ieșirilor în/ din fondul arhivistic se completează/ actualizează permanent de gestionarul fondului arhivistic în registrul special constituit.
- l) Scoaterea / scăderea din evidența curentă a arhivei se face numai în urma selecționării, a predării în alt depozit de arhivă sau pe bază de proces verbal de constatare a deteriorării ca urmare a distrugerii provocate de evenimente imprevizibile care fac total inutilizabile documentele respective.
- m) Pentru selecționarea arhivei, prin decizie a directorului general, se numește o comisie de selecționare. Procesul de selecționare se poate face anual sau ori de câte ori este nevoie la sesizarea secretarului comisiei de selecționare. Selecționarea unităților arhivistice se execută conform reglementărilor incidente în vigoare.

- n) Pentru păstrarea arhivei curente create la nivelul spitalului se alocă și se amenajează spații corespunzătoare care să respecte cerințele specifice prevăzute de legislația în vigoare.
- o) Păstrarea documentelor în arhivă se face pe durata prevăzută în Nomenclatorul arhivistic.
- p) Persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic verifică periodic modul de păstrare în timp a unităților arhivistice.
- q) Persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic asigură diseminarea, în părțile care îi privesc, a conținutului Nomenclatorului către creatorii de unități arhivistice;

Art.345. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Număr de unități arhivistice depozitate în condiții adecvate să fie cel puțin 99% din totalul unităților arhivistice depozitate în arhivă, în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de documente noi incluse în ultimul Nomenclator arhivistic aprobat, în ultimul an calendaristic, să includă în proporție de minim 99% documentele emise de Consiliul etic și cele emise de structura de management al calității serviciilor de sănătate.
- c) Număr de unități arhivistice distruse, să fie cel puțin 99% din numărul unităților arhivistice selecționate în vederea distrugerii, în ultimul an calendaristic.

IX.83. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului

Art.346. – Reglementarea procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizarea/ adoptarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;
- c) Stabilirea fluxurilor operațiunilor desfășurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informațiilor proprietate privată;
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului.

Art.347. - (1) Sistemul informațional asigură gestiunea tuturor informațiilor din cadrul spitalului, folosind toate metodele și procedeele de care dispune.

(2) Un post de lucru se individualizează prin următoarele elemente:

- date de intrare
- timp de staționare
- operații de prelucrare
- date de ieșire

(3) Ansamblul informațiilor și deciziilor (caracterizate prin conținut, frecvență, calitate, volum, formă, suport) necesare desfășurării unei anumite activități sau operații și care se transmit între două posturi de lucru, formează un flux informațional. Între circuitul informațional și fluxul informațional există o strânsă dependență în sensul că circuitul informațional reflectă traseul și mijlocul care asigură circulația unei informații de la generarea ei și până la arhivare, iar fluxul informațional reflectă ansamblul informațiilor vehiculate, necesare unei anumite activități.

(4) Sistemul informațional cuprinde, într-o concepție unitară, circuitele și fluxurile informaționale, la care se adaugă metodele și tehnicile de prelucrare a informațiilor.

(5) Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului este reglementată la nivelul spitalului în conformitate cu prevederile Programului de prevenire a scurgerii de informații clasificate al unității (întocmit în temeiul prevederilor art. 31 lit. b art. 86 lit. b) art. 94 alin (1) și anexa 10 din HG 585/2002).

(6) Este INTERZISĂ scoaterea din unitate, fără aprobare, a informațiilor aparținând spitalului, indiferent de formă, timp, conținut sau scop.

(7) Particularități privind măsuri de protecție a sistemului informațional, specifice informațiilor confidențiale/cu caracter personal:

- Sistemele de pază, supraveghere și control-acces trebuie să asigure prevenirea pătrunderii neautorizate în sectoarele și locurile unde sunt gestionate informații confidențiale/cu caracter personal.

- Accesul în Spital- ca și componentă a sistemului de protecție a sistemului informațional din cadrul spitalului - se realizează cu respectarea prevederilor pct. *"IX.2 Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor"* din prezentul Regulament;

- Timpul de reacție a personalului de pază va fi testat periodic pentru a garanta intervenția operativă în situații de urgență, de către directorul general adjunct economico-administrativ.

- În vederea asigurării protecției sistemului informațional din cadrul spitalului, se vor respecta întocmai prevederile pct. *"IX.12 Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate"* din prezentul Regulament;

- Gestionarea documentelor interne specifice structurilor din cadrul Spitalului precum și gestionarea documentelor externe, se realizează prin compartimentul Secretariat Documente Clasificate și Arhivă. Prin DZU se nominalizează persoana responsabilă (și înlocuitorul acesteia), care anual înregistrează în Registrul unic toate registrele de evidență existente la nivelul spitalului. În DZU se precizează plaja de numere alocată anual de eșalonul superior, precum și distribuția numerelor pe structuri (Achiziții, BRU, MCSS);

- Manipularea documentelor se efectuează astfel încât să nu se faciliteze accesul la conținutul acestora persoanelor care nu sunt abilitate să le cunoască, cu excepția cazurilor impuse de lege;

- Manipularea documentelor trebuie să permită în orice moment posibilitatea identificării cu ușurință a acestora și să poată fi justificate cu prilejul controalelor, inspecțiilor sau verificării anuale;

- Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament se realizează în strictă conformitate cu prevederile pct. IX.47 din prezentul Regulament;

- Distrugerea documentelor se execută în baza proceselor verbale de distrugere, avizate de structura de securitate și aprobate de directorul general și se consemnează în registrele de evidență de către personalul din cadrul compartimentului Secretariat, Documente Clasificate și Arhivă, aplicându-se prevederile reglementării IX.84 *Distrugerea înregistrărilor/documentelor arhivate la nivelul spitalului* din prezentul Regulament;

- Clasarea în dosare a documentelor se face în conformitate cu respectarea instrucțiunilor arhivistice în vigoare.

- În plus, asigurarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului, se realizează cu respectarea întocmai a prevederilor următoarelor puncte din prezentul Regulament și alte reglementări aplicabile, după cum urmează:

- ” *Circuitul documentelor în cadrul spitalului*”;

- ” *Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului*”;

- ” *Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului*”;

- ” *Arhivarea documentelor la nivelul spitalului*”;

- ” *Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului*”;

- ” *Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului*”;

- ” *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 și de comunicații sunt exploatate în încăperi/spații care îndeplinesc cerințele de protecție fizică potrivit cerințelor specifice de acreditare, funcție de destinație, conținutul și tipul informațiilor gestionate.

b) Sistemele informatice proprietate personală, ale personalului spitalului sau din afara acesteia, (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe neînregistrate, telefoane mobile sau alte dispozitive care au posibilitatea tehnică de filmare/ fotografiere/ înregistrare/ stocare/ transmitere de informații, unități zip, etc) pot fi introduse și utilizate în perimetrul Spitalului, numai cu aprobarea sefului structurii de securitate și a sefului C.S.T.I.C., cu respectarea strictă a legislației în vigoare.

c) Personalul Spitalului care exploatează sistemele informatice din dotare (atât cele din compunerea rețelei de calculatoare cât și pe cele independente sau din compunerea completelor aparaturii medicale) trebuie să respecte următoarele reguli:

- Să completeze o solicitare pentru crearea contului de acces în sistemul informatic, (Anexa nr.11 - Formular de solicitare creare cont de acces SIC(sistemul informatic);
 - Să nu acceseze contul și parola altui utilizator, să nu le înstrăineze și să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate cele proprii;
 - Să utilizeze sistemele informatice pentru rezolvarea problemelor de serviciu având grijă să consemneze și să raporteze la compartimentul CTI, orice problemă tehnică sau de securitate ce poate să apară;
 - Să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
 - Să mânuiască și să utilizeze suportii de date conform regulamentelor în vigoare;
 - Să respecte procedurile operaționale de securitate specifice categoriei de sistem informatic la care are acces;
- d) În cazul achizițiilor de software specializat, echipamente sau aparatură medicală ce au în inventarele de complet sisteme informatice și aplicații software, după înregistrare în evidența contabilă a instituției, compartimentul CTI va efectua și păstra o copie de siguranță a aplicațiilor software instalate;
- e) Accesul la sistemele informatice din dotarea Spitalului de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezența cel puțin a unui specialist din compartimentul CTI, după îndeplinirea formalităților prevăzute de legile și regulamentele în vigoare;
- f) Accesul la internet se va face numai pe sistemele informatice special destinate acestui scop cu respectarea următoarelor reguli:
- utilizatorul trebuie să completeze o cerere după a cărei aprobare va primi un cont și o parolă de utilizator pe care nu le va înstrăina;
 - nu este permisă transmiterea pe Internet de informații confidențiale;
 - Internetul se va accesa numai în scopurile aprobate (ex.: consultarea de site-uri cu caracter științific, colaborări pe diverse proiecte de cercetare, update-uri, licitație electronică, alte forme de colaborare electronică cu diverse instituții, organisme și organizații interne și internaționale ce fac obiectul, documentare, educație, instruire)
- g) Orice eveniment de compromitere a informațiilor confidențiale/cu caracter personal impune informarea șefului CSTIC, a șefului Structurii de securitate și a directorului general;
- h) Instruirea personalului pentru utilizarea și exploatarea sistemele informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică se va face conform Planului specific anual aprobat.
- i) Periodic, șefii nemijlociți au obligația verificării modului în care personalul subordonat respectă legislația în vigoare privind asigurarea confidențialității informațiilor și respectarea măsurilor stabilite privind protecția lor.
- j) Administratorul de sistem/ rețea răspunde de instalarea corectă, întreținerea și modificarea setărilor componentelor hardware;
- k) Este interzisă conectarea la sistemele informatice ale spitalului a altor sisteme informatice, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată.
- l) Lucrările de mentenanță a sistemelor informatice sunt efectuate numai de către administratorul de sistem/ rețea sau de către alt personalul autorizat, numai după ce

s-au luat toate măsurile pentru asigurarea securității informațiilor conținute de mediile de stocare.

- m) Instalarea de software se efectuează numai de către administratorul de sistem. 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 administratorul de sistem/ rețea, care va întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;
- n) Toate informațiile de interes public, care implică instituția, indiferent de forma acestora, înainte de aprobare, pentru a putea fi scoase în spațiul public sau transmise prin mijloace de comunicații neprotejate, necesită avizarea prealabilă și obligatorie de către directorul general.

Art.348. - 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, sa fie cel mult 0,1%, raportat la numărul total de reclamații/sesizări înregistrate în spital, în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de reclamații/sesizări privind pierderea confidențialității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului, sa fie cel mult 0,1%, raportat la numărul total de reclamații/sesizări înregistrate în spital, în ultimul an calendaristic;
- c) Număr de evenimente de securitate produse la nivelul instituției sa fie 0, în ultimul an calendaristic.

IX.84. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului

Art.349. – Reglementarea procesului de distrugere a înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea confidențialității informațiilor deținute/ gestionate de spital, indiferent de formă/ scop;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații din această categorie pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;
- c) Stabilirea operațiunilor pentru scăderea din evidențe a înregistrărilor / documentelor arhivate, după distrugere;
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în arhiva curentă a spitalului;
 - Distrugerea accidentală a documentelor.

Art.350. –(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:

- e) Selecționarea documentelor se realizează anual sau ori de câte ori este nevoie de către comisia de selecționare și constă în studierea fiecărei unități arhivistice și a fiecărui document existent în arhivă pentru a se verifica depășirea termenului de păstrare prevăzut în Nomenclatorul arhivistic aprobat la nivelul SCAI Oradea. Se supun acțiunii de selecționare documentele cu termene de păstrare temporare, numai după expirarea termenelor în care ele au fost încadrate.
- f) Termenul de păstrare al unei unități arhivistice se măsoară în ani calendaristici și se calculează de la 1 ianuarie a anului următor celui în care a fost încheiată, până la 31 decembrie a anului anterior celui în care se efectuează selecționarea acesteia;
- g) Anual, pentru selecționarea unităților arhivistice, directorul general numește o comisie formată din 3 persoane avizate să aibă acces la informațiile care fac obiectul selecției;
- h) Un membru este desemnat președinte iar persoana responsabilă cu arhiva sau șeful compartimentului de care aparține arhiva este numit secretar.
- i) 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;
- j) Unitățile arhivistice propuse prin procesele-verbale de selecționare să fie eliminate vor fi păstrate în ordine pe rafturi pentru a fi verificate de organele de control ale Arhivelor Naționale în vederea confirmării lucrării de selecționare. Inventarele dosarelor propuse de comisie spre eliminare însoțite de procesul verbal aprobat de conducerea spitalului și de un exemplar al inventarului documentelor permanente create în perioada pentru care se efectuează selecționarea, se trimit pentru confirmare la Direcția Județeană a Arhivelor Naționale.
- k) Documentele cu valoare practică și termene de păstrare temporare, pe baza cărora se eliberează copii, certificate, extrase privind drepturile individuale ale cetățenilor, după expirarea termenului de păstrare, înainte de a fi distruse, pot fi înregistrate pe medii de stocare pentru a putea fi folosite în interes practic. În categoria documentelor cu valoare practică pot intra: foile de observație clinică, statele de plată, dosare de pensie, fișele de evidență ale personalului, etc.;
- l) Documentele clasificate cu termenul de clasificare expirat se marchează corespunzător, în momentul selecției;
- m) Documentele clasificate selecționate, cu termenul de clasificare care a expirat se distrug conform prevederilor HG 585/2002.
- n) După avizarea și aprobarea proceselor-verbale de selecționare, înregistrările/ documentele arhivate/ unitățile arhivistice stabilite pentru a fi eliminate se vor preda, potrivit ordinelor și dispozițiilor legale în vigoare privind valorificarea deșeurilor de hârtie, la macerat, doar la societățile agreeate, expres înscrise în avizul selecției. Delegatul spitalului, care însoțește obligatoriu transportul documentelor la topit, va supraveghea procesul de macerare a tuturor documentelor, până la stadiul când din ele nu se mai pot deduce nici un fel de date.

- o) Mențiunile despre predarea unităților arhivistice la topit se vor face pe versoul proceselor-verbale de selecționare, astfel: "Astăzi au fost predate, pentru macerat, toate documentele înscrise în prezentul proces verbal. În acest scop s-a emis actul de cântar nr. din pentru cantitatea dekilograme."
- p) 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.
- q) Toate cazurile de pierdere, distrugere nelegală/ accidentală sau sustragere a documentelor arhivistice se vor raporta imediat după constatare, ierarhic.

Art.351. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului distrugere a înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Număr de documente arhivate pierdute, pentru care au fost luate măsuri adecvate sa fie cel mult 0,1 % din total documente arhivate, in ultimul an calendaristic;
- b) Număr de documente arhivate distruse nelegal/ accidental, pentru care au fost luate măsuri adecvate, sa fie cel mult 0,1% din total documente arhivate, in ultimul an calendaristic;
- c) Număr de documente arhivate sustrate, pentru care au fost luate măsuri adecvate, sa fie cel mult 0,1% din total documente arhivate, in ultimul an calendaristic.

IX.85. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului

Art.352. – Reglementarea condițiilor de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modalitățile de control al accesului la datele din sistemul informatic al spitalului;
- b) Reglementarea accesului la informații, prelucrarea și protecția pentru fiecare categorie profesională.
- c) Elimină/ tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Modificarea sau distrugerii informației;
 - Utilizarea neautorizată a informațiilor;
 - Controlul accesului la date nu asigură monitorizarea persoanelor care au acces la date, tipul datelor accesate și scopul accesului.;
 - Divulgarea neautorizată a datelor medicale și de identitate a persoanelor.
 - Pierderea confidențialității datelor.
 - Întreruperi ale procesării datelor.
 - Utilizarea fără discernământ a caracterului privat în ceea 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.353. - 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 prevederile Regulamentului 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, noul angajat semnând de luare la cunostința privind prevederile acestui Regulament.
- b) Utilizatorii cu drepturi administrative sau speciale de acces nu trebuie să folosească în mod abuziv aceste drepturi și trebuie să facă investigații numai sub îndrumarea conducerii instituției. Aceste cazuri vor fi înregistrate ca evenimente.
- c) Unele conturi sunt necesare pentru audit (verificare, control) intern sau extern, pentru dezvoltare sau instalare de software sau alte operațiuni definite.
- d) Lista parolilor pentru fiecare cont cu drepturi administrative se păstrează în mapa Șefului Structurii de Securitate a Spitalului.

Art.354. - În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, condițiile generale de acces la datele/informațiile spitalului pentru utilizatorii cu drepturi restricționate sunt următoarele:

- a) Accesul la datele/informațiile spitalului stocate/gestionate în sistemele informatice este permis doar dacă pentru îndeplinirea atribuțiilor funcționale este necesar acest lucru, pe baza cererii de cont acces.
- b) Utilizatorii completează o cerere de cont și un angajament înainte de a accesa sistemele informatice și sunt obligați să păstreze confidențialitatea informațiilor privind contul de acces.
- c) Cererile sunt analizate de șeful/coordonatorului 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 compartimentul CTI (responsabil cu crearea conturilor de utilizator și acordarea drepturilor de acces) și aprobate de directorul general al Spitalului.
- d) Prin Fișa postului toți utilizatorii se angajează să păstreze confidențialitatea datelor prelucrate, a contului de utilizator, a parolei/contului de acces la sistemele informatice în care sunt gestionate date cu caracter personal și alte date nedestinate publicității, care sunt arătate cu titlu exemplificativ în Regulamentul privind securitatea sistemului informatic.
- e) Accesul la informații confidențiale/clasificate și la date/informații cu caracter personal se face cu respectarea strictă a principiului ”Necesitatea de a cunoaște”, care limitează accesul strict la informațiile necesare îndeplinirii atribuțiilor funcționale.

- f) Fiecare utilizator accesează sistemul informatic al spitalului, în baza dreptului de acces acordat, doar de pe contul personal, utilizând parola personală. Toate parolele pentru conturi trebuie să fie create și folosite în conformitate cu această procedură.
- g) Este STRICT INTERZISĂ comunicarea către altă persoană a datelor personale de acces precum și utilizarea acestora de către altă persoană. Nicio 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 de serviciu.
- i) Abaterile de la regulile privind asigurarea confidențialității, disponibilității și protecției informațiilor, atrag răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, după caz.
- j) 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 informatice.
- k) Compartimentul CTI ține evidența tuturor sistemelor informatice, rețelelor, aplicațiilor, licențelor, conturilor și drepturilor de acces.
- l) 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).
- m) Conturile de utilizator care nu au fost accesate timp de 30 de zile vor fi dezactivate. După încă 30 zile conturile vor fi șterse dacă nu s-a solicitat accesul la acestea.
- n) Responsabilul IT asigură ștergerea conturilor persoanelor (utilizatorilor) care nu mai lucrează în Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea. 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.
- o) Parolele utilizate de către utilizatorii sistemului informatic trebuie să îndeplinească următoarele condiții:
 - să fie schimbate de utilizator în mod regulat, o dată la 90 de zile;
 - să aibă o lungime minimă de 9 caractere;
 - să fie parole complexe;
 - reutilizarea parolelor este interzisă;
 - parolele de cont utilizator nu trebuie divulgate nimănui, nici măcar angajaților care răspund de securitatea sistemelor informatice.
- p) Dacă se suspectează că o parolă fost divulgată sau a fost descoperită aceasta trebuie schimbată imediat.
- q) În situația în care un utilizator își blochează contul introducând de trei ori la rând parola greșită, acesta va înștiința responsabilul IT pentru deblocarea contului și schimbarea parolei.
- r) Sistemele informatice nu trebuie lăsate nesupravegheate fără a activa un sistem de blocare a accesului la acestea; deblocarea trebuie să se facă folosind parola.
- s) Fiecare utilizator al sistemului informatic are posibilitatea să-și gestioneze din contul său propria parolă (se tastează simultan în acest sens tastele CTRL+ALT+DEL și ulterior se accesează comanda ”Schimbati parola”).

- t) Periodic, administratorul de sistem /SIC face copii de siguranță ale bazelor de date pe suporti de date independenți, supuși măsurilor de protecție corespunzătoare.

Art.355. – Accesul și prelucrarea datelor/informațiilor în sistemele informatice pentru personalul spitalului este permis, cu respectarea strictă a algoritmului mai sus-stabilit, astfel:

- a) Personalul medical din structurile medicale:
- Medicii din secții, compartimente, laborator analize medicale, laborator radiologie și imagistică medicală, ambulatoriu integrat: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Infoworld , SIUI Spital, SIUI Clinic, SIUI Reka, DRGpedia, aplicația PACS ;
 - Farmacistul șef: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Infoworld, programul de serializare SNVM, aplicația Budget manager;
 - Asistenții medicali/de laborator, din secții, compartimente, laborator analize medicale, laborator radiologie și imagistică, ambulatoriu integrat: INTERNET, rețeaua internă, aplicația SIUI Clinic, aplicația SIUI Reka, SIUI Spital, DRGpedia, aplicatia Infoworld;
 - Asistenții de farmacie: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Infoworld, aplicatia Budget manager;
 - Infirmiere, brancardieri: rețeaua internă, la nevoie.
- b) Personalul din structurile nemedicale:
- Director general: INTERNET, (e-mailul spitalmaioradea@mai.gov.ro), rețeaua internă, pagina web, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
 - Directorul general adjunct medical: INTERNET, (e-mailul Spitalului), rețeaua internă, aplicația Infoworld, SIUI;
 - Director general adjunct economico-administrativ, structura financiar-contabilă: INTERNET, (e-mailul Spitalului), rețeaua internă, aplicațiile MaiSal, SitFin, aplicatia Budget manager
 - Personalul din structura informatică: acces la toate sistemele informatice, aplicațiile și adresele de corespondență – pentru implementarea măsurilor de protecție, administrare, mentenanță, control și cercetare a evenimentelor de securitate, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
 - Birou resurse umane: INTERNET, rețeaua internă, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora), aplicația REVISAL, e-MRU;
 - Compartiment Achizitii : INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicația SEAP, PIMAP;
 - Compartiment statistică și evaluare medicală: INTERNET, rețeaua internă, SIUI, DRG pedia, aplicații raportări statistice;
 - Compartimentul managementul calității serviciilor de sanatate: INTERNET, rețeaua internă, aplicația CAPESARO;
 - Personalul din structurile administrative, altul decât cel mai sus-nominalizat: INTERNET, rețeaua internă.

Art.356. – (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.

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.

(2) Personalul care are drepturi de acces trebuie să dețină legitimație de serviciu/ecuson și acte de identitate care să-i ateste calitatea.

(3) Nu este permis transferul dreptului de acces indiferent de motiv.

(4) 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.

(5) Pentru fiecare spațiu în care sunt instalate sisteme informatice se va păstra o evidență a accesului pentru verificări de rutină în situații critice.

Art.357. – (1) În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, accesul la rețea al tuturor utilizatorilor se realizează cu respectarea următoarelor reguli:

(2) Utilizatorilor le este permis să utilizeze numai parametrii pentru conectarea la rețea specificați de către responsabilul IT.

(3) Pentru fiecare sistem conectat trebuie să existe o persoană care să răspundă de acesta, numele și datele de identificare ale acesteia se vor comunica responsabilului IT.

(4) Utilizatorii nu trebuie să extindă sau să retransmită serviciile de rețea în nici un fel (pe nici o cale). Nu este permisă instalarea de conexiuni de rețea neautorizate indiferent de motiv. Autorizarea tuturor conexiunilor se face la propunerea microstructurilor, de către responsabilul IT.

(5) Utilizatorii care au acces la internet, nu au dreptul să descarce, să instaleze sau să ruleze programe de securitate sau de altă natură care pot dezvălui slăbiciuni în securitatea unui sistem.

(6) Utilizatorii nu au dreptul să modifice, reconfigureze, instaleze, dezinstaleze echipamente de rețea, cabluri, prize de conexiuni.

Art.358. – (1) Accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital se realizează în conformitate cu reglementările legale în vigoare, ținându-se cont de protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal de la colectarea lor până la utilizare și libera circulație a acestora. În cadrul instituției se au în vedere toate activitățile legate de accesul și utilizarea datelor pacienților.

(2) Procedura privind colectarea datelor în Spital 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 Secții/compartimente, Camera de Garda, Ambulatoriu, Radiologie, Laborator de analize medicale, Farmacie se introduc în format electronic în aplicațiile medicale dedicate(Infoword).

(4) Calculatoarele registratorilor /asistenților medicali ce introduc datele pacienților sunt parolate și nu are nimeni acces la acestea, fiind securizate după încetarea programului, de asemenea accesul în aplicațiile informatice se face pe baza de utilizator și parolă.

Art.359. – (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 medicale este utilizată la nivelul tuturor serviciilor medicale și administrată de administratorul de sistem.

(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.360. – (1) **Informarea pacienților referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal se realizează cu respectarea următoarelor reguli:**

(2) Datele cu caracter personal destinate a face obiectul prelucrării sunt prelucrate cu bună credință și în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

(3) Prelucrările de date cu caracter personal se efectuează după informarea pacientului și obținerea consimțământului în mod expres și neechivoc pentru acea prelucrare.

(4) Pacienții sunt informați 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.361. – (1) În conformitate cu prevederile art. 24 din *Legea nr. 46/2003 drepturile pacientului* și ale art. 9 din *O.M.S. nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*, pacientul are acces la datele medicale personale, spitalele având obligația de a asigura pacienților accesul neîngrădit la aceste date.

(2) Sistemul dosarului electronic de sănătate (DES) al pacientului este un serviciu public furnizat de CNAS, pentru toți pacienții care, potrivit prevederilor titlului VIII din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare, sunt asigurați ai sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru toți furnizorii de servicii medicale pe toate tipurile de asistență medicală, indiferent dacă se află sau nu în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate. **Acest serviciu urmează să fie utilizat gradual de la data implementării în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală.**

(3) Prelucrarea datelor cu caracter personal în cadrul DES, ca parte componentă a Platformei informatice din asigurările de sănătate, se realizează cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter

personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

(4) În cazul pacienților pentru care se constituie DES, datele și informațiile sunt structurate în module, respectiv: modulul «Sumar de urgență», modulul «Istoric medical», modulul «Antecedente declarate de pacient», modulul «Documente medicale» și modulul «Date personale», structurate pe module potrivit prevederilor art. 3466 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

(5) După implementarea în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală, datele și informațiile din DES prevăzute la alin. Precedent vor fi accesibile medicilor numai cu consimțământul pacienților, cu excepția datelor și informațiilor din modulul «Sumar de urgență», care vor fi accesibile medicilor care își desfășoară activitatea în structurile de urgență și medicilor care își desfășoară activitatea în asistența medicală primară, numai în vederea realizării actului medical, fără a fi necesar consimțământul pacientului.

(6) Accesul medicilor la datele și informațiile prevăzute la alin. (4) se va realiza în baza unui certificat calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat, certificat înregistrat la casa de asigurări de sănătate în raza administrativ-teritorială în care aceștia își desfășoară activitatea.

(7) După implementarea în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală accesul pacienților sau al reprezentanților legali ai acestora la datele și informațiile din DES se va realiza cu respectarea prevederilor art. 8 din Regulamentul general privind protecția datelor, prin intermediul:

- matricei de securitate și al parolei de acces;
- cardului național de asigurări sociale de sănătate cu codul PIN asociat acestuia și al parolei de acces.

(8) Matricea de securitate se va elibera la solicitarea pacienților în baza actului de identitate al acestora, de către medicii care dețin un certificat calificat.

(9) Parola de acces este personalizată de fiecare pacient, este strict confidențială, fiind un element de securitate cunoscut numai de pacient, și se va utiliza în cadrul DES atât pentru cardul național de asigurări de sănătate, cât și pentru matricea de securitate.

(10) În activitățile de utilizare a DES al pacienților, medicii vor aplica principiile și normele metodologice de deontologie și etică medicală stabilite de codul de deontologie medicală potrivit prevederilor legale în vigoare, inclusiv cu respectarea reglementărilor legale privind protecția datelor cu caracter personal.

(11) Pacienții au responsabilitatea păstrării și utilizării în condiții de siguranță a elementelor de securitate pentru accesul la DES, respectiv parola de acces, cardul național de asigurări sociale de sănătate, codul PIN asociat acestuia și matricea de securitate.

(12) Medicii au responsabilitatea păstrării și utilizării în condiții de siguranță a elementelor de securitate, respectiv certificatul calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat și codul PIN asociat acestui certificat.

(13) Datele din dosarul electronic de sănătate al pacientului se păstrează pe întreaga durată de viață a pacientului, iar după decesul acestuia, datele din DES se arhivează potrivit

legii, urmând a fi pseudonimizate și prelucrate exclusiv în scopuri de cercetare științifică ori în scopuri statistice, cu excepția cazurilor în care există dispoziții legale contrare.

(14) Conform prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)* și ale Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal, spitalul are obligația de a administra în condiții de siguranță și numai pentru scopurile specificate, datele personale ale pacienților.

(15) Datele colectate cu scopul asigurării protecției sociale prin servicii de sănătate sunt necesare pentru a acorda aceste servicii. Pacienții sunt obligați să furnizeze datele, refuzul de a furniza aceste date determină imposibilitatea acordării acestor servicii.

(16) Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către operatorul spitalului și nu sunt comunicate altor destinatari.

(17) Conform prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)*, pacienții beneficiază de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul de a se adresa justiției.

(18) Orice persoană are dreptul de a se opune, pentru motive legitime, la prelucrarea datelor ce o privesc. Acest drept de opoziție poate fi exclus pentru anumite prelucrări prevăzute de lege (de ex.: prelucrări efectuate de serviciile financiare și fiscale, de poliție, justiție, securitate socială). Prin urmare, această mențiune nu poate figura dacă prelucrarea are un caracter obligatoriu; orice persoană are, de asemenea, dreptul de a se opune, în mod gratuit și fără nici o justificare, la prelucrările datelor sale personale în scopuri de marketing direct.

(19) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.

(20) Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres. În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie.

(21) Orice amestec în viața privată, familială a pacientului este interzis, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului.

(22) Sunt considerate excepții cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

(23) Prevederile prezentului articol se completează cu prevederile ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS care va preciza datele, informațiile și procedurile operaționale necesare utilizării și funcționării DES, în aplicarea prevederilor Titlului IX¹ „Dosarul electronic de sănătate al pacientului” din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*.

Art.362. – (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 directorului general spitalului;
- Procedurile documentate aplicabile fiecărui sector de activitate;
- Protocoalele medicale aplicabile structurilor medicale;
- Orice modificări/completări/abrogări/revizuri ale reglementărilor interne aplicabile în unitate (Regulament de organizare și funcționare, Regulament intern, fișe de post, planificări activități etc.);
- ”Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării continue” (SMDPC);
- ”Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării de zi” (SMDPZ);
- Rezultatele cu valori critice ale investigațiilor paraclinice;
- Semnale de alertare inițiate în diferite situații de urgență precum și date/informații transmise de persoanele abilitate, care fac referire la respectivele situații;
- Stocul de sânge din U.T.S.;
- Stocul tampon de materiale/medicamente;
- Raportarea cazurilor COVID;
- Paturile libere din fiecare secție.

(2) Potrivit prevederilor O.M.S. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, datele care alcătuiesc SMDPC sunt cele prevăzute în Anexa nr. 6 la respectivul ordin.

(3) Potrivit prevederilor O.M.S. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, datele care alcătuiesc SMDPZ sunt cele prevăzute în Anexa nr. 7 la respectivul ordin.

(4) Datele/informațiile menționate la alin. (2) și (3) se culeg în format electronic, cu completarea corectă a tuturor câmpurilor mai sus amintite, obligatorii din FOCG/F.S.Z., acest aspect fiind vital pentru procesul ulterior de clasificare a pacienților, pentru cel de analiză a datelor clinice și de finanțare. Conform reglementărilor legale medicul curant este cel responsabil pentru completarea diagnosticelor și procedurilor în F.O.C.G. Spitalele au obligația să colecteze SMDPC/ SMDPZ și răspund de corectitudinea, gestionarea și confidențialitatea datelor. În momentul transmiterii datelor, acestea sunt obligate să creeze (să cifreze) datele confidențiale ale pacientului (nume, prenume, cod numeric personal), precum și codul de parafă al medicului.

Art.363. – (1) Accesul diferitelor categorii de personal din cadrul unitatii în diferite aplicații ale sistemului informatic, se realizează pe nivele de acces, astfel:

a) Accesul în aplicația eXtramed - Foaie de Observație. În aplicația Spital s-au definit autoritățile în secțiunea de Configurare->Operatori/Proceduri astfel:

- Accesarea bazelor de date de către utilizatori (șefi de secție 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) și o parolă, precum și drepturile corespunzătoare funcției sale. Astfel, șefii de secție au drepturi superioare utilizatorilor obișnuiți. Pot efectua operațiuni multiple pe foile de observație din secția respectivă. Șefii altor departamente au drepturi speciale (de exemplu Șeful laboratorului de analize medicale are dreptul de a modifica parametrii analizelor disponibile în laborator, etc. Șeful farmaciei este și gestionar pe anumite gestiuni și are dreptul de eliberare pe acestea).
- Restricționarea selectivă a accesului la bazele de date se face pe baza nivelurilor alocate utilizatorilor, astfel:
 - Nivelul 50: este doar pentru utilizatorii cu drept de consultare pe secția pe care au fost definiți.
 - Nivelul 100 pentru userii de pe secție, configurand pt fiecare sectia sau sectiile in care are dreptul sa lucreze.Vor putea adăuga, modifica FO, scrie intervenții chirurgicale principale și proceduri, efectua transfer, externare, scrie în documente ieșire, deci practic tot ce ar avea nevoie un user pe secția lui. Se pot stabili secțiile userului și nu vor avea acces decât la pacienții care au trecut prin secția respectivă (mesaj: Nu aveți dreptul să consultați FO). Dacă pacientul este încă internat, îi afișează pe ce secție este aflat (util de exemplu pe ATI când vine pacientul de pe altă secție și nu i s-a efectuat transferul).
 - Nivelul 200 se alocă utilizatorilor de la Statistică care au dreptul de vizualizare a foilor de observație de pe mai multe secții.
 - Nivelul 300 are toate drepturile ca și nivelul 200 dar poate efectua toate operațiunile asupra foii de observație.
 - Peste nivelul 500 sunt drepturi alocate unor persoane cu drepturi suplimentare de administrare în aplicații:
 - Nivel 500 în sus: poate modifica secții/medicii din spital->configurare
 - Nivel 600 în sus: poate modifica operatori/proceduri

b) Accesul în aplicația de Laborator. În aplicația eXtraMed-Laborator s-au definit autorități în modulul de Configurare pentru personalul care:

- Accesează datele și informațiile pacientului
- Introduc datele și 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 dispună 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.

c) Accesul în aplicația XVision. În aplicația de imagistică XVision s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:

- Nivel < 100: scriere cereri
- Nivel 150: ștergere + validare rezultat
- Nivel 100: scriere rezultate + adaugare doze + validare imagini + salvare imagini în Foaia de Observație (pentru vizualizarea lor cu aplicația Spital)
- Nivel 200: validare rezultat
- Nivel >200: ștergere imagini considerate irelevante
- Nivel 1000: drepturi depline de administrator

d) Accesul în aplicația Farmacie. În aplicația de Farmacie s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:

- Nivel 100 este nivel de administrator.
- Nivel 75 este nivel de farmacie are drepturi peste intrări, ieșiri, raportări, configurări de medicamente și furnizori.
- Nivel 50 este nivel de secție cu drepturi peste condici, transferuri și unele raportări
- Nivel 1 este nivel folosit doar pentru operatori care au dreptul doar pentru raportări
- Administratorul de sistem poate alocă gestiunile de pe care se pot scrie și elibera condici de medicamente.

Art.364. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de sesizări adresate conducerii spitalului privind restricționarea accesului în sistemul informatic al spitalului, care a avut ca urmare imposibilitatea executării unor atribuții funcționale să fie cel mult 0,1%, raportat la total sesizări înregistrate în unitate, în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de incidente de securitate care au avut ca urmare divulgarea neautorizată a datelor să fie 0, în ultimul an calendaristic.
- c) Număr de conturi de utilizator existente în sistemul informatic să fie cel puțin 99%, raportat la numărul de parole utilizat la un moment dat, în ultimul an calendaristic;
- d) Număr de sesizări adresate conducerii spitalului, privind accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital, să fie cel mult 0,1% din total număr sesizări înregistrate, în ultimul an calendaristic;
- e) Număr de sesizări adresate conducerii Spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, privind transmiterea cu întârziere a setului de date/informații

stabilite a se transmite cu prioritate către utilizatori, sa fie cel mult 0,1 % din total numar sesizari înregistrate, în ultimul an calendaristic.

IX.86. 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.365. –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 adeverințe/copii/duplicate (prin procedee xerox, fotocopiere, scanare) ale documentelor, pentru personalul propriu, personalul care face parte din comisiile de control și persoanele/structurile din afara spitalului;
- b) Stabilirea modului de eliberare a copiilor/ duplicatelor informațiilor medicale
- c) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - pierderea confidențialității datelor pacientului;
 - utilizarea datelor de către terți;
 - compromiterea informațiilor;
 - multiplicarea într-un număr mai mare de exemplare;
 - diseminarea neautorizată.

Art.366. – Consultarea unităților arhivistice și eliberarea duplicatelor documentelor se realizează cu respectarea următoarelor reguli și responsabilități generale, prevăzute de legislația în vigoare:

- a) La intrarea sau la ieșirea în/din zonele administrative, inopinat sau pe baza planificării, se execută controlul bagajelor, care constă în verificarea coletelor, genților și altor suporti, în vederea împiedicării scoaterii neautorizate a informațiilor clasificate, precum și a introducerii unor obiecte interzise.
- b) În locurile în care se află informații clasificate, este interzis accesul cu aparate care au posibilități tehnice de fotografiere/filmare, de înregistrare audio-video, de copiat sau de comunicare la distanță.
- c) În spital este permisă folosirea aparatelor cu posibilități tehnice de fotografiere/filmare, de înregistrare audio-video, de copiat sau de comunicare la distanță, numai cu aprobarea directorului general.
- d) Documentele clasificate secrete de stat și de serviciu, se studiază în condițiile legislației în vigoare privind accesul la informațiile clasificate.
- e) Fondurile arhivistice, existente la nivelul spitalului, pot fi folosite pentru cercetare științifică, rezolvarea unor lucrări administrative sau de documentare, activități cultural-educative, eliberarea de certificate, adeverințe, extrase sau copii/duplicate.

- f) În principiu, documentele create de spital pot fi studiate, de către cetățeni români sau străini, după trecerea a 30 de ani de la crearea lor.
- g) Aprobarea studierii documentelor, precum și eliberarea unor copii/duplicate de pe acestea, este de competența șefilor unităților deținătoare de arhive.
- h) În cazul documentelor secrete de serviciu, care nu au îndeplinit termenul de 30 de ani de la creare, pe copii/duplicate (extrase) se va scrie sub „exemplarul nr.” cuvântul „COPIE/DUPPLICAT (EXTRAS)”, iar sub acesta, într-o paranteză, numărul și categoria de secret a documentelor din care provin. Categoria atribuită copiilor/duplicatelor (extraselor) va fi în concordanță cu valoarea la zi a datelor respective, potrivit reglementărilor privind protecția informațiilor clasificate în vigoare.
- i) În situații temeinic justificate, la solicitarea organelor de cercetare administrativă și/sau penală, pot fi extrase documente originale din interiorul dosarelor sau mapelor pentru a fi puse la dispoziția acestora.
- j) Persoanele din cadrul spitalului sau din afara acestuia, cu atribuții de control gestionar de fond, control tematic, verificări economico-financiare, cercetări administrative ori juridice, pot cerceta documentele direct de la creatori sau deținători, în baza delegației permanente, cu autorizație avizată și aprobată în condițiile legii.
- k) Nerespectarea de către solicitanți, a regulilor stabilite pentru cercetarea documentelor, atrage încetarea dreptului de a mai studia, iar degradarea documentelor, voită sau din neglijență, precum și sustragerea de documente se sancționează, după caz, disciplinar, contravențional sau penal.
- l) În principiu, scoaterea unităților arhivistice dintr-o arhivă, pentru a fi studiate în alt loc, este interzisă.
- m) Spitalul, prin șefii de domenii, are obligația ca, pe baza documentelor existente curente și în arhivele pe care le dețin, să elibereze, la cerere, cetățenilor români ori străini, certificate, adeverințe și copii/duplicate, chiar dacă nu au trecut 30 de ani de la crearea lor, în cazul când documentele se referă la situații și drepturi privind pe solicitant, cum sunt: vechimea în muncă, stagiul militar, concentrări, mobilizări, serviciul militar activ, decorări, spitalizări, informații medicale, etc.
- n) Pacientul are acces neîngrădit la datele medicale personale, în condițiile legii. Accesul pacientului la datele medicale poate fi direct sau indirect – prin aparținătorii legali sau prin intermediul medicilor nominalizați de acesta. (Legea 46/2003 actualizată)
- o) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale, chiar și după decesul acestuia. Aceste informații pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul în mod explicit sau dacă legea o cere în mod expres. În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratarea pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie. (Legea 46/2003 actualizată)
- p) Pacienții, aparținătorii și vizitatorii au acces neîngrădit la depunerea sugestiilor, cererilor, reclamațiilor/ petițiilor și sesizărilor în legătură cu Spitalul, la sectoriatul

spitalului sau în cutiile special instalate în acest scop. Acestea sunt ridicate zilnic și prezentate factorilor decizionali. (Legea 46/2003 actualizată)

Art.367. – Consultarea unităților arhivistice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Solicitantul se prezintă la gestionarul fondului arhivistic, conform programului de lucru aprobat de directorul general și precizează unitatea arhivistică (dosar, mapă, registru...), specificând numărul, volumul, denumirea, structurii care l-a creat, pe care dorește să o consulte sau pe care comisia de control o solicită pentru cercetare și semnează în registrul special destinat (menționând inclusiv baza legală a executării controlului).
- b) Înainte de punerea la dispoziție a unităților arhivistice gestionarul fondului arhivistic verifică (în tabelul cu personalul care deține autorizații de acces la informații clasificate sau în documentele specifice ale personalului din cadrul comisiei de control) dacă nivelul de clasificare al documentelor solicitate corespunde sau este mai mic decât cel al autorizațiilor de acces la informații clasificate ale solicitantului și ale personalului comisiei de control (după caz).
- c) Gestionarul fondului arhivistic pune la dispoziție solicitantului, pe bază de semnătură (dată în Condica pentru evidența consultării fondului arhivistic), unitățile arhivistice solicitate.
- d) Solicitantul sau personalul comisiei de control, sub supravegherea reprezentantului desemnat al spitalului consultă (conform solicitării/pe perioada controlului) documentele doar în spațiile special destinate.
- e) Solicitantul returnează după consultare unitățile arhivistice gestionarului fondului arhivistic, operațiune consemnată sub semnătură de către gestionarul fondului arhivistic în Condica pentru evidența consultării fondului arhivistic.
- f) Anterior de reintroducerea unităților arhivistice consultate în fondul de arhivă, gestionarul fondului arhivistic, verifică existența și integritatea unității arhivistice. În cazul constatării de deficiențe, va raporta imediat această situație directorului general spitalului, luând ulterior măsurile dispuse de către acesta.

Art.368. – 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 director general și se înregistrează de către personalul din registratura spitalului.
- c) Solicitantul predă operatorului, cererea de multiplicare completată, după obținerea aprobărilor necesare.
- d) Responsabilul desemnat cu multiplicarea documentelor completează Registrul pentru evidența documentelor multiplicare și execută operațiunea de multiplicare.

- e) După multiplicare, responsabilul desemnat cu multiplicarea documentelor evidențiază operațiunea de multiplicare atât pe documentul original cât și pe copiile rezultate.

Art.369. – Scanarea documentelor în scopul eliberării adeverințelor sau copiilor/ duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale și/sau întocmirea răspunsurilor solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii, presupune derularea următoarelor activități:

- a) Înainte de scanare persoana care a solicitat consultarea identifică documentul care trebuie scanat și se stabilește destinația acestuia.
- b) Înainte de scanare operatorul stației de scanare completează Registrul pentru evidența documentelor scanate și se obține aprobarea pentru executarea operațiunii de multiplicare.
- c) După scanare, operatorul stației de scanare execută operațiunea de scanare și evidențiază operațiunea de scanare pe documentul original, completând în acest sens Registrului pentru evidența documentelor scanate.
- d) După scanare se diseminează informațiile scanate conform aprobărilor.

Art.370. – 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 secretariat.
- c) Responsabilul cu evidența cererilor/ rapoartelor/ petițiilor din cadrul registraturii înregistrează cererea / solicitarea în Registru cu evidența cereri/ rapoarte/ petiții.
- d) Responsabilul cu evidența cereri/ rapoarte/ petiții prezintă cererea / solicitarea directorului general pentru aprobare în ziua predării respectivei cereri pentru înregistrare.
- e) După aprobare, responsabilul cu evidența cereri/ rapoarte/ petiții predă cererea / solicitarea specialistului / lucrătorului nominalizat de către director general 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 directorului general.
- 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 Registru de evidență.

Art.371. – 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) Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea 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 directorul general 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 gestionarul fondului arhivistic, în termen de maximum 48 de ore de la înregistrarea solicitării.
- f) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face după completarea de către pacienți/aparținători/împuterniciți a formularului „Declarație privind comunicarea documentelor medicale personale”, prevăzut în anexa nr. 5 la OMS 1410/2016.
- g) Solicitarea consultării/ eliberării duplicatelor actelor medicale de către pacient se poate face atât pe perioada internării, cât și după externare.
- h) Datele medicale ale pacienților pot fi puse și la dispoziția organelor de urmărire penală sau instanțelor judecătorești pentru efectuarea urmăririi penale ori derularea procesului juridic, la solicitarea scrisă și motivată a acestora.
- i) Tot prin excepție, în baza art. 40 din Legea 132/2017 privind răspunderea civilă auto pentru prejudicii produse terților prin accidente de vehicule și tramvaie, informațiile deținute cu privire la cauzele și împrejurările producerii riscurilor asigurate și la prejudiciile ori vătămările provocate, solicitate la cererea asiguratorilor RCA, a Biroului Asiguratorilor de Autovehicule din România (B.A.A.R.) și a Fondului de garantare a asiguraților, vor fi transmise în termen de 30 de zile, în vederea stabilirii și plății de către asiguratorii RCA și de către BAAR a despăgubirilor cuvenite.

Art.372. – Anual, prin grija șefului structurii de informatică se realizează atât planificarea instruirilor periodice ale personalului care avizează/ eliberază documentele medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți, cât și instruirea propriu-zisă, conform planificării aprobate.

Art.373. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de sunt următorii:

- a) Număr de documente scanate /multiplicate eliberate în raport cu numărul de documente solicitate spre eliberare sa fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic încheiat;
- b) Număr de documente eliberate la cerere în intervalul de termen legal, raportat la numărul total de documente eliberate, sa fie cel puțin 95%, în ultimul an calendaristic încheiat.
- c) Numărul instruirilor periodice efectuate, ale personalului care avizează/ eliberază documentele medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți sa fie cel puțin egal cu numărul respectivelor instruiți planificate, în ultimul an calendaristic.

IX.87. Utilizarea echipamentului individual de protecție

Art.374. - (1) Conform prevederilor pct. 2 din anexa nr. 4 „*Precauțiunile standard*” la O.M.S. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare, măsurile standard includ utilizarea echipamentului individual de protecție (de exemplu: mănuși, halate, protectoare faciale), în funcție de expunerea anticipată. Igiena mâinilor este întotdeauna etapa finală după îndepărtarea și aruncarea echipamentului.

(2) Echipamentul individual de protecție reprezintă bariera între personal și sursa de infecție, utilizat în timpul activităților care presupun risc de infecție.

(3) La nivelul spitalului lista de echipamente de protecție obligatorii, în funcție de activitățile clinice și/sau paraclinice efectuate se întocmește de către coordonatorul 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 – medici, farmaciști, psihologi, personal din serviciul spălătorie și bucătărie; în bucatarie diferențierea categoriilor de personal, pe baza codificării vestimentare se face astfel: bucatarii poartă pe cap boneta albă, iar muncitorii necalificați capelina albastră;
- b) albastru turcoaz – asistenți medicali din toate sectoarele de activitate, kinetoterapeuți, maseuri;
- c) verde – medici chirurghi;
- d) roșu – infirmiere, îngrijitoare;
- e) bleumarin – brancardieri;
- f) mov – registratori medicali, referenți, garderobier.

(5) Utilizarea echipamentului de spital este obligatorie de către tot personalul medico-sanitar și auxiliar pe toată durata programului.

(6) Personalul medico-sanitar și auxiliar-sanitar 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 schimbe papucii de spital ori de câte ori traversează curtea spitalului (deseuri, lenjerie, hrană, însoțire pacient la investigații, transport probe laborator, etc);
- d) să nu iasă cu echipamentul de protecție în afara spitalului;
- e) echipamentul de protecție textil, care nu este de unică folosință, se spală și se calcă la spălătorie spitalului, nu acasă;
- f) echipamentul de protecție textil, care nu este de unică folosință se păstrează în vestiare special amenajate, separat de hainele de stradă.

Art.375. - Echipamentul individual de protecție (EIP) reprezintă totalitatea mijloacelor individuale de protecție cu care este dotat angajatul în timpul lucrului. Acesta poate fi reprezentat de: mănuși, halate, șorțuri, mască (chirurgicală, mască FFP2-3), protectoare faciale (ochelari, ecran protector, vizieră), bonete/capeline, încălțăminte de spital, cizme de cauciuc, combinezoane, botoși de unică folosință.

Art.376. - (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 curățării, decontaminării;
- e) manipularea deșeurilor rezultate în urma activităților medicale;
- f) contactul cu pacienți cu boli transmisibile;
- g) contact cu suprafețele contaminate.

(2) Mănușile pot fi:

- a) de uz unic sterile și se utilizează pentru:
 - intervenții chirurgicale;
 - examinare internă
 - intervenții care implică un contact cu regiuni ale corpului în mod normal sterile; uneori sunt necesare mănuși duble;
 - abord vascular central prin puncție;
 - b) de uz unic, nesterile, curate și se utilizează pentru:
 - examinări curente, care implică un contact cu mucoasele, dacă nu există o recomandare contrară;
 - examinări curente, care implică un contact cu tegument pacient cu soluții de continuitate/abord venos;
 - manipularea de materiale contaminate;
 - curățenie, îndepărtare de produse biologice contaminate;
 - manipulare, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
 - c) de uz general, menaj, de cauciuc și se utilizează pentru:
 - activități de întreținere, care implică un contact cu sânge și alte produse biologice considerate a fi contaminate;
 - colectare de materiale contaminate, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
 - manipularea de materiale contaminate;
 - curățenie, îndepărtare de produse biologice
 - manipulare deseuri.
 - d) din materiale ce protejează mâinile de agenți fizici (căldură, radiații, suprafețe abrazive, curent electric) și se utilizează în:
 - sterilizare
 - activități cu risc de iradiere
 - manipularea rețelilor electrice
- (3) Mod de utilizare pentru mănușile de unică folosință:
- a) se schimbă după fiecare pacient;

- b) după folosire se spală mai întâi mâinile cu mănuși, după care acestea se îndepărtează, prinzând marginea primei prin exterior aruncând-o în containerul pentru colectare și apoi prinzând-o pe cealaltă, cu mâna liberă prin interior, scoțând-o cu grijă și aruncând-o în același container;
 - c) după îndepărtarea mănușilor mâinile se spală din nou, 10-15 secunde, chiar dacă mănușile nu prezintă semne vizibile de deteriorare în timpul activității încheiate; mănușile de unică utilizare nu se reutilizează, deci nu se curăță, dezinfectează;
- (4) Mănușile de uz general – de menaj și cele pentru protecție împotriva agenților fizici, se pot decontamina și reutiliza, dacă nu prezintă semne de deteriorare (perforare, îmbătrânire cauciuc, etc.).

Art.377. - 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.378. - Maska de unică folosință, cu 1-2-3 straturi, protejează mucoasele bucală, nazală ale personalului medical.

Art. 379. - Combinizoane impermeabile de unică folosință utilizate în situații excepționale (COVID-19, Ebola, infecții cu grad ridicat de contagiozitate).

Art.380. - Protectoare faciale (ochelari, viziere) protejează: tegumentele, mucoasele din zona oculară.

Art.381. - Bonete/capeline simple din material textil se pot reutiliza sau sunt de unică folosință; cizmele de cauciuc sunt utilizate la nevoie în spălătorie sau de muncitorii din formațiunea de cazarmare.

Art.382. - Halate de unică folosință se folosesc:

- a) În blocul operator – halate chirurgicale, de unică folosință, care asigură bariera corespunzătoare între pacient și personalul medical, confortabile.
- b) Pentru uzul vizitatorilor din secțiile/compartimentele spitalului – din material nețesut, asigură igiena și protecția pacienților.

Art.383. - (1) În funcție de tipul de activitate și de nivelul de risc specific locului de muncă, echipamentul de protecție se adaptează în funcție de expunerea anticipată, astfel:

- a) În Blocul operator:
 - personalul medico-sanitar care participă activ la actul operator: una sau două perechi de mănuși, în funcție de manevrele efectuate, de unică folosință, sterile, halate de unică folosință special destinate blocului operator, măști faciale, ochelari de protecție, bonete/capeline, papuci utilizați doar în blocul operator;
 - personalul medico-sanitar ce nu participă activ la actul operator: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate ochelari de protecție

- personalul din anestezie: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate ochelari de protecție
- în situația în care actul operator implică contact cu pacient suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (COVID-19, febre hemoragice etc) sub echipamentul steril este necesar ca personalul din echipa chirurgicală și anestezică și cel auxiliar din sala de operație să poarte echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).

ATENȚIE: În zona de filtru a Blocului operator este obligatorie schimbarea ținutei de spital cu ținuta de sală, inclusiv încălțăminte!

- a) În spațiile unde se efectuează manevre invazive din cadrul Laboratorului clinic de radiologie imagistică medicală și din cabinetul de endoscopie – se recomandă echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, ochelari de protecție;
- b) În Camera de Gardă a spitalului - se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție.
- c) În A.T.I. - se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție, capelină.
- d) 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.
- e) În zona de acces din ATI este asigurat spațiu (zona de filtru) și echipament de protecție a vizitatorilor, inclusiv pentru personalul medical din alte secții după cum urmează: halat și botoșei de unică folosință.
- f) În situația în care actul medical (la patul pacientului în secțiile și compartimentele spitalului, explorări funcționale, camera de gardă, etc) implică contact cu pacient suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (COVID-19, febre hemoragice etc) este necesar ca personalul medico-sanitar și auxiliar să poarte echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).
- g) Accesul în infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților de la nivelul fiecărei secții/compartiment 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 și 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, mănuși de cauciuc cu plumb, dispozitiv de protecție gonade masculine, inclusiv dozimetre. Echipamentul

individual de protecție se acordă gratuit, atât angajaților proprii, cât și tuturor categoriilor de persoane care au acces în zona controlată în care se desfășoară activități nucleare (personal de inspecție și control, personal în stagii de practică, personale care ajută voluntar pacientul, aparținători). Echipamentul individual de protecție la radiații trebuie să aibă autorizație de securitate radiologică pentru produs, conform Legii nr. 111/1996, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- k) Personalul din serviciul sterilizare utilizează următoarele categorii de echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mănuși de protecție termică, mască facială textilă, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.
- l) Personalul medico-sanitar din secții/compartimente care pregătește instrumentar pentru sterilizat utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.
- 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) Vizitatorii din secțiile medicale, altele decât ATI, trebuie să poarte halatul de unică folosință pus la dispoziție de spital, la intrarea în secție/compartiment.
- o) Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează următoarele echipamente de protecție: mănuși de uz general - menaj, din cauciuc gros rezistent la acțiune mecanică și uzură chimică, mască, și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate se vor purta ochelari de protecție.
- p) Personalul care face curățenie și dezinfecție în mediul de spital trebuie să poarte echipament de protecție format din: echipamentul de spital, mască, mănuși de unică folosință și/sau de menaj, iar la nevoie capelină ochelari de protecție/vizieră dacă activitatea implică formare de stropi sau jeturi de lichide.
- q) Personalul care face curățenie și dezinfecție în laboratorul de analize medicale trebuie să poarte echipament de protecție format din: echipament de spital, halat de unică folosință din material nețesut, mănuși de unică folosință, mască de unică folosință simplă, capelină. Este important ca personalul să-și expună cât mai puțin tegumentele și părul în vederea evitării contaminării mediului cu propriile celule sau substanțe organice de la nivelul acestora.
- r) Personalul din serviciul de bucătărie care lucrează la manipularea, prepararea, transportul, servirea și desfacerea alimentelor sunt obligate să utilizeze echipament de protecție format din: bluză și pantalon/fustă de culoare albă, 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) Personalul care manipulează lenjeria la nivelul secțiilor/compartimentelor spitalului este obligat să utilizeze echipament de protecție (halat de unică folosință din material neșesut, mănuși de unică folosință, mască de unică folosință simplă, capelină, vizieră, etc). Tot echipamentul de protecție se aruncă la părăsirea spălătoriei și constituie deșeu contaminat;
- t) Persoanele care manipulează lenjeria în spălătoria spitalului sunt obligate:
- u) să utilizeze echipamentul de protecție (mănuși rezistente la acțiuni mecanice (mănuși de uz general, de menaj), ochelari de protecție, măști);
- v) personalul din cadrul spălătoriei care lucrează în zona murdară trebuie să poarte peste echipamentul de spital, halat de unică folosință, care la terminarea activității în zona murdară se constituie deșeu contaminat ;
- w) personalul care lucrează în zona curată trebuie să poarte echipament de spital de culoare albă;
- x) 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;
- y) la trecerea din zona murdară în zona curată a spălătoriei (în zona de filtru), personalul este obligat să se echipeze/dezechipeze cu halat de unică folosință din material neșesut;
- z) mănușile menajere utilizate la sortare se spală la sfârșitul turei cu apă caldă și detergent și se refolosesc;
- aa) uniforme de lucru murdare se depozitează în saci separat de lenjeria spitalului și se spală separat.
- bb) Electricianul, instalatorul și muncitorii necalificați au obligația de a purta salopetă/combinezon de protecție, încălțăminte specială sau cizme de protecție, mănuși de protecție speciale, mască de praf și ochelari de protecție. Pentru lucrul la înălțime este obligatorie purtarea căștii de protecție precum și centură de siguranță verificată în termen de valabilitate.
- cc) Personalul de distribuție din depozite (lucrătorii) trebuie să folosească echipament de protecție (mănuși, sorțuri etc.) atunci când manipulează substanțe potențial toxice.

Art. 384. – Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului privind utilizarea echipamentului individual de protecție sunt următorii:

- a) Numărul de infecții nosocomiale generate de aplicarea necorespunzătoare a reglementării privind utilizarea echipamentului individual de protecție, pe ultimul an calendaristic, să nu depășească 5% din totalul IAAM înregistrate în unitate, în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de evenimente adverse asociate asistenței medicale generate de aplicarea necorespunzătoare a reglementării privind utilizarea echipamentului individual de protecție, pe ultimul an calendaristic, să nu depășească 5% din totalul EAAAM înregistrate în unitate, în ultimul an calendaristic.
- c) Numărul de accidente de muncă generate de lipsa echipamentului individual de protecție, pe ultimul an calendaristic, să fie maxim 5% din totalul accidentelor de muncă declarate la nivelul spitalului.

IX.88 Reglementare privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase

Art.385. - Reglementarea procesului privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase, care pot deveni arme de auto- sau heteroagresiune ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unor reguli clare privind măsurile ce trebuie luate de personalul din secția psihiatrie astfel încât accesul pacientului în cadrul spitalului, pe perioada internării, să fie fără obiecte personale potențial periculoase care pot deveni arme de auto- sau heteroagresiune.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate a pacientului
 - alterarea siguranței fizice a personalului si a celorlalti pacienti.

Art.386. - Etapele procesului privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase, care pot deveni arme de auto sau heteroagresiune presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La internare pacientului/apartinătorului i se comunică de către medicul care efectuează internarea sau de asistenta șefă/asistenta de tură, 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).
- b) Interzicerea pastrarii asupra pacientului unor obiecte personale potential periculoase este prevazută în “Reguli si obiceiuri pe care trebuie sa le respecte pacienții si vizitatorii în cadrul secției psihiatrie cronici”care sunt aduse la cunoștința pacientului la internare, constituind Anexa nr. 11 la prezentul Regulament;
- c) În vederea respectării acestei reguli pacientul, hainele și bagajul pacientului vor fi controlate, de către infirmieră, în prezența pacientului și a asistentului medical care efectuează internarea.
- d) Toate obiectele găsite asupra pacientului vor fi inventariate și se va urma una din următoarele conduite:
 - dacă rămân depozitate la magazia (garderobă) spitalului vor fi preluate pe “bon de bunuri pacient”, completat în 2 exemplare de către asistenta/infirmiera de serviciu și semnate de către aceaștia. Un exemplar din bon se păstrează în foaia de observație, iar celălalt exemplar se păstrează la magazie (garderobă), împreună cu obiectele bolnavului.
 - La extenare pacientul/apartinătorul va primi bunurile din magazie împreună cu un exemplar din “bon de bunuri pacient” după semnarea pe ambele exemplare (bonul din magazie si cel păstrat in FO).

- e) În zilele de miercuri, joi și sâmbătă se face controlul obligatoriu a noptierelor și a paturilor din saloane, de către infirmiere, iar eventualele obiecte contondente găsite sunt preluate cu “bon de bunuri pacient” și depozitate la magazia garderobei dacă sunt bunuri personale sau aruncate dacă nu li se poate identifica proprietarul.

Art.387. - 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, să fie cel mult 5% din numărul total de evenimente adverse asociate asistenței medicale înregistrate pe unitate, în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de accidente de muncă generate de aplicarea/neaplicarea reglementării privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase să fie maxim 5% din numărul accidentelor de muncă înregistrate în unitate, în ultimul an calendaristic.

IX.89. Modul de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic

Art.388. –Comunicarea cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic reprezintă un proces extrem de complex care are ca principale scopuri:

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

- Consecințe asupra conduitei ulterioare a pacientului (depresie, neurmarea tratamentului adecvat).

Art.389. –Anexa nr. 7 din prezentul Regulament prezintă un scurt ghid privind comunicarea cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic.

Art.390. – Indicatori de eficacitate/eficiență, după caz:

- a) Numărul de reclamații primite în ultimul an calendaristic care au ca subiect comunicarea defectuoasă cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic să fie maxim 0,1% din total reclamații înregistrate pe spital.
- b) Număr de tentative de suicid înregistrate în unitate în ultimul an calendaristic la pacienții cu diagnostic oncologic, raportat la total pacienți cu diagnostic oncologic internați, să fie cel mult 0,01%.

IX.90. - Predarea/preluarea pacienților cu suspiciune de boală cronică renală (B.C.R.) de/către medicul nefrolog

Art.391. – 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;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate a pacientului / deces.

Art.392. –Etapele procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Spitalului, potrivit protocolului de depistare a pacienților cu B.C.R. existent, creatinina, clearance-ul de creatinină și sumarul de urină sunt determinări uzuale la pacienții internați fiind, potrivit deciziei Consiliului medical, analize care fac parte din setul minim de analize care se fac pentru toți pacienții internați în regim de spitalizare continuă. Excepțiile de la această regulă sunt luate prin decizie a Consiliului medical la propunerea șefilor de secții/compartimente cu paturi. În plus, în protocoalele clinice este precizată obligativitatea determinării raportului albumină (proteine)/creatinină în urină proaspăt emisă sau albuminurie (proteinurie) în urină din 24 ore, la bolnavii internați cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă-transplant), indiferent dacă aceste diagnostice de internare sunt principale sau secundare.
- b) Personalul medical din cadrul Laboratorului analize medicale al Spitalului calculează rata filtrării glomerulare (RFG) plecând de la creatinina serică și, în situația că valorile eRFG se încadrează la niveluri critice ($RFG < 60 \text{ ml/min/1,73 mp}$ se efectuează albumina), aplică prevederile pct. IX.28 „Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor” din prezentul Regulament.
- c) Pacienții cu B.C.R. trebuie îndrumați de către medicii curanți către Cabinetul de nefrologie din Ambulatoriul integrat –în situația în care acesta este încadrat cu

medic de specialitate „nefrologie” sau serviciile de nefrologie din alt spital cu care are protocol de colaborare pentru consulturi interclinice sau pentru exprimarea unei o „a doua opinii medicale”. 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) Situațiile care impun trimiterea de către medicii curanți la astfel consulturi sunt următoarele:

- v. Trimitere imediată - sunt acele situații în care întârzierea inițierii tratamentului (inclusiv prin dializă) poate determina evoluție gravă sau deces
- vi. Trimiterea de urgență - indică posibilitatea agravării situației clinice în lipsa unui tratament prompt
- vii. Trimiterea de rutină se adresează situațiilor în care consulturile pot fi planificate

Această ierarhizare este impusă de capacitatea actuală redusă a serviciilor de nefrologie din România și urmărește evitarea situațiilor în care bolnavii nu au acces, în condiții de siguranță, la servicii specializate. În concluzie, criteriile amintite nu trebuie interpretate ca o limitare a libertății medicilor sau a pacienților de a solicita consultații specializate, în orice moment, indiferent de starea clinică.

e) Criterii cadru pentru trimiterea pacienților de către medicii curanți la consult de specialitate în specialitatea „nefrologie” sunt următoarele:

A. Probleme nefrologice, indiferent de eRFG:

I. Trimitere imediată pentru:

- Creștere a concentrației creatininei serice cu 0.3mg/dL sau creștere procentuală a creatininei serice cu mai mult de 50% (1.5 ori) față de valorile anterioare sau o reducere a debitului urinar (oligurie documentată de sub 0.5mL/min pentru mai mult de 6 ore);
- HTA malignă;
- Tulburări ale echilibrului hidro-electrolitic (hiperkaliemie >7.0mEq/L, hipokaliemie <2.5 mEq/L, hipercalcemie >11mg/dL);
- Tulburări ale echilibrului acido-bazic (acidoză metabolică severă, bicarbonat standard <15mEq/L);

II. Trimitere de urgență pentru bolnavii cu eRFG stabil și:

- Proteinurie >3000mg/g creatinină urinară și hipoalbuminemie, ± edeme (sindrom nefrotic);
- Proteinurie >1000mg/g creatinină urinară asociată cu hematurie microscopică (sindrom nefritic);

III. Trimitere de rutină pentru bolnavii cu eRFG stabil și:

- Proteinurie $\geq 1+$ la testul bandelei 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):

- I. Trimitere imediată <15mL/min/1.73m², indiferent dacă sunt prezente manifestări ale uremiei sau nu.
- II. Trimitere de urgență 15-29mL/min/1.73m², dacă BCR nu este cunoscută sau eRFG nu este stabilă
- III. Trimitere de rutină în restul cazurilor.

C.Trimitere de rutină – la valori de 30-59mL/min/1.73m² dacă se constată:

- IV. Scădere progresivă a eRFG sau creștere progresivă a concentrației creatininei serice;
- V. Prezența hematuriei microscopice;
- VI. Proteinurie >200mg/g creatinină urinară;
- VII. Anemie inexplicabilă (Hb<11g/dL), acidoză, kaliemie, calcemie sau fosfatemie anormale;
- VIII. Suspiciune de boală sistemică, de ex. LES;
- IX. PA „necontrolabilă” (≥150/90mmHg la 3 agenți antihipertensivi).

D. Trimiterea nu este necesară la valori a eRFG cuprinse între 60-89mL/min/1.73m² dacă nu există vreuna din situațiile de mai sus.

a) Toate scrisorile medicale eliberate de către medicii curanți pentru pacienții externati cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată vor conține în mod obligatoriu indicații de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (RFG). Respectivetele scrisori medicale trebuie însoțite și de următoarele informații minime obligatorii:

- X. Anamneză medicală generală
- XI. Simptomatologie reno-urinară
- XII. medicație
- XIII. Examen fizic (elemente relevante pozitive - PA, diureză etc.)
- XIV. Testul bandetei reactive pentru hematurie și proteinurie
- XV. Raportul proteinurie/creatininurie, în caz de existență a proteinuriei
- XVI. Hemograma
- XVII. Valorile serice: creatinină, sodiu, potasiu, albumine, calciu, fosfat, colesterol, glicemie
- XVIII. Hb A1c (în diabetul zaharat)
- XIX. Toate rezultatele anterioare ale creatininemiei
- XX. Ecografie abdominală, dacă este disponibilă

b) La nivelul fiecărei secții medicale din cadrul Spitalului funcționează o evidență/registru (conform unui model agreat de către Consiliul medical) în care vor fi înscrși, prin grija asistentei șefe, toți pacienții cu suspiciune de B.C.R. identificați în urma aplicării de către medicii curanți a protocolului de depistare a pacienților cu B.C.R..

Art.393. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog sunt următorii:

- a) Număr de pacienți cu suspiciune de B.C.R. identificați în urma aplicării de către medicii curanți a protocolului de depistare a pacienților cu B.C.R., înregistrați în

evidențele/registrele care funcționează pe secțiile medicale, din total pacienți internați pe respectivele secții, 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 pacienților cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă/transplant) pentru care s-a consemnat în F.O.C.G. raportul albumină (proteine)/creatinină în urină per număr F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic.

IX.91. - Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o spital cu competență de a trata cazuri oncologice

Art.393. Reglementarea modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice are ca principale scopuri:

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

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

- a) În cadrul Spitalului setul de investigații necesare diagnosticării oncologice este stabilit prin protocoalele de diagnostic și tratament aplicabile în structurile medicale cu competență de a trata cazuri oncologice. Suspiciunea de diagnostic oncologic este identificată pe secțiile de profil în funcție de localizarea acestuia.
- b) Diagnosticul oncologic este precizat în baza buletinului de examinări histopatologice de către medicul anatomo-patolog al spitalului, care în caz de tumori maligne trece și codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broșura de clasificare a tumorilor.
- c) Orice tumoră primară nou-diagnosticată, pentru care, prin metode clinice și/sau de laborator, s-a stabilit un diagnostic raportabil, este obligatoriu a fi raportată nominal către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord-Vest - Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, care grupează județele Bihor, Bistrita-Nasaud, Cluj, Salaj, Satu Mare si Maramures
- d) 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 și C75.1-C75.3. Sunt exceptate de la raportare leziunile vasculare benigne ale meningelui (hemangioame) și leziunile chistice;
 - iii. afecțiunile borderline, indiferent de topografie.
- e) 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:
 - iv. stabilirea unui diagnostic raportabil la un caz nou de cancer sau luarea în evidență pentru urmărire și/sau tratament;
 - v. orice revizuire a diagnosticului unei afecțiuni raportabile către o altă categorie diagnostică raportabilă;
 - vi. diagnosticarea progresiei unei leziuni precanceroase sau in situ către tumora invazivă;
 - vii. înfirmarea diagnosticului unei tumori deja raportate;
 - viii. finalizarea unuia sau mai multor tipuri de tratamente stabilite în cadrul terapiei inițiale;
 - ix. decesul cu sau prin cancer.
- f) 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.
- g) Medicul desemnat pentru raportarea cancerului este obligat să transmită către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord-Vest - Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, care grupează județele Bihor, Bistrita-Nasaud, Cluj, Salaj, Satu Mare și Maramures;
- h) 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.
- i) Șeful laboratorului de analize medicale are de asemenea obligația să comunice nominal către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord-Vest - Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, care grupează județele Bihor, Bistrita-Nasaud, Cluj, Salaj, Satu Mare și Maramures;

- j) 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.
- k) În cazul în care examenul necropsic efectuat la un pacient internat 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 - Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, care grupează județele Bihor, Bistrita-Nasaud, Cluj, Salaj, Satu Mare și Maramures;
- l) Medicul curant aduce la cunoștința pacientului conduita terapeutică propusă, comunicarea în această situație între medic și pacient se va face cu respectarea prevederilor pct. X.30 "Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic" din prezentul Regulament.
- m) Terapia pacientului diagnosticat oncologic va fi asigurată de medicul curant, respectând toate indicațiile medicului oncolog care a asigurat consult intraspitalicesc și cu acordul informat al pacientului.
- n) În toate situațiile în care există incertitudini privind diagnosticul și/sau terapia aferentă acestuia sau/și se constată că sunt depășite competențele spitalului (datorate: lipsei specialiștilor, lipsa competențelor profesionale necesare, dotare tehnico-materială insuficientă etc.) pacienților suspecți/diagnosticați oncologic li se comunică diagnosticul prezumtiv și li se face recomandarea de a se adresa unei unități spitalicești cu competență în a trata cazuri oncologice. Recomandarea se face în documentele de externare (scrisoare medicală, bilet de externare), de regulă – respectivii pacienți fiind îndrumați să se adreseze într-o primă etapă spre unitățile sanitare cu competență în a trata cazuri oncologice cu care Spitalul are încheiate contracte/protocoale de colaborare.

Art. 394. Indicatorii de eficiență și eficacitate ai reglementării privind modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice sunt următorii:

- a) **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 - Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, care grupează județele Bihor, Bistrita-Nasaud, Cluj, Salaj, Satu Mare și Maramures în ultimul an calendaristic.**
- b) **Număr de pacienți suspecți/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.**

CAPITOLUL X - CRITERIILE ȘI PROCEDURILE DE PROMOVARE ȘI DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR

Art.388. - (1) Prin promovare se asigură evoluția în carieră a personalului contractual, prin trecerea într-un grad superior sau treaptă profesională superioară, într-o funcție de conducere sau într-o funcție pentru care este prevăzut un nivel de studii superior.

(2) Promovarea personalului contractual din cadrul Spitalului se face cu respectarea întocmai a prevederilor *H.G. nr. 1.336 din 28 octombrie 2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice.*

Art.389. - Examenul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din Spitalul Clinic „Avram Iancu” Oradea se organizează pentru posturile prevăzute în statul de organizare propriu, după finalizarea perioadei de evaluare a performanțelor profesionale individuale sau, în cazul personalului contractual încadrat ca debutant, în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea perioadei de 6 luni de activitate profesională.

(2) Anterior organizării examenului, în cadrul Spitalului se analizează situația personalului contractual încadrat în structura proprie, care îndeplinește condițiile de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare și ierarhic aprobarea desfășurării acestuia, atunci când este cazul.

Art.390. - (1) Examenul de promovare în grade sau trepte profesionale a personalului contractual constă în susținerea unei probe scrise sau a unei probe practice, după caz, și interviu stabilite de comisia de examinare.

(2) Proba practică se susține în cazul funcțiilor contractuale la care este necesară verificarea abilităților practice.

(3) Pentru a participa la examenul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare, candidatul trebuie să fi obținut calificativul „foarte bine” la evaluarea performanțelor profesionale individuale cel puțin de două ori în ultimii 3 ani, în care acesta s-a aflat în activitate.

(4) În vederea evaluării și promovării în grade/trepte profesionale a personalului contractual din cadrul spitalului, se vor aplica prevederile *H.G. nr. 1.336 din 28 octombrie 2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice.*

Art.391. - (1) Procedura și criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul contractual din cadrul Spitalului sunt cele specificate de *O.M.A.I. nr. 94/2011 privind evaluarea performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual încadrat în Ministerul Administrației și Internelor, și a Ordinului nr. 140/2016 privind activitatea de management resurse umane în unitățile de poliție ale M.A.I., toate cu modificările și completările ulterioare.*

(2) Criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul contractual din cadrul Spitalului se stabilesc prin contractele individuale de muncă sau/și actele adiționale la contractele individuale de muncă, după caz, și se consemnează în fișa de evaluare anuală a activității profesionale.

(3) **În mod obligatoriu, în cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, comunicarea cu pacienții/ aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului contractual.**

Art.392. (1) Activitatea profesională a personalului contractual se apreciază anual, ca urmare a evaluării performanțelor profesionale individuale.

(2) Evaluarea performanțelor profesionale individuale, constă în aprecierea obiectivă a activității personalului contractual, de către seful ierarhic nemijlocit, prin compararea gradului de îndeplinire a obiectivelor individuale, stabilite anual, cu rezultatele obținute în mod efectiv, în funcție de criteriile stabilite de prezentul ordin. Fisa de evaluare individuala se aproba de către conducatorul unitatii. Evaluarea care nu corespunde realității atrage răspunderea disciplinara a celui vinovat.

(3) Activitatea de evaluare este o obligație de serviciu a șefilor ierarhici/ comandanților, care poartă întreaga răspundere pentru obiectivitatea acesteia.

(4) Șefii de la toate nivelurile ierarhice au obligația să asigure continuitatea cunoașterii activității, conduitei și potențialului de dezvoltare a personalului din subordine, în vederea realizării unei evaluări cât mai complete și corecte a personalului.

(5) Scopul evaluării constă în:

a) stabilirea gradului de compatibilitate a persoanei evaluate cu cerințele cuprinse în fișa postului;

b) stabilirea obiectivelor profesionale individuale pentru perioada de evaluare următoare;

c) fundamentarea activității de promovare în funcții, grade și trepte profesionale;

d) fundamentarea activității de recompensare;

e) identificarea nevoilor de formare profesională continuă;

f) validarea programelor de recrutare, selecție, încadrare, formare profesională continuă;

g) înlesnirea dialogului dintre șef și subordonat în vederea creșterii performanței profesionale;

h) acordarea altor drepturi stabilite de actele normative în vigoare.

(6) Rezultatul evaluării se consemnează în raportul de evaluare.

Art. 393.- (1) Activitatea de evaluare a personalului contractual se realizează în perioada 1 ianuarie-15 februarie a fiecărui an, iar perioada evaluată este cuprinsă între 1 ianuarie-31 decembrie anului anterior celui în care se face evaluarea.

(2) Evaluarea se face numai în cadrul perioadei de evaluare și numai pentru personalul contractual care a desfășurat activitate profesională în aceeași unitate cel puțin 6 luni. Excepțiile sunt prevazute de Ordinul M.A.I. 94/2011.

(3) Personalul contractual debutant nu se supune evaluării.

(4) Personalul contractual nu va fi evaluat pentru perioada în care i se suspendă raportul de muncă.

Art. 394.- (1) Procesul de evaluare a performanțelor profesionale individuale are ca elemente de referință:

a) fișa postului, ca element de raportare la cerințele postului, activitățile și responsabilitățile corespunzătoare postului;

b) obiectivele profesionale individuale stabilite pentru perioada evaluată;

c) criteriile de evaluare stabilite la art. 396 din prezentul Regulamentul intern.

(2) Interviu de evaluare se finalizează cu stabilirea obiectivelor profesionale individuale pentru anul următor.

(3) Personalul încadrat pe durata determinată se evaluează pentru durata pe care a fost angajat.

Art. 395.- (1) Criteriile de analiză a postului, prevăzute de lege, în baza cărora sunt stabilite criteriile de evaluare a performanțelor profesionale individuale sunt următoarele:

- a) cunoștințe și experiență;
- b) complexitate, creativitate și diversitatea activităților;
- c) judecata și impactul deciziilor;
- d) influență, coordonare și supervizare;
- e) contacte și comunicare;
- f) condiții de muncă;
- g) incompatibilități și regimuri speciale.

(2) Criteriile de evaluare a performanțelor profesionale individuale sunt următoarele:

- a) nivelul cunoștințelor și abilităților;
- b) nivelul de implicare în îndeplinirea atribuțiilor;
- c) dificultatea/complexitatea atribuțiilor îndeplinite - în raport cu posturi similare;
- d) capacitatea de lucru cu supervizare redusă;
- e) loialitatea față de instituție;
- f) capacitatea de lucru în echipă;
- g) capacitatea de comunicare.

(3) Suplimentar față de criteriile stabilite la alin. (2), pentru personalul contractual care ocupă posturi prevăzute cu studii superioare și studii superioare de scurtă durată, respectiv studii universitare de licență sau studii universitare de masterat, se stabilesc următoarele criterii de evaluare a performanțelor profesionale individuale:

- a) capacitatea de a-și asuma responsabilități;
- b) capacitatea de a se perfecționa și a valorifica experiența dobândită;
- c) spiritul de inițiativă.

(4) Suplimentar față de criteriile stabilite la alin. (2), pentru personalul contractual care ocupă funcții de conducere se stabilesc următoarele criterii de evaluare a performanțelor profesionale individuale:

- a) capacitatea de a organiza;
- b) capacitatea de a coordona;
- c) capacitatea de a controla;
- d) capacitatea de a decide;
- e) capacitatea de a dezvolta abilitățile personalului;
- f) capacitatea de analiză și sinteză;
- g) creativitatea și spiritul de inițiativă.

Art. 396.-(1) Obiectivele profesionale individuale și criteriile de evaluare a performanțelor profesionale individuale se notează de către evaluator cu note de la 1 la 5, nota 1 reprezentând minimul, iar nota 5 maximul.

(2) Îndeplinirea obiectivelor are o pondere de 70% în evaluarea finală, iar realizarea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale are o pondere de 30% în evaluarea finală. Nota finală acordată persoanei evaluate este dată de media ponderată a notelor acordate la îndeplinirea obiectivelor, la care se adaugă media ponderată a notelor acordate la criteriile de evaluare a performanțelor profesionale individuale.

(3) Calificativul final al evaluării se stabilește pe baza notei finale, după cum urmează:

- a) între 1,00 și 2,00 - nesatisfăcător;

- b) între 2,01 și 3,50 - satisfăcător;
- c) între 3,51 și 4,50 - bine;
- d) între 4,51 și 5,00 - foarte bine.

Art. 397.- (1) Rapoartele de evaluare se aduc la cunoștința celor evaluați, după aprobare, de către șefii care le-au întocmit. Evaluatorii au obligația să asculte opiniile celor evaluați cu privire la corectitudinea și obiectivitatea aprecierilor și să motiveze deciziile luate.

(2) Fiecare persoană evaluată va lua cunoștință, sub semnătură, de rezultatele evaluării.

Art. 398.- (1) Persoana nemulțumită de rezultatul evaluării/calificativului acordat are dreptul de a contesta, în termen de 5 zile lucrătoare de la luarea la cunoștință, rezultatul evaluării și calificativul acordat. Contestația se menționează în raportul de evaluare, prin marcarea în rubrica destinată, sau se depune la secretariatul unității/instituției sau autorității publice din care face parte șeful care a aprobat evaluarea, printr-un raport personal al persoanei evaluate, în care se cuprind motivele și argumentele corespunzătoare.

(2) Rezultatul cercetării aspectelor contestate se consemnează într-un proces-verbal care, împreună cu documentele de verificare și raportul de evaluare, se prezintă șefului competent să soluționeze contestația. Hotărârea asupra contestației este definitivă, se consemnează în raportul de evaluare și se comunică celui în cauză, pe bază de semnătură, în termen de 5 zile lucrătoare de la constituirea comisiei de cercetare a contestației.

(3) Documentele întocmite în urma verificărilor se atașează la raportul de evaluare, care se introduce în dosarul personal al persoanei evaluate.

CAPITOLUL XI - REGULI REFERITOARE LA PREAVIZ

Art. 399. - (1) Persoanele concediate în temeiul art. 61 lit. c) și d), al art. 65 și 66 din Codul muncii, beneficiază de dreptul la un preaviz de 20 zile lucrătoare (cu excepția persoanelor concediate în temeiul art. 61 lit. d) din Codul muncii, care se află în perioada de probă).

Art. 400. - (1) În cazul demisiei termenul de preaviz este obligatoriu. Termenul de preaviz este cel convenit de părți în contractul individual de muncă sau, după caz, cel prevăzut în contractele colective de muncă aplicabile și este de 20 zile lucrătoare pentru salariații cu funcții de execuție, respectiv de 20 zile lucrătoare pentru salariații care ocupă funcții de conducere.

(2) Scopul preavizului este acela de a asigura angajatorului posibilitatea de a lua măsurile necesare înlocuirii salariatului demisionar, evitându-se astfel consecințele negative pe care le-ar putea avea încetarea intempestivă a contractului de muncă.

(3) Pe durata preavizului contractul individual de muncă continuă să își producă toate efectele.

(4) În situația în care în perioada de preaviz contractul individual de muncă este suspendat, termenul de preaviz va fi suspendat corespunzător.

(5) Contractul individual de muncă încetează la data expirării termenului de preaviz sau la data renunțării totale ori parțiale de către angajator la termenul respectiv.

(6) Nerespectarea de către angajat a termenului de preaviz, fără motive întemeiate, echivalează cu absentarea nemotivată de la locul de muncă, angajatorul având dreptul să declanșeze procedura de cercetare disciplinară.

Art. 401. - (1) Salariatul poate demisiona fără preaviz dacă angajatorul nu își îndeplinește obligațiile asumate prin contractul individual de muncă. Astfel de situații pot apărea când angajatorul nu plătește salariul, nu ia măsuri pe linia asigurării sănătății ori securității în muncă, nu creează condițiile optime pentru îndeplinirea normelor de muncă etc. În astfel de situații, contractul de muncă încetează chiar în ziua în care salariatul transmite notificarea sa angajatorului.

(2) De asemenea, angajatorul poate renunța la preaviz, demisia fiind în acest caz fără preaviz.

(3) Pe durata sau la sfârșitul perioadei de probă, contractul individual de muncă poate înceta exclusiv printr-o notificare scrisă, fără preaviz, la inițiativa oricăreia dintre părți, fără a fi necesară motivarea acesteia.

CAPITOLUL XII - PROGRAMUL ORAR DE MUNCA

Art.402. - Programul orar de munca al personalului spitalului și activitățile care se desfășoară în cadrul acestuia se stabilesc de către directorul general al Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare.

Art.403. – (1) Programul orar de munca al personalului Spitalului este următorul:

a) – personalul sanitar, tehnic, economic și administrativ, personalul de deservire și pază precum și muncitorii angajați cu normă întreagă, durata de muncă este de 8 ore /zi, 40 de ore pe săptămână. Repartizarea timpului de muncă este de regulă de 8 ore/zi, timp de 5 zile cu 2 zile de repaus;

b) – medicii polițiști /civili care își desfășoară activitatea în radiologie și imagistică medicală

au program de 6 ore /zi;

c) – medicii polițiști care îndeplinesc atribuțiile de director general și director gen. adj. medical au program de 8 ore zilnic;

d) – medicii polițiști /civili care lucrează în secțiile și compartimentele cu paturi au program de 7 ore/zi, în program continuu sau divizat astfel:

- 6 ore în cursul dimineții, în zilele lucrătoare

- 18 ore de gardă lunar;

e) – personalul sanitar superior, altul decât medici, are program de 7 ore/zi, mai puțin asistenții medicali cu studii superioare care au program de 8 ore/zi;

f) – personalul sanitar mediu are program de 8 ore zilnic, personalul încadrat în laboratorul de analize medicale și sterilizare are program de 7 ore zilnic, iar personalul încadrat în laboratorul de radiologie are program de 6 ore zilnic;

g) – personalul sanitar auxiliar are program de 8 ore zilnic, personalul încadrat în laboratorul de analize medicale are program de 7 ore zilnic, iar personalul din Laboratorul de Radiologie are program de lucru de 6 ore zilnic;

h) – personalul tehnic, economic, administrativ, de deservire și pază precum și muncitorii au program de 8 ore zilnic, iar în funcție de desfășurarea activității, muncitorii pot desfășura activitatea în 3 ture;

(2) În situația că se impune, funcție de necesitățile curente ale structurilor din cadrul Spitalului Clinic „Avram Iancu” Oradea sau de anumite probleme personale ale personalului spitalului, programul orar pentru una sau mai multe persoane poate fi modificat la propunerea șefului locului de muncă interesat sau a persoanei interesate, de către directorul general spitalului.

Art.404. – Timpul de muncă al diferitelor categorii de personal din cadrul Spitalului, precum și 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 și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare.*

CAPITOLUL XIII - DISPOZIȚII FINALE

Art.405. – (1) Dispozițiile prezentului Regulament se completează cu prevederile normativelor aplicabile în Ministerul Sănătății, Ministerul Afacerilor Interne și ale legislației muncii.

(2) Regulile de aplicare detaliată la nivelul Spitalului Clinic „Avram Iancu ” Oradea a principalelor reglementări cuprinse în prezentul Regulament, vor fi elaborate prin grija șefilor de compartimente funcționale ale Spitalului, prin proceduri documentate întocmite la nivelul acestora, care, după aprobarea lor de către directorul general, vor fi aduse la cunoștință, sub semnătură, structurilor/persoanelor interesate.

(3) În măsura în care actele normative menționate în prezentul Regulament se modifică, se completează sau se abrogă, prevederile Regulamentului se vor aplica în limita prevederilor actelor normative nou intrate în vigoare, cu respectarea ierarhiei acestora, urmând ca revizuirea Regulamentului să se facă de către factorii responsabili din cadrul spitalului, în timpul cel mai scurt posibil, după caz.

Art.406. - Anexele nr. 1 -15 fac parte integrantă din prezentul Regulament.

ANEXE

Anexa 1 - DEFINIȚII

Anexa 2 - ACTELE NORMATIVE ÎN BAZA CĂRORA ESTE ÎNTOCMIT

Anexa 3 – *MODEL* - Acordul scris al pacientului pentru interviu cu mass-media

Anexa 4 - REGULI DE RELAȚIONARE CU MIJLOACELE DE MASS-MEDIA

Anexa 5 – *MODEL* -Acord liber consimțit privind evaluarea psihologică a angajatului

Anexa 6 – *MODEL* - Protocol de colaborare

Anexa 7 - Ghid privind comunicarea cu pacientul reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic

Anexa 8 – *MODEL* - Acord liber consimțit privind evaluarea psihologică a pacientului

Anexa 9 – *MODEL* - Raport de psihodiagnostic și evaluare clinică

Anexa 10 – *MODEL*- Proces-verbal de returnare medicamente în farmacie

Anexa 11 - REGULI PENTRU PACIENȚI ȘI APARTINĂTORI

Anexa 12 – *MODEL* - Formular de solicitare cont de acces SIC

Anexa 13 – *MODEL* - Acordul pacientului informat

Anexa 14 – *MODEL* - RAPORT privind asistența medicală acordată în situații de urgență

Anexa 15 – LISTA DE DIFUZARE A ROI EDIȚIA – 2025