

A V I Z A T
ȘEFUL DIRECȚIEI MEDICALE
General de brigadă medic

Conf.univ. Dr. Dragoș-Marian POPESCU

ORDIN

**PENTRU APROBAREA REGULAMENTULUI DE ORDINE INTERIOARĂ
AL SPITALULUI CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR
”DR. ȘTEFAN ODOBLEJA” CRAIOVA**

**Comandantul Spitalului Clinic de Urgență Militar
”Dr. Ștefan Odobleja” Craiova**

În scopul stabilirii la nivelul Spitalului Clinic de Urgență Militar ”Dr. Ștefan Odobleja” Craiova a regulilor privind protecția, igiena și securitatea în muncă, drepturile și obligațiile angajatorului, ale salariaților, ale pacienților, aparținătorilor acestora și vizitatorilor, procedura de soluționare a cererilor sau reclamațiilor individuale ale salariaților, regulile concrete privind disciplina muncii în unitate, abaterile disciplinare și sancțiunile aplicabile și a modalităților de aplicare a dispozițiilor legale sau contractuale specifice;

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

În temeiul dispozițiilor:

- art. 241-246 din Legea nr. 53/24.06.2003 - Codul muncii republicat, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinului ministrului apărării nr. M. 38/15.01.2016 pentru aprobarea „R.G.1,Regulamentul de ordine interioară în unitate”,
- Ordinul ministrului apărării nr. M.17/04.02.2012 pentru aprobarea „Regulamentului de ordine interioară aplicabil personalul civil din Ministerul Apărării Naționale,

emite următorul ordin

Art. 1. – Se aprobă „REGULAMENTUL DE ORDINE INTERIOARĂ AL SPITALULUI CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR ”DR. ȘTEFAN ODOBLEJA” CRAIOVA”, prevăzut în anexa care face parte din prezentul ordin.

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

- „Regulamentul de ordine interioară al Spitalului Clinic de Urgență Militar ”Dr. Ștefan Odobleja” Craiova”, înregistrat la nr. A _____ din _____.

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

Comandantul Spitalului Clinic de Urgență Militar ”Dr. Ștefan Odobleja” Craiova
Colonel

medic Iulian MEȘINĂ

Avizat
Consilier juridic

Avizat
Consiliu etic
P.V. _____

-Pagină albă-

CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE.....	7
1.1. Domeniul de aplicabilitate.....	7
1.2. Domeniul de adresabilitate.....	7
1.2.1. Modul de aducere la cunoștință a prevederilor Regulamentului.....	8
CAPITOLUL II - REGULI PRIVIND PROTECȚIA, IGIENA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ.....	10
CAPITOLUL III - REGULI PRIVIND RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ȘI A ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂȚII	13
CAPITOLUL IV - DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE CONDUCERII SPITALULUI ȘI ALE PERSONALULUI ACESTUIA	15
4.1. Drepturile și obligațiile conducerii Spitalului.....	15
4.2. Drepturile și obligațiile personalului Spitalului.....	16
CAPITOLUL V - PROCEDURA DE SOLUȚIONARE A CERERILOR SAU A RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR	20
CAPITOLUL VI - REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN UNITATE.....	23
CAPITOLUL VII - ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANȚIUNILE APLICABILE.....	25
CAPITOLUL VIII - REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ.....	27
CAPITOLUL IX - MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE REGULAMENTARE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE.....	28
9.1. Conducerea activităților	28
9.2. Pregătirea centralizată	29
9.3. Organizarea pregătirii pentru asigurarea capacității operaționale și de reacție imediată.....	30
9.4. Activități de control și evaluare.....	30
9.5. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor.....	30
9.5.1. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activității zilnice	33
9.6. Serviciul de permanență, pază și intervenție	33
9.7. Apărarea împotriva incendiilor	34
9.7.1. Evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie.....	35
9.7.2. Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului	39
9.8. Reguli de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute.....	41
9.9. Protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora)	43
9.10. Modalitatea în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate	44
9.11. Activitatea comisiei de evaluare a ofertelor în cadrul procedurilor de atribuire a acordurilor cadru/ contractelor de achiziție publică.....	46
9.11.1 Procesul de verificare și evaluare	48
9.11.1.1 Evaluarea propunerii tehnice	48
9.11.1.2 Evaluarea propunerii financiare	50
9.11.1.3 Stabilirea ofertelor inacceptabile și neconforme	50
9.11.2 Stabilirea ofertei câștigătoare.....	51
9.12. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal	52

9.13. Modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.....	53
9.14. Modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora	56
9.15. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate	58
9.16. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul.....	59
9.17. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu ..	62
9.18. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare	64
9.19. Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate.....	65
9.20. Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern.....	66
9.21. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți	67
9.22. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media.....	69
9.23. Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic	69
9.24. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative	72
9.25. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților.....	73
9.26. Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz.....	74
9.27. Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare.....	74
9.28. Modalitatea de monitorizare a a sistemului de monitorizare.....	78
9.29. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale.....	78
9.30. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor	81
9.31. Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală	82
9.32. Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic	84
9.33. Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați	84
9.34. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului.....	85
9.35. Modul de utilizarea paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor	87
9.36. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament	88
9.37. Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric.....	90
9.38. Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență de a trata cazuri oncologice.....	92
9.39. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare	93
9.40. Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate	95
9.41. 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.....	96
9.42. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului	97
9.43. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale	99
9.44. Modul de acordare a timpului legal de repaus pentru medicii care prestează serviciu de gardă.....	103
9.45. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor	104
9.46. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor	105
9.47. - Predarea/preluarea pacienților cu suspiciune de boală cronică renală (B.C.R.) de/către medicul nefrolog.....	108
9.48. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților	110
9.49. Modul de respectare a intimității pacientului.....	112

9.50. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate..	113
9.51. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale	116
9.52. Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice.....	117
9.53. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament	119
9.54. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii.....	122
9.55. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare.....	123
9.56. Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat	125
9.57. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente	129
9.58. Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului.....	129
9.59. Determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități	131
9.60. Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale	134
9.61. Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile	136
9.62. Colaborarea dintre C.P.U. și serviciile de urgență prespitalicești	138
9.63. Preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă.....	140
9.64. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I.....	144
9.65. Accesul în Compartimentul A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia	146
9.66. Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română.....	147
9.67. Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice.....	148
9.68. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian	150
9.69. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe.....	151
9.70. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal.....	155
9.71. Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic	158
9.72. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții.....	159
9.73. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate.....	160
9.74. Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice	163
9.75. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților	165
9.76. Controlul calității hranei	166
9.77. 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	167
9.78. Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale	168
9.79. Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia	171
9.80. Modul de realizare al meniurilor zilnice.....	172
9.81. Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă	173
9.82. Circuitul documentelor în cadrul spitalului.....	175
9.83. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului	181
9.84. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului.....	183
9.85. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului	186

9.86. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului.....	187
9.87. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului.....	188
9.88. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului	190
9.89. 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 ..	197
9.90. Utilizarea echipamentului individual de protecție.....	202
9.91. Negocierea și stabilirea indicatorilor specifici de performanță ai managementului secției/laboratorului/ serviciului.....	205
CAPITOLUL X - CRITERIILE ȘI PROCEDURILE DE PROMOVARE ȘI DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR.....	208
CAPITOLUL XI - PROGRAMUL ORAR.....	209
CAPITOLUL XII - DISPOZIȚII FINALE	210
Anexa nr. 1 – Definiții.....	211
Anexa nr. 2 - Actele normative în baza cărora este întocmit Regulamentul de ordine interioară al Spitalului	213
Anexa nr. 3 – Modele permise acces.....	214
Anexa nr. 4 – Modele cerere eliberare permis de acces temporar.....	215
Anexa nr. 5 – Modele angajament de confidențialitate pentru persoanele care desfășoară stagiul de practică.....	216
Anexa nr. 6 – Modele angajament de confidențialitate pentru persoanele care desfășoară activități de voluntariat.....	217
Anexa nr. 7 – Fluxul privind circulația documentelor.....	218
Anexa nr. 8 – Model cerere multiplicare	224
Anexa nr. 9 – Model cerere avizare scoatere documente din fondul arhivistic	225
Anexa nr. 10 – Raport de informații, Model acord scris al pacientului pentru desfășurare interviu / filmare și Consimțământul.....	226
Anexa nr. 11 - Reguli de relaționare cu mijloacele de mass-media civile	229
Anexa nr. 12 – Protocol de colaborare	230
Anexa nr. 13 - Ghid privind comunicarea cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic.....	232
Anexa nr. 14 – Solicitare retur medicamente / materiale sanitare în farmacie.....	234
Anexa nr. 15 – Tabel grad mediu de dependență	235

CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE

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

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

a) drepturilor și îndatoririlor tuturor categoriilor de personal din cadrul Spitalului precum și cerințelor care stau la baza relațiilor între acestea, specifice Spitalului;

b) raporturilor de muncă, încheiate între Spital, în calitate de angajator, reprezentată de comandant și personalul contractual civil, 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, precum și în regulamentele, ordinele și dispozițiile emise în cadrul Ministerului Apărării Naționale, care sunt adaptate la specificul activităților desfășurate în Spital, stabilind modalitățile de pregătire și îndeplinire a obiectivelor din planul cu activitățile Spitalului și/sau ordine și dispoziții ale eșaloanelor superioare.

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

1.2. Domeniul de adresabilitate

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

a) ofițerilor, maiștrilor militari, subofițerilor, soldaților și gradaților profesioniști încadrați / detașați, sau aflați în misiune ori alte activități care se desfășoară în Spital;

b) personalului contractual civil încadrat / detașat sau aflat în misiune ori alte activități care se desfășoară în Spital;

c) pacienți/persoane internate/beneficiari ai actului medical în cadrul Spitalului;

d) însoțitorii persoanelor cu handicap/aparținători;

e) studenți, cursanți, practicanți și voluntari;

f) personal de cercetare;

g) vizitatori;

h) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreținere;

i) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale;

j) altor persoane din afara unității, 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 unității 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 buneicredințe.

(2) Drepturile și obligațiile privind relațiile de muncă dintre angajator și salariat se stabilesc potrivit legii, prin negociere, în cadrul contractelor de exercitare a profesiei de cadru militar în activitate și al 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 cunoștința personalului a prezentului Regulament și de păstrarea acestuia în locuri unde să poată fi consultat permanent.

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

(4) Controlul legalității dispozițiilor cuprinse în prezentul 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. (4).

Art. 8. – (1) Modificările sau derogările de la prevederile prezentului Regulament se fac numai cu aprobarea comandantului Spitalului, devenind operaționale numai după consemnarea lor în O.Z.U.

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 prelucreze cu tot personalul din subordine în perioada imediat următoare, în cel mai scurt timp posibil.

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

(4) Prezentul Regulament își produce efectele din momentul încunoaștințării 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 la o circulară emisă de către comandantului Spitalului;

b) noii angajați încadrați în funcții în cadrul Spitalului ulterior datei de intrare în vigoare a prezentului Regulament, prin semnarea unei declarații pe propria răspundere (în dublu

exemplar) pusă la dispoziție de către structura de resurse umane a Spitalului, în care declară că au luat la cunoștință de prevederile acestuia și au fost informați cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului precum și privind procedurile și protocoalele utilizate în desfășurarea activității lor.

(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 unității, 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 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 protecției muncii 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;
- adaptarea la progresul tehnic;
- înlocuirea a ceea ce este periculos cu ceea ce nu este periculos sau cu ceea ce este mai puțin periculos;
- dezvoltarea unei politici de prevenire coerente care să cuprindă tehnologiile, organizarea muncii, condițiile de muncă, relațiile sociale și influența factorilor din mediul de muncă;
- adoptarea măsurilor de protecție colectivă cu prioritate față de măsurile de protecție individuală;
- aducerea la cunoștința salariaților a instrucțiunilor 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 unității, 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 unității 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 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 și administratorul cazarmii, 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;
- 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) la angajare;
- b) la schimbarea locului de muncă sau la transfer;
- c) la introducerea unui nou echipament de muncă sau a unor modificări ale echipamentului existent;
- d) la introducerea oricărei noi tehnologii sau proceduri de lucru;
- e) la executarea unor lucrări speciale.

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

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

- a) să-și desfășoare activitatea, în conformitate cu pregătirea și instruirea sa, precum și cu instrucțiunile primite din partea angajatorului, astfel încât să nu expună la pericol de accidentare sau îmbolnăvire profesională atât propria persoană cât și alte persoane care pot fi afectate de acțiunile sau omisiunile sale în timpul procesului de muncă;
- b) să utilizeze corect echipamentele de muncă, substanțele periculoase, echipamentele de transport;
- c) să utilizeze corect echipamentul individual de protecție primit și, după utilizare, să îl înapoieze sau să îl pună la locul destinat pentru păstrare, 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 celorlați 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.

Art. 14. - Personalul Spitalului este obligat să respecte următoarele reguli privind portul ținutei:

- a) **Ținuta personalului medical** trebuie să creeze o imagine care să reflecte profesionalismul, fiecăruia. **Este interzisă părăsirea unității în echipament de lucru;**
- b) Este obligatorie purtarea la vedere a **ecusonului** (permisului de acces);
- c) **Părul** care atinge umerii și mai jos de umeri trebuie să fie strâns, legat, astfel încât umerii să rămână liberi;
- d) Este obligatorie purtarea **bonetei** în următoarele situații: șali de operație, mici intervenții chirurgicale, sterilizare, la servirea mesei, și în alte situații în funcție de evaluarea riscului existent. Boneta trebuie să acopere în întregime părul;

- e) Nu sunt admise **fardurile excesive și genele false**, deoarece particule pot să cadă în timpul procedurilor medicale;
- f) Nu sunt admiși **cerceii lungi și colierele** care atârnă;
- g) **Întregul personal medical are obligația de a respecta regulile privind igiena mâinilor** conform procedurilor interne și Ghidurilor naționale și ale Organizației Mondiale a Sănătății;
- h) **Măinile trebuie să fie menținute curate, îngrijite, cu manichiura scurtă și fără bijuterii (inele, brățări). Sunt interzise unghiile artificiale sau alte extensiile acestora care pot prezenta o piedică în asigurarea igienei corespunzătoare;** Se admite doar verigheta. Personalul care prezintă afecțiuni dermatologice ale unghiilor sau alte tipuri de afecțiuni care pot avea efecte asupra acestora trebuie să prezinte confirmarea scrisă a diagnosticului și să urmeze tratamentul specific;
- i) **Este interzisă utilizarea telefonului mobil în timpul activităților de îngrijire.**

Art. 15. - Instruirea pe linie de securitate și sănătate în muncă și însoțirea altor persoane care participă temporar la activități care se desfășoară în cadrul unității cu permisiunea angajatorului, se va face de către responsabilii cu securitatea în muncă din fiecare loc de muncă conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 16. - În contractele de prestări servicii vor fi prevăzute clauze cu privire la instruirea lucrătorilor externi pe linie de securitate și sănătate în muncă.

Art. 17. – 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. 18. – 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. 19. – 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 anual prin O.Z.U. nr. 1.

Art. 20. – 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 Armata României, în vigoare.

Art. 21 – În procesul de instruire (aplicații și exerciții tactice, trageri cu diferite categoriile de armament, conducerea autovehiculelor etc.), toate activitățile practice vor fi organizate și se vor desfășura pe baza unui plan de măsuri care va stabili evitarea riscurilor ecologice pe care le reprezintă fiecare din aceste activități specifice. Pentru fiecare activitate se va întocmi, de personalul desemnat cu protecția mediului (în urma participării la recunoașteri), o matrice de evaluare a riscului de mediu care constituie o anexă a documentelor organizatorice.

Art. 22. – Locurile de muncă cu grad ridicat de pericol din unitate se înscriu în O.Z.U. la propunerea Comitetului de sănătate și securitate în muncă.

Art. 23. – Raportarea, cercetarea și evidența accidentelor de muncă se face în conformitate cu prevederile instrucțiunilor și normelor privind organizarea și desfășurarea activității de securitate și sănătate în muncă în Armata României, în vigoare.

Art. 24. Angajatorul are obligația să asigure accesul salariaților la serviciul medical de medicină a muncii, organizat cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare.

CAPITOLUL III - REGULI PRIVIND RESPECTAREA

PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ȘI A ÎNLĂTURĂRII

ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂȚII

Art. 25. – (1) În cadrul relațiilor de muncă funcționează principiul egalității de tratament față de toți salariații.

(2) Orice discriminare directă sau indirectă față de un salariat, bazată pe criteriile de sex, orientare sexuală, caracteristici genetice, vârstă, apartenență națională, rasă, culoare, etnie, religie, opțiune politică, origine socială, handicap, situație sau responsabilitate familială, apartenență ori activitate sindicală, este interzisă.

(3) Constituie discriminare directă actele și faptele de excludere, deosebire, restricție sau preferință, întemeiate pe unul sau mai multe dintre criteriile prevăzute la alin. (2), care au ca scop sau ca efect neacordarea, restrângerea ori înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării drepturilor prevăzute în legislația muncii.

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

Art. 26. – (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. 27. – (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) 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. 28. – (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. 29. – (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.

(3) La terminarea investigației se va comunica părților implicate rezultatul anchetei.

(4) 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.

(5) Hărțuirea sexuală constituie și infracțiune.

(6) Potrivit dispozițiilor art. 223 alineat (1) din Codul penal, cu modificările ulterioare, 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 se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la un an sau cu amendă.

Art. 30. – (1) Angajații au obligația să facă eforturi în vederea promovării unui climat normal de muncă în unitate, cu respectarea prevederilor legii, 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. 31. - În cadrul Spitalului se aplică prevederile legale privind îngrădirea unor drepturi constituționale personalului militar, precum și existența unor incompatibilități pentru ocuparea funcțiilor (posturilor), în strictă conformitate cu prevederile Constituției României și a Legii nr. 80/1995 privind statutul cadrelor militare, cu modificările și completările ulterioare.

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

4.1. Drepturile și obligațiile conducerii Spitalului

Art. 32. - Conducerea Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi**:

- a) să stabilească organizarea și funcționarea activităților ce se desfășoară în Spital în concordanță cu misiunea de bază înscrisă în statul de organizare al acestuia;
- b) să stabilească atribuțiile corespunzătoare fiecărei categorii de personal, precum și cele la nivel individual, în condițiile legii;
- c) să dea dispoziții, ordine, 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 unității sau a unei părți din aceasta, funcție de prevederile legislației aplicabile și a ordinelor ministrului apărării naționale, în vederea aprobării de către eșaloanele superioare în drept;
- 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 personalului contractual civil.

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

- a) să asigure permanent condițiile tehnice și organizatorice necesare pentru aplicarea întocmai a prevederilor actelor normative referitoare la încadrarea/angajarea, salarizarea, promovarea/avansarea, securitatea și sănătatea în muncă, încadrarea în condiții de muncă, răspunderea disciplinară, pensionarea, acordarea drepturilor sociale stabilite sau rezultate din raporturile de muncă sau de serviciu, precum și a prevederilor regulamentelor de ordine interioară aprobate prin Ordine ale ministrului apărării naționale aplicabile în Ministerul Apărării Naționale;
- 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 S.C.U.M. Craiova 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 S.C.U.M. Craiova 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 se consulte cu sindicatul sau reprezentății salariaților, după caz, în privința deciziilor susceptibile să afecteze substanțial drepturile și interesele acestora;
- l) să acorde salariaților toate drepturile care decurg din lege și contractele individuale de muncă;
- m) 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;
- n) să înființeze Registrul general de evidență a salariaților și să opereze înregistrările prevăzute de lege;
- o) să ia decizii, să le exprime prin ordine scurte, clare și precise, să asigure condițiile necesare îndeplinirii acestora și să urmărească executarea lor;
- p) să ordone executarea unor acțiuni numai în temeiul legii;
- q) să elibereze, la cerere, toate documentele care atestă calitatea de salariat a solicitantului;
- r) să asigure confidențialitatea datelor cu caracter personal ale salariaților;
- s) 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
- t) să respecte principiile și regulile de conduită prevăzute în „*Codul de conduită etică a personalului militar și civil contractual din Ministerul Apărării Naționale*” aprobat prin Ordinul ministrului apărării naționale nr. M. 94/08.06.2004;
- u) alte obligații prevăzute de actele normative în vigoare.

4.2. Drepturile și obligațiile personalului Spitalului

Art. 34. – (1) Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi**:

- a) dreptul la salariu/soldă corespunzător postului/funcției ocupate, inclusiv dreptul la salarizarea reglementată de legislația specifică instituțiilor publice de apărare națională, ordine publică și siguranță națională;
- 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 și cadre militare de legislația și regulamentele militare privind timpul de muncă și concediile;
- d) dreptul la promovare/avansare, pe baza rezultatelor obținute în evaluarea/fișa de apreciere anuală/profesională 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, trecere în rezervă/ieșire la pensie, în condițiile legii;
- l) dreptul la opinie, manifestată în modul instituționalizat de prevederile reglementărilor în vigoare;
- m) dreptul de a utiliza locuințele de serviciu/intervenție în condițiile prevăzute prin ordin al ministrului apărării naționale;
- 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.

(2) Personalul civil cu funcții de conducere are dreptul de a acorda recompense sau de a aplica sancțiuni disciplinare, potrivit funcțiilor similare încadrate de militari.

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

Art. 35. –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. 36. - Competențele conducerii Spitalului de a acorda sau de a propune acordarea de distincții militare sunt stabilite prin Ordin al ministrului apărării naționale.

Art. 37. - Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **obligații**:

- a) să fie loial instituției armatei și să respecte prevederile actelor normative în vigoare;
- b) să execute dispozițiile legale date de șefi în îndeplinirea atribuțiilor de serviciu;
- c) să îndeplinească atribuțiile prevăzute în fișa postului ocupat și să folosească timpul de lucru în scopul realizării responsabile a acestora și la un nivel maxim de competență;
- d) să îndeplinească obligațiile ce-i revin în calitatea sa de militar sau personal contractual civil, să participe la activitățile cu caracter militar, alarmă, aplicații, pregătire militară, exerciții de mobilizare, etc.;
- e) să se prezinte la unitate 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/unitatea, 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 unitate 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 stat și de serviciu, obligație care se menține și după încetarea raporturilor de muncă/serviciu conform actelor normative în vigoare;
- m) să nu săvârșească fapte/acte care ar putea pune în primejdie securitatea unității, a personalului acesteia sau a propriei persoane;
- n) să nu scoată din unitate, fără aprobare, 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 mutării/trecerii în rezervă/direct în retragere (pentru cadrele militare) sau desfacerii contractului individual de muncă (pentru personalul civil contractual), 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 (pentru personalul civil contractual), contractul privind exercitarea profesiei de cadru militar în activitate (pentru cadrele militare);
- q) să respecte măsurile de securitate și sănătate a muncii în unitate;
- r) să respecte regulile de politețe militară (cadrele militare și studenții/ofițeri studenți), să nu încalce regulile de bună cuviință și de respect față de superiori, egali și subalterni și să aibă o ținută îngrijită și decentă (întreg personalul);
- 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 pe raportul personal;
- u) să informeze comandantul în cazul părăsirii țării, să obțină avizul șefului structurii de securitate în cazul deplasării într-o țară membră NATO (cu cel puțin 5 zile lucrătoare înaintea

plecării) sau avizul ofițerului de contrainformații în a cărei responsabilitate se află S.C.U.M. Craiova în situația deplasării într-o țară non-NATO (cu cel puțin 15 zile lucrătoare înaintea plecării); la întoarcerea în țară, în situația că pe timpul șederii în străinătate a avut/participat la diferite incidente sau au existat încercări/provocări din partea oricăror persoane de a se obține informații care privesc serviciul, acesta este obligat să raporteze imediat conducerii Spitalului și ofițerului de contrainformații în a cărei responsabilitate se află Spitalul;

- v) 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;
- w) să participe la evaluările periodice realizate de către angajator;
- x) să depună declarația de interese și/sau declarația de avere în condițiile legii;
- y) să asigure îndeplinirea, temporar sau permanent, a sarcinilor de serviciu suplimentare stabilite de conducerea Spitalului pentru buna desfășurare a activității;
- z) să respecte principiile și regulile de conduită prevăzute în „*Codul de conduită etică a personalului militar și civil contractual din Ministerul Apărării Naționale*” aprobat prin Ordinul ministrului apărării naționale nr. M. 94/08.06.2004 și a „*Codului de conduită etică al personalului militar și civil contractual*” al S.C.U.M. Craiova;
- aa) să acorde servicii medicale în mod nediscriminatoriu asiguraților;
- bb) să păstreze confidențialitatea față de terți asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraților;
- cc) 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*;
- dd) să respecte dreptul pacienților/asiguraților la libera alegere a furnizorului de servicii medicale;
- ee) în acordarea serviciilor medicale să nu utilizeze materiale și instrumente a căror condiție de sterilizare este nesigură;
- ff) alte obligații prevăzute de actele normative în vigoare.

Art. 38. – (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. 39. – Cadrelor militare le este interzis sau restrâns exercițiul unor drepturi și libertăți și au obligațiile specificate în Legea nr.80/1995 privind statutul cadrelor militare cu modificările și completările ulterioare.

Art. 40. – În afara funcțiilor pe care sunt încadrate, cadrelor militare li se permite cumulul altor funcții în afara Ministerului Apărării Naționale, doar în condițiile expres stipulate în Ordinul ministrului apărării naționale nr. M. 105/2002 pentru aprobarea „*M.R.U.-I, Norme privind sistemul de gestiune a resurselor umane în Armata României*”.

Art. 41. - Personalului contractual civil al Spitalului îi este interzis:

- a) să facă propagandă prin orice mijloace sau alte activități în favoarea unor partide/organizații politice în cadrul unității;
- b) să declare sau să participe la grevă;
- c) să organizeze și să participe la mitinguri și demonstrații în imediata apropiere a obiectivelor militare;
- d) să facă declarații sau să dea publicității în presă informații/articole/documente referitoare la armată, fără avizul structurilor militare de specialitate, cu excepția celor de interes public;
- e) să introducă în unitate băuturi alcoolice, substanțe toxice sau droguri, să se prezinte la serviciu sau să desfășoare activități sub influența acestora;
- f) să desfășoare, în cadrul programului de lucru, alte activități decât cele legate de atribuțiile postului sau de sarcinile unității;

g) să părăsească locul de muncă în timpul programului de lucru fără aprobare sau pentru alte interese decât cele ale unității;

h) folosirea în scopuri personale, aducerea la cunoștință pe orice cale sau copierea pentru alții, fără aprobarea scrisă a conducerii unității, a unor documente sau informații privind activitatea Spitalului sau a datelor specificate în fișele sau dosarele personale ale angajaților;

i) efectuarea de mențiuni, ștersături, rectificări sau semnarea pentru alt salariat în condica de prezență;

j) atitudinea necorespunzătoare față de ceilalți angajați (insulta, calomnia, purtarea abuzivă, lovirea sau vătămarea integrității corporale sau a sănătății).

Art. 42. - În situații deosebite, determinate de necesitatea bunei funcționări a unității 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 A CERERILOR SAU A RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR

Art. 43. – 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. 44. – (1) Orice cadru militar sau personal contractual civil poate solicita sprijinul șefilor direcți și al conducerii Spitalului pentru rezolvarea problemelor personale și are dreptul să facă raport 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 S.C.U.M. Craiova au dreptul de a adresa verbal sau în scris conducerii spitalului reclamații/sesizări, observații sau recomandări.

(2) Rapoartele personalului propriu al spitalului care conțin propuneri, sesizări, reclamații sau cereri pot fi verbale sau în scris, 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 organele poștei civile să fie trecute date cu conținut secret de serviciu sau secret de stat („Secret”, „Strict secret” sau „Strict secret de importanță deosebită”).

(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 și regulamentelor militare

Art. 45. - Rapoartele adresate de către personalul propriu al spitalului trebuie să fie făcute în limitele politetii, să se refere numai la problemele care pot fi probate cu dovezi și să privească strict persoana celui în cauză. Ele se adresează conducătorului ierarhic superior, iar la solicitarea semnatarului se înaintează ulterior și altor șefi ierarhici. Niciun comandant/șef nu are dreptul să interzică subordonatului să iasă la raportul comandantului/șefului ierarhic superior.

Art. 46. - (1) Reclamațiile de orice natură adresate atât de către personalul propriu al S.C.U.M. Craiova cât și de către pacienți, inclusiv cele depuse în cutiile poștale din cadrul secțiilor medicale și/sau farmaciei precum și cele depuse în cutia poștală de la nivelul Serviciului de evaluare și statistică medicală¹, se înregistrează în registrul de evidență a petițiilor de către personalul compartimentului secretariat și relații publice/compartimentul documente clasificate, urmând a fi prezentate comandantului spitalului.

¹ În continuare: „S.E.S.M.”;

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

(3) Repartizarea reclamațiilor în vederea soluționării lor de către personalul de specialitate din cadrul S.C.U.M. Craiova se face de către comandantul spitalului.

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

(5) În cazul în care problemele sesizate în cerere sau în reclamație necesită o cercetare mai amănunțită, conducerea S.C.U.M. Craiova numește o persoană sau o comisie care să verifice realitatea lor.

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

Art. 47. – (1) Comandantul este obligat să analizeze raportul 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:

- raportul nu este de competența sa - îl va înainta, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare eșalonului superior, comunicând aceasta celui în cauză;

- problemele din raport/reclamație nu au putut fi soluționate în termenul legal - poate prelungi termenul de soluționare, cu cel mult 15 zile, cu obligația de a aduce – în scris - la cunoștință despre aceasta autorului raportului/reclamație, în intervalul celor 30 de zile de la dată înregistrării reclamației, despre luarea în evidență a acesteia și prelungirea termenului de soluționare.

(2) Pentru rezolvarea unor probleme curente ale personalului propriu al S.C.U.M. Craiova (solicitări de concedii, învoiri, permisi, participări la diferite forme de perfecționare, etc.), care nu necesită un răspuns elaborat, comandanții/șefii ierarhici vor înscrie hotărârea luată în rezoluție pe rapoartele personale ale subordonaților, care vor lua la cunoștință despre aceasta, funcție de situație, pe același raport.

(3) Răspunsurile către petiționari se redactează de către structura de specialitate care a soluționat raportul/reclamația, iar semnarea acestora se face de către comandantul 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.

(4) Expedierea răspunsurilor către petiționari se face cu avizul structurii de securitate proprii.

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (4), pentru expedierea răspunsurilor adresate persoanelor fizice sau juridice cu domiciliul, respectiv sediul în străinătate, spitalul solicită avizul Direcției contrainformații și securitate militară care este obligată să emită avizul în maximum 24 de ore de la înregistrarea documentului, cu excepția situațiilor în care este precizat un alt termen.

Art. 48. – (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 eșaloanelor superioare menționând cauza pentru care recurge la acest drept.

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

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

Art. 49. – (1) Personalul S.C.U.M. Craiova poate să prezinte raport verbal sau în scris cu ocazia desfășurării controlului unității, solicitând aceasta președintelui comisiei de control, care va comunica celui în cauză modalitatea de rezolvare a problemelor prezentate.

(2) Comandantul care comite o nedreptate sau are o atitudine nejustificată față de un subordonat, pentru că acesta a făcut o reclamație sau o sesizare justă, poartă răspunderea pentru aceasta.

Art. 50. – (1) Comandantul S.C.U.M. Craiova ține lunar adunări fără ordine de zi sau ori de câte ori este nevoie, pe categorii de militari și personal contractual civil, la începutul fiecărei adunări informând personalul de modul în care au fost soluționate problemele ridicate anterior. Evidența

acestora se ține într-un registru special destinat, la nivelul structurii „Personal” a Spitalului și se înscriu în O.Z.U.

(2) În cadrul adunărilor fără ordine de zi pe care comandantul le are, lunar, pe categorii de personal se vor discuta eventuale propuneri ale personalului Spitalului privind potențialele disfuncții în ceea ce privește condițiile de muncă ale angajaților.

Art. 51. – (1) Evidența cererilor, rapoartelor și sesizărilor/reclamațiilor scrise personalului din unitate, din afara acesteia sau din afara Ministerului Apărării Naționale, se ține la nivelul compartimentului secretariat și relații publice/compartimentului documente clasificate al spitalului, într-un registru special destinat.

(2) Evidența cererilor, rapoartelor și sesizărilor personalului din unitate, din afara acesteia sau din afara Ministerului Apărării Naționale, prezentate verbal cu ocazia audiențelor solicitate comandantului Spitalului, va fi consemnată într-un registru destinat acestui scop, păstrat la nivelul compartimentului secretariat și relații publice.

(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 compartimentului documente clasificate al spitalului.

Art. 52. – (1) În cadrul S.C.U.M. Craiova, personalul B.M.C.S.M. va întocmi analize lunare în ale modului în care au fost soluționate sugestiile și reclamațiile primite și înregistrate la nivelul compartimentului secretariat sau documente clasificate al spitalului în luna precedentă, care vor fi supuse atenției Consiliului medical și, după caz, Comitetului director. Analizele lunare vor fi elaborate doar în situația în care la finalul lunii sunt înregistrate sesizări / reclamații din partea pacienților / personalului.

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

a) reclamații/sesizări ale pacienților și/sau personalului propriu privind hrana primită;

b) reclamații/sesizări ale pacienților și/sau personalului propriu privind aspectul lenjeriei și al efectelor.

(3) În sensul celor menționate la alineatul (2), directorul administrativ al spitalului are obligația de a pune la dispoziția B.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 eficiente de siguranță a pacienților și angajaților spitalului.

Art. 53. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procedurii de gestionare a cererilor sau a reclamațiilor individuale ale salariaților și pacienților sunt următorii:

a) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu referitoare la probleme etice;

b) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu referitoare la aspecte de comunicare cu pacienții.

c) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor/personalului propriu privind hrana primită;

d) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor/personalului propriu privind aspectul lenjeriei și al efectelor;

e) Numărul de reclamații ale pacienților/personalului privind activitatea din cadrul spitalului.

f) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu colectate de la nivelul cutiilor poștale din cadrul secțiilor medicale și/sau farmaciei, și/sau S.E.S.M.

g) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu înregistrate în compartimentul secretariat sau documente clasificate.

CAPITOLUL VI - REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA

MUNCII ÎN UNITATE

Art. 54. – (1) Relațiile care se stabilesc între categoriile de personal, precum și între persoane în cadrul Spitalului sunt relații de:

1. Subordonare.

Acest tip de relație reprezintă regula în executarea activităților desfășurate în Spital, poziționarea personalului Spitalului în cadrul acestei relații fiind stabilită prin normele aplicabile în Ministerul Apărării Naționale, statul de organizare, Regulamentul de organizare și funcționare a Spitalului, ordinul de zi pe unitate, precum și prin specificațiile din fișele posturilor. Această relație se exprimă prin darea/executarea ordinelor/dispozițiilor de către cei în drept, potrivit competențelor cu care sunt învestiți.

1.1. Militarii sunt, unii față de alții:

- după funcția în care sunt încadrați: comandanți/șefi, subordonați și egali în funcție;
- după gradele pe care le au: superiori, egali sau inferiori în grad.

Militarii sunt, față de personalul contractual civil:

- șefi, subordonați sau pe funcții similare.

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.

(2) Echivalarea funcțiilor civile cu studii superioare cu gradele funcțiilor militare de ofițeri, se face potrivit metodologiei prevăzută de Dispoziția Direcției Management Resurse Umane nr. 4/07.03.2008 pentru aprobarea „*M.R.U.-6/4, Echivalarea funcțiilor de conducere și a gradelor profesionale ale funcțiilor personalului civil cu studii superioare din Ministerul Apărării, cu gradele funcțiilor militare de ofițeri*”, prevederile acesteia fiind obligatorii a fi respectate de toate categoriile de personal din cadrul Spitalului.

Art. 55. - 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 sau acte normative specifice;
- c) schimburi de informații și documente;
- d) consultări pe probleme de specialitate;
- e) executarea în comun a unor activități de instruire;
- f) participarea la adunări ale personalului ordonate de către comandantul Spitalului sau la adunări fără ordine de zi;
- g) luarea la cunoștință a celor ordonate prin O.Z.U. de către comandantul Spitalului.

Art. 56. – (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 comandantului Spitalului, conduita care este urmată de întregul personal al unității în domeniul incident.

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

Art. 57. – 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 bunuri și documente aparținând acesteia, 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 unității (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 unității 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. 58. - Conducerea Spitalului dispune de prerogativa disciplinară, având dreptul și obligația, de a aplica, potrivit legii și regulamentelor militare, sancțiuni disciplinare personalului din subordine ori de câte ori constată că s-a săvârșit o abatere disciplinară.

Art. 59. - Constituie abatere disciplinară/abatere de la disciplina militară fapta în legătură cu atribuțiile de serviciu și care constă într-o acțiune sau inacțiune săvârșită cu vinovăție de către personalul contractual civil/militar, prin care acesta a încălcat normele legale, prezentul Regulament, contractul individual de muncă (pentru personalul civil contractual), regulamentele militare, ordinele și dispozițiile legale ale comandanților ierarhici.

Art. 60. – (1) Neîndeplinirea unui ordin dat de comandant sau altă autoritate legală nu constituie abatere de la disciplina militară dacă ordinul nu este dat în forma prevăzută de lege și nu este în concordanță cu actele normative în vigoare, obiceiurile războiului și convențiile internaționale la care România este parte.

(2) În cazul prevăzut la alin. (1), militarii sunt obligați să raporteze despre neexecutarea ordinului șefului nemijlocit al celui care a dat ordinul.

Art. 61. – (1) Abaterile disciplinare săvârșite de cadrele militare / soldații și gradații profesioniști proprii Spitalului ori detașați în Spital, precum și sancțiunile aplicabile acestor categorii de personal, sunt stabilite în Legea 80 / 1995 cu modificările și completările ulterioare și Legea 384 / 2006 cu modificările și completările ulterioare și se referă la acte/fapte privind compromiterea sau lezarea onoarei și demnității militare, abateri în exercitarea atribuțiilor funcționale și abateri de la regulile de îndeplinire a misiunilor/activităților.

(2) Abaterile disciplinare săvârșite de personalul civil, precum și sancțiunile aplicabile acestei categorii de personal, sunt stabilite prin Ordinul ministrului apărării nr. M.17/04.02.2012 pentru aprobarea „Regulamentului de ordine interioară aplicabil personalul civil din Ministerul Apărării Naționale”.

(3) Pentru săvârșirea de abateri disciplinare, precum și pentru nerespectarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale², în raport cu consecințele acțiunilor și/sau inacțiunilor săvârșite cu vinovăție de către personalul contractual civil/militar, prin care acesta a încălcat normele legale incidente în vigoare, acestuia i se va aplica una din sancțiunile specifice categoriei profesionale din care face parte, potrivit legislației în vigoare, după cum urmează:

1. Pentru personalul civil contractual, prin aplicarea prevederilor „Regulamentului de ordine interioară aplicabil personalului contractual civil din Ministerul Apărării Naționale”:

- 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.

(4) 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;

² În continuare: „I.A.A.M.”;

e) eventualele sancțiuni disciplinare aplicate anterior acestuia;

(5) 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 medicale³, acesta având obligația de a propune comandantului spitalului sancțiuni pentru personalul care nu respectă respectivele protocoale/proceduri.

(6) Potrivit prevederilor art. 11 din *Dispoziția șefului Direcției medicale nr. A 2377 din 10.03.2011 pentru aprobarea metodologiei de aplicare a Ordinului ministrului apărării nr. M. 113/14.11.2008 privind supravegherea stării de sănătate a personalului din Ministerul Apărării*, personalul S.C.U.M. Craiova este obligat să se prezinte la examenele medicale prin care se asigură supravegherea stării de sănătate, conform planificării stabilite anual. Împotriva personalului care refuză efectuarea examinărilor medicale și a investigațiilor recomandate, comandantul spitalului poate dispune sancționarea disciplinară conform prevederilor normative în vigoare.

Art. 62. Amenzile 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.

Art. 63. Suspendarea, amânarea, anularea și radierea sancțiunilor disciplinare se realizează în strictă concordanță cu normele care reglementează aceste aspecte, specifice fiecărei categorii de personal în parte.

³ În continuare: "C.P.I.A.A.M.";

CAPITOLUL VIII - REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ

Art. 64. – (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 la articolul 60 din prezentul Regulament, iar respectarea întocmai a acesteia este obligatorie.

(2) Pentru apărarea onoarei cadrelor militare și evitarea abuzurilor, se constituie consilii de onoare, care reprezintă organe deliberative, independente în exercitarea atribuțiilor ce le revin, având competența de a analiza faptele cadrelor militare sesizate ca abateri de la disciplina militară și de a individualiza sancțiunile disciplinare care pot fi aplicate.

(3) Cercetarea disciplinară a cadrelor militare și soldaților gradaților profesioniști se face conform Legii 80 / 1995 cu modificările și completările ulterioare și Legii 384 / 2006 cu modificările și completările ulterioare.

(4) Cercetarea disciplinară prealabilă în situația aplicării sancțiunilor disciplinare (altele decât „Avertismentul scris”) pentru personalul civil contractual, se realizează cu respectarea prevederilor art. 75-76 din Ordinul ministrului apărării nr. M.17/04.02.2012 pentru aprobarea *„Regulamentului de ordine interioară aplicabil personalul civil din Ministerul Apărării Naționale*.

Art. 65. - 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;
- sancțiunea disciplinară trebuie aplicată corect, fără părtinire, cu calm și obiectivitate, fără intenție de răzbunare și fără a se adresa cuvinte ofensatoare care să lezeze demnitatea celui sancționat;
- se interzice aplicarea sancțiunilor colective, precum și aplicarea mai multor sancțiuni pentru aceeași abatere săvârșită.

CAPITOLUL IX - MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR

DISPOZIȚII LEGALE REGULAMENTARE SAU

CONTRACTUALE SPECIFICE

9.1. Conducerea activităților

Art. 66. – (1) Comanda și controlul în cadrul Spitalului se execută pe toate treptele ierarhice.

(2) La pace, în situații de criză și la război comanda și controlul se exercită de către comandantul Spitalului care-și manifestă competența și atribuțiile prin structurile și microstructurile specializate din organigrama Spitalului și gestionează întreaga gamă a activităților.

Art. 67. – (1) Comandantul 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 comandantului.

(2) În lipsa comandantului Spitalului, înlocuitorul legal al acestuia aprobă sau avizează după caz documentele justificative curente, semnează corespondența curentă, ordinele de serviciu, adeverințele necesare personalului, etc., în strictă conformitate cu limitele delegării impuse de către comandant. **Înlocuitorul legal la comanda unității** are obligația de a informa comandantul unității referitor la rapoartele personale privind solicitarea de mutare din unitate, demisie, participare la misiuni externe, cursuri de carieră/nivel sau de specializare.

(3) Angajarea sub orice formă a unității, 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 comandant să participe la o anumită activitate în afara unității, în limita delegării de competență primite, înscrisă în ordinul de zi pe unitate.

(4) „*Delegarea de competență*” se va înscrie în ordinul de zi pe unitate de către comandantul 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 comandantului Spitalului, dar înscrierea în ordinul de zi este obligatorie.

(6) Pe timpul delegării de competență, persoana delegată este obligată să se consulte telefonic cu comandantul 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 unității, 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 misiunii de bază și a misiunilor deduse ale Spitalului, în cadrul unității 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 actului de comandă, 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, comandantul *emite ordine*. Aceleași tipuri de documente, în limita competențelor, emit și locuitorul comandantului pentru probleme de stat major și directorul medical;

- **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 militare cu care nu sunt în relații de autoritate, precum și cu structuri din afara instituției militare;

- **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.

Art. 68. - (1) Pentru coordonarea și verificarea activităților de educație și instruire, personalul decident din cadrul Spitalului execută activități de controlul curent, verifică și evaluează întreaga activitate desfășurată de structurile/microstructurile subordonate, pe domenii de activitate, în scopul corectării deciziilor sau acțiunilor, asigurând continuitatea activității de control.

(2) Activitățile de control și evaluare vor fi prevăzute în „*Planul anual de control al Spitalului*”. Controlul reprezintă una din funcțiile conducerii și se execută permanent de către comandanți/șefi pentru verificarea îndeplinirii planului aprobat.

Art. 69. – (1) Planificarea activităților se realizează de către locțiitorul comandantului pentru probleme de stat major, în concordanță cu resursele planificate, aprobate și alocate fiecărei structuri/microstructuri din organica Spitalului.

(2) În acest sens, locțiitorul comandantului pentru probleme de stat major întocmește anual „*Planul cu principalele activități ale Spitalului*”, integrând contribuția tuturor microstructurilor din organigrama Spitalului. Acesta se întocmește de regulă în luna decembrie pentru anul următor, potrivit precizărilor eșaloanelor superioare și se aprobă de către Șeful Direcției Medicale.

(3) *Activitățile care nu pot fi prognozate*, până la etapa elaborării „*Planului*”, se identifică lunar de către șefii microstructurilor componente și se transmit la locțiitorul comandantului pentru probleme de stat major până la data de *15 ale fiecărei luni*, pentru luna următoare. Acesta le va supune aprobării comandantului Spitalului. După aprobare, activitățile sunt integrate în Planificare prin modificarea/actualizarea acesteia conform reglementărilor specifice și vor fi comunicate în timp util celor interesați.

(4) *Pentru o conducere coerentă*, fiecare microstructură își elaborează *planul propriu de activitate* pentru luna următoare, până la data de *25 a lunii* și îl supune aprobării comandantului Spitalului, *cu cel puțin trei zile înainte* de începerea lunii următoare. În planul lunar de activități al fiecărei microstructuri vor fi înscrise (planificate) *activitățile concrete* specifice, pentru executarea „*Planul cu principalele activități ale Spitalului*”.

9.2. Pregătirea centralizată

Art. 70. – (1) Locțiitorul comandantului pentru probleme de stat major răspunde de realizarea obiectivelor și direcțiilor prioritare stabilite pentru pregătirea și intruirea personalului, exercitând în această calitate conducerea la nivel structural, funcțional și operațional în domeniul stat major în cadrul Spitalului.

(2) În cadrul Spitalului, activitățile se organizează și se desfășoară în conformitate cu „*Planul cu principalele activități ale Spitalului*”, întocmit și aprobat anual de către Șeful Direcției Medicale.

Art. 71. - (1) Pregătirea personalului Spitalului este organizată și se desfășoară conform prevederilor legale în vigoare și planificării aprobate.

(2) Ședințele de educație fizică militară se execută săptămânal, în zilele de marți și joi, în intervalul orar 13.00 - 15.00, într-o locație stabilită pe O.Z.U.

(3) Analiza activităților principale și adoptarea măsurilor de corecție și sprijin, în cadrul spitalului, se desfășoară **lunar** (de regulă în ultima zi de vineri din lună) în cadrul **ședințelor de lucru ale comandantului** cu factorii de răspundere/decizie din unitate. Activitatea se desfășoară, de regulă în biroul comandantului sau altă încăpere stabilită/precizată din timp de comandant. *Tematica* ședințelor de lucru, documentele analizate, măsurile și precizările stabilite se pot consulta lunar (de

regulă *joia*) în cadrul Compartimentului secretariat și relații publice.

(4) Tematica de instruire se pune la dispoziția personalului de către responsabilii pe domenii de instruire, funcție de forma și conținutul acesteia, prin orice mijloc legal de comunicare aflat la dispoziție. Dezbaterea/prezentarea informărilor/instructajelor cu caracter general se execută de regulă în fiecare zi de vineri a săptămânii și ori de câte ori este nevoie. *Fiecare responsabil va lua măsuri de întocmire a materialelor de prezentare/instruire și predarea acestora până în ultima zi lucrătoare a lunii*, la Biroului managementul calității serviciilor medicale⁴, în formă listată și în format electronic.

(5) **Săptămânal** (de regulă în ziua de vineri) la ora 08.00 se desfășoară adunarea întregului personal pentru **prelucrări de ordine și legi**, în Clubul Spitalului.

9.3. Organizarea pregătirii pentru asigurarea capacității operaționale și de reacție imediată

Art. 72. – (1) În conformitate cu documentele organizare și mobilizare, Spitalul, ca unitate sanitară cu paturi, în situație de criză/război continuă activitatea specifică de asistență medicală.

(2) În scopul antrenării, comandantul Spitalului are dreptul de a verifica capacitatea de reacție imediată, prin alertă de instrucție conform dispozițiilor în vigoare.

(3) În cazul producerii unor dezastre sau calamități naturale, Spitalul, prin personalul din subordine, poate acționa la solicitarea autorităților administrației publice locale pentru înlăturarea efectelor acestora, în conformitate cu prevederile din planul propriu, după aprobarea intervenției de către eșalonul superior.

(4) Evaluările capacității operaționale și de reacție imediată, prin alertă de exercițiu, precum și verificările inopinate, se execută pe baza unor proceduri de operare, aprobate de către Șeful Direcției Medicale.

9.4. Activități de control și evaluare

Art. 73. – (1) Constatările și concluziile rezultate în urma controalelor executate în cadrul Spitalului de către comisiile de control sau de către personal cu funcții de conducere cu responsabilități de control în cadrul Spitalului, se înscriu în „Registrul unic de control” întocmit la nivelul Spitalului, aflat la ofițerul de serviciu/serviciul operativ/tura operativă.

(2) Măsurile stabilite de comandant în urma activităților de control se constituie în ordin pentru structurile subordonate, care iau la cunoștință despre acestea pe bază de semnătură.

(3) Fiecare activitate de control va avea ca prim obiectiv verificarea modului de remediere a neregulilor constatate cu prilejul controalelor anterioare.

Art. 74. – Problemele importante constatate de comisiile de control, care afectează starea modulelor funcționale ale Spitalului, se raportează în scris, de către șefii de structuri și microstructuri, comandantului Spitalului - încă de pe timpul controlului, care stabilește măsuri și termene de remediere a neajunsurilor constatate. Neregulile constatate și remediate pe timpul controlului nu se mai consemnează în Registrul unic de control.

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

Art. 75. - Accesul și circulația în cadrul Spitalului se organizează în conformitate cu prevederile „R.G.-I, Regulamentul de ordine interioară în unitate”, art. 42 litera s) - Anexa nr. 3 și ale „Normelor privind protecția informațiilor clasificate în Ministerul Apărării Naționale”, cap. III,

⁴ În continuare: B.M.C.S.M.

secțiunea a 4-a aprobate prin ordinului ministrului apărării naționale nr. *M.9 din 06.02.2013*. Accesul se execută prin punctul de control-acces personal și prin punctul de control-acces autovehicule.

Art. 76. - Accesul persoanelor și documentele necesare accesului:

(1) Personalul militar și civil angajați permanent sau temporar, în cadrul SCUM Craiova, are acces în incinta obiectivului pe baza ”*permisului de acces permanent/ temporar*” eliberat și gestionat de structura de securitate conform modelului aprobat de comandantul Spitalului.

Modelul permisului de acces este prezentat în **Anexa nr. 3**.

(2) Personalul militar și civil detașat pentru o perioadă mai mare de 30 de zile în cadrul Spitalului și persoanele care execută diferite lucrări în obiectiv are acces pe baza ”*permisului de acces temporar*” sau a unui tabel nominal întocmit de către structura/ microstructura/ persoana care răspunde de activitate, semnat de comandantul Spitalului și avizat de către șeful structurii de securitate.

(3) Accesul în Spital pentru intervenții tehnice, reparații, activități de deservire, curățenie și întreținere în locuri în care se gestionează informații clasificate (zonele de securitate și administrative) este permis numai angajaților Spitalului și angajaților operatorilor economici care au contracte cu Spitalul. Aceste activități se execută numai în prezența unui reprezentant al structurii/ microstructurii unde se desfășoară activitatea, după ce s-au luat toate măsurile necesare de protecție împotriva accesului neautorizat la informațiile clasificate deținute.

(4) 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*”.

(5) Persoanele care desfășoară activități de voluntariat/ stagiul sau medicii rezidenți vor solicita eliberarea unui permis de acces temporar printr-un raport adresat comandantului spitalului, conform modelului din **Anexa nr. 4**. Aceștia vor semna și un angajament de confidențialitate conform modelului din **Anexa nr. 5** sau nr. **6** (după caz).

Art. 77. - Accesul și controlul vehiculelor

(1) Accesul autovehiculelor proprietate personală a angajaților SCUM Craiova se face pe baza permisului de acces permanent și a permisului de acces pentru autovehicul pe care este înscris numărul de înmatriulare al autovehiculului. Acesta din urmă este eliberat și gestionat de structura de securitate și conține semnătura și ștampila comandantului care prin aceasta certifică acordul de acces în cadrul obiectivului Spitalului.

(2) Modelul permisului de acces auto este prezentat în **Anexa nr. 3**.

(3) Accesul autovehiculelor militare 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. Autovehiculele care transportă diferite materiale se verifică, în plus, și documentele de însoțire a mărfii.

(4) Autovehiculele de intervenție și ale societăților de prestări servicii vor intra în baza delegației de serviciu, după legitimare și obținerea de către personalul de serviciu a aprobării accesului, prin ofițerul de serviciu sau direct de la comandantul spitalului.

(5) Accesul în incinta obiectivului al autoturismelor cu număr de înmatriculare civil, 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 cu aprobarea comandantului spitalului.

(5) Posesorii autovehiculelor sunt obligați:

- să parcheze autovehiculul numai pe locul care i-a fost repartizat;
- 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 defășurării de exerciții sau festivități, precum și pentru efectuarea unor lucrări, aprovizionări sau intervenții.

Art. 78. - Controlul materialelor

(1) Asigurarea cu echipamente, materiale, medicamente etc., necesare Spitalului se face pe bază de adresă înaintată unităților distribuitoare de către compartimentele beneficiare și semnată de către comandantul Spitalului. Persoanele desemnate, din cadrul formațiunilor care urmează să preia în gestiune respectivele articole execută verificarea materialelor care urmează să fie introduse în Spital pe baza actelor de primire (avizului de însoțire a mărfii și facturilor fiscale).

(2) Persoanele care au acces în Spital sunt obligate să nu introducă în obiectiv materiale aflate pe lista materialelor considerate a fi interzise, caz în care personalul de la punctul de acces raportează ofițerului de serviciu, care va lua măsurile ce se impun.

(3) Persoanele din cadrul Spitalului desemnate să scoată din unitate materiale și bunuri (de dimensiuni tip-bagaj de mână) sau persoanele delegate de la alte unități, la ieșirea din obiectiv sunt obligate să prezinte, personalului de serviciu pe punctul de control acces, documentele care însoțesc materialele ce urmează a fi scoase. În cazul în care se constată neconcordanță între materialele existente asupra delegaților și documentele de însoțire a materialelor, personalul aflat în serviciul la punctul de control acces este obligat să raporteze ofițerului de serviciu și structurii de securitate (dacă este cazul) și să permită scoaterea materialelor numai cu aprobarea persoanelor cărora le-a raportat situația creată.

Art. 79. - Personalul militar și civil 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. 80. – Accesul persoanelor din afara unității în zonele de securitate sau administrative este permis numai dacă acestea sunt însoțite de personal anume desemnat de comandantul Spitalului.

Art. 81. - În cazul modificării datelor personale (înaintare în grad, 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. 82. - Documentele de acces sunt valabile numai pentru perioada în care posesorul întrunește condițiile în baza cărora acestea au fost eliberate. În cazul mutării în altă unitate, trecerii în rezervă sau încetării raporturilor de muncă/ serviciu, posesorul documentelor de acces are obligația să le predea la structura de securitate sau structura de resurse umane a Spitalului, după caz.

Art. 83. - Pierderea ori distrugerea documentelor de acces se raportează imediat ierarhic, anunțându-se și structura de securitate a Spitalului. Comandantul dispune cercetarea împrejurărilor în care s-a produs pierderea și ia măsuri, prin intermediul structurii de securitate din subordine, pentru prevenirea folosirii neautorizate a documentelor pierdute.

Art. 84. - Accesul personalului Spitalului în zonele de securitate și zonele administrative se face numai în baza permisului de acces completat cu codificarea zonelor în care se permite accesul conform art. 132 din *Normele privind protecția informațiilor clasificate în Ministerul Apărării Naționale*, cu respectarea principiului "necesității de a cunoaște" și numai în prezența persoanelor care își desfășoară activitatea în aceste zone.

Art. 85. - Evidența permiselor de acces în unitate și de acces în zonele de securitate și zonele administrative este atribuția structurii de securitate.

Art. 86. – (1) 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.

(2) 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 comandantului Spitalului în locurile stabilite prin OZU.

(3) Regulile privind accesul și folosirea telefoanelor mobile sau altor dispozitive cu facilități tehnice de comunicare la distanță, înregistrare, filmare, fotografiere sau copiere în interiorul obiectivului, sunt stabilite prin PPSIC și sunt consemnate în ordinul de zi pe unitate.

9.5.1. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activității zilnice

Art. 87. – 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. 88. – (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 microstructură medicală deține în acest sens un „*Registru de triaj epidemiologic al personalului*”, care va fi completat zilnic, pentru fiecare tură de lucru, înaintea începerii activității, de către asistenta șefă în timpul programului acesteia sau persoana desemnată de aceasta în lipsa sa precum și pe celelalte ture.

(3) De asemenea, în cadrul blocului alimentar și spălătoriei 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 medicina internă 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 șef 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.

(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. Asistentul șef/coordonator compartiment, precum și medicul șef de secție/coordonator compartiment instruesc periodic personalul din subordine privind autodeclararea îmbolnăvirilor.

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

9.6. Serviciul de permanență, pază și intervenție

Art. 89. – (1) Activitatea de planificare, organizare și executare a serviciului interior este coordonată de locțiitorul comandantului pentru probleme de stat major/șeful biroului instruire și stat major și se desfășoară în conformitate cu prevederile „*Regulamentul serviciului interior, aprobat prin ordinul ministrului apărării naționale nr. M 97 din 02.09.2014*”.

(2) Planificarea personalului în serviciul interior se face lunar, de către șeful biroului planificare și coordonare medicină operațională, activități de instruire și stat major/înlocuitorul legal și se aduce la cunoștință celor interesați, prin afișare, până în ziua de 25 a lunii în curs, pentru luna

următoare, în conformitate cu prevederile „Regulamentul serviciului interior, aprobat prin ordinul ministrului apărării naționale nr. M 97 din 02.09.2014, art. 24 alin. (1) și a O.Z.U. nr.1.

(3) Documentele în baza cărora se planifică și se execută serviciul interior sunt aprobate de comandantul Spitalului. Atribuțiile personalului de serviciu se stabilesc și se actualizează periodic.

Art. 90. - Serviciul de pază și intervenție este organizat și desfășurat în conformitate cu prevederile regulamentare în vigoare.

Art. 91. – (1) Pregătirea personalului care efectuează serviciul interior se execută prin grija locțiitorul comandantului pentru probleme de stat major/șeful biroului coordonare medicină operațională activități de instruire și stat major/șeful turei operative.

(2) Schimbarea personalului din serviciul interior se execută în conformitate cu prevederile „Regulamentului serviciului interior” aprobat prin ordinul ministrului apărării naționale nr. M. 97 din 02.09.2014.

Art. 92. – (1) În Spital se organizează și se execută următoarele servicii:

1. Ofițer la continuitatea conducerii (O.C.C.);
2. Ofițer de serviciu pe unitate (O.S.U.);
3. Serviciu pe punctul de control/Serviciul de pază: paznic și planton în punctul de control;
4. Conducător autovehicul de serviciu;
5. Centralist de serviciu;
6. Pompier de serviciu;
7. Electrician de serviciu;
8. Instalator de serviciu. Durata serviciului de permanență este de 24 ore.

Serviciul pe punctul de control/pază execută serviciul în ture de 12 ore.

(2) În situația chemării la unitate, prin ofițerul de serviciu/serviciul operativ/tura operativă, a personalului aflat la domiciliu, menționat la punctele 7 și 8 ale alineatului (1), pentru remedierea unor deranjamente, sau executarea unor sarcini specifice de serviciu, acestuia din urmă i se va asigura timp liber corespunzător recuperării orelor lucrate suplimentar, inclusiv a timpului necesar deplasării de la domiciliu la unitate și retur.

9.7. Apărarea împotriva incendiilor

Art. 93. – Activitatea de prevenire și stingere a incendiilor în cadrul Spitalului este organizată și se desfășoară în conformitate cu prevederile Legii 307/2006, ale ordinul ministrului apărării naționale numărul M. 53 din 08.06.2015 pentru aprobarea „Normelor de apărare împotriva incendiilor în Ministerul Apărării Naționale”, 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 comandantul unității.

Art. 94. – (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 S.C.U.M. Craiova 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 comandantul S.C.U.M. Craiova prin ordin de zi pe unitate.

(3) Întreg personalul S.C.U.M. Craiova 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 comandantul 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 comandant în vederea realizării măsurilor de apărare împotriva incendiilor;

f) să comunice imediat șefilor nemijlociți/ ierarhici sau O.S.U. 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 precizate la art. 93 și a precizărilor comandantului desemnate în ordinul de zi pe unitate.

(5) În S.C.U.M. Craiova, 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 și voluntari;
- g) personal de cercetare;
- h) vizitatori;
- i) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreținere;
- j) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale.

Art. 95. – Cercetarea, raportarea, stabilirea răspunderilor și evidența incendiilor se face în conformitate cu prevederile Ordinul ministrului apărării naționale numărul M. 53 din 08.06.2015 pentru aprobarea „Normelor de apărare împotriva incendiilor în Ministerul Apărării Naționale”.

9.7.1. Evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie

Art. 96. – Reglementarea procesului de evacuare 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) Eliminarea/tratarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o producerea de accidente;
 - o producerea de pagube materiale;
 - o blocarea căilor de evacuare;
 - o afectarea / blocarea actului medical;
 - o afectarea stării de sănătate a pacienților.

Art. 97. – 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 intervină în caz de nevoie pentru limitarea efectelor provocate de situația de urgență pentru evacuarea persoanelor, bunurilor sau prin utilizarea mijloacele tehnice portabile de stins incendii;
- d) să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență.

Art. 98. – Obligațiile generale specifice pacienților / persoanelor internate, însoțitorilor / aparținătorilor și vizitatorilor sunt următoarele:

- a) păstrarea permanentă a căilor de evacuare libere;
- b) interzicerea intervenției asupra mijloacelor tehnice portabile de stins incendii;
- c) respectarea instrucțiunilor afișate referitoare la modul de evacuare în caz de incendiu sau de dezastră;

Art. 99. – Regulile generale obligatorii valabile pentru toate categoriile de utilizatori nominalizați la art. 94 alin. (5) sunt următoarele:

- a) să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență;

b) să respecte indicatoarele/semnele/afișele/marcajele specifice existente precum și indicațiile personalului propriu în situații de urgență, pentru evacuarea în siguranță a clădirilor;

c) să nu deterioreze mijloacele tehnice portabile de stins incendii.

Art. 100. – Situațiile de urgență sunt acele evenimente excepționale, cu caracter nonmilitar, care prin amploare și intensitate amenință viața și sănătatea populației, mediului înconjurător, valorilor materiale și culturale importante, iar pentru restabilirea stării de normalitate este necesară 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. 101. – Etapele procesului de evacuare în cazul manifestării unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice sau explozie, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) După seism personalul din cadrul unității sanitare va verifica siguranța încăperilor și căilor de evacuare din componența clădirilor 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 prin ofițerul de serviciu/serviciul operativ.

c) Cadrele medicale trebuie să liniștească pacienții folosind expresii de tipul „*Păstrați-vă calmul! Panica poate produce victime!*”, „*Fiți calmi, nu părăsiți încăperea!*”.

d) Toți utilizatorii clădirilor și spațiilor specifice spitalului trebuie să se protejeze, pe cât posibil, stând ghemuiți, sub mese, sub paturi, ținându-se cu mâinile de picioarele acestora, sub o grindă de rezistență sau lângă un stâlp de rezistență/perete interior de rezistență, sub tocurele ușilor (preferabil-pentru a putea ține sub observație pacienții din saloane/rezerve în timpul evenimentului), cu ușile întredeschise, pentru a menține libere căile de evacuare.

e) Însoțitorii persoanelor cu dizabilități și/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) trebuie să aibă grijă de acestea, protejându-le, pe cât posibil, sub o grindă sau lângă un stâlp de rezistență.

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

g) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă obiecte grele amplasate pe pereți, respectiv mobilier suspendat, televizoare, 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 încetarea evenimentului, personalul nominalizat în echipa responsabilă cu evacuarea/salvarea utilizatorilor pentru fiecare sector de activitate în parte 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.

k) În funcție de starea clădirii, ordinea de evacuare (pe orizontală, pe verticală, parțială sau totală) va fi stabilită potrivit urgențelor.

l) Șeful echipei de evacuare/salvare coordonează evacuarea utilizatorilor pe sectorul pentru care a fost desemnat.

m) La acțiunile de evacuare/salvare pot participa aparținătorii pacienților aflați în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirilor și spațiilor specifice unității sanitare.

n) 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.

o) 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 etajele superioare.

p) Utilizatorii spațiilor care prezintă dizabilități și/sau handicap locomotor (nedeplasabili) vor fi sprijiniți de persoanele însoțitoare care-i vor ajuta să se evacueze.

q) 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).

r) 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.

s) Toți utilizatorii construcției ies din clădire în șir de câte o persoană folosind toate traseele stabilite ca sigure în urma verificării integrității acestora spre locurile de adunare stabilite. Locurile de adunare sunt amplasate, astfel: unul lângă punctul de control al unității (în fața stației de hidrofor și rezervei de apă), iar cel de-al doilea între spălătoria spitalului și împrejmuirea spitalului dinspre strada Potelu.

t) 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 comandantului unității/șeful punctului de asistență/șeful secției din care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, personalului desemnat cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor/personalului de specialitate cu atribuții în domeniul situațiilor de urgență, direct sau prin ofițerul de serviciu / serviciul operativ.

u) 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. 102. – Etapele procesului de evacuare 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 anunța apela imediat la numărul unic 112 și va anunța incidentul.

b) Se va acționa sistemul de alarmare în caz de incendiu din dotarea S.C.U.M. Craiova de către pompierul de serviciu, ofițerul de serviciu / serviciul operativ sau altă persoană stabilită de către acesta. În cazul în care nu funcționează sistemul, alarmarea se va face prin voce, utilizând megafoane sau alte mijloace (ex.: Alarmă, Incendiu, Evacuarea!) și sistemul de comunicații aflat la dispoziția personalului de serviciu.

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 Planuri (“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 apărătorii pacienților aflați în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirilor și spațiilor specifice unității sanitare.

g) Se vor închide toate ferestrele încăperilor de către personalul medical aflat în interiorul acestora.

h) Odată cu asigurarea operațiunilor de evacuare, se va asigura închiderea ușilor de pe căile principale de circulație, respectiv al încăperilor din ariile afectate, astfel încât, să se preîntâmpine alimentarea cu oxigen a incendiului din zona/zonile unde acesta se manifestă.

i) Se vor menține deschise căile de acces în unitatea sanitară și se vor elibera căile de acces pentru autovehiculele de intervenție ale forțelor specializate.

j) Responsabilii din cadrul echipelor de evacuare/salvare de pe fiecare nivel sau zonă delimitată din cadrul construcțiilor anunță situația evacuării conducătorului unității sanitare/șefului punctului de asistență/șefului secției în care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, cadrul tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.

k) Personalul responsabil cu verificarea evacuării tuturor utilizatorilor va verifica toate încăperile aferente fiecărui nivel al clădirilor și spațiilor respective pentru a se asigura că nu au rămas persoane în respectivele locații și că toți utilizatorii acestora au părăsit încăperile și/sau au fost evacuați și anunță rezultatul conducătorului unității sanitare/șefului secției în care au fost evacuați pacienții, după caz, sau în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.

l) Se va intra în clădiri doar după intervenția și cu acordul serviciilor de urgență profesionale.

m) În cazul în care incendiul este de mică amploare personalul stabilit în organizarea intervenției de stingere la locul de muncă va acționa cu mijloace de primă intervenție din dotare (stingătoarele portative).

n) Pacienții/persoanele internate se definesc, în funcție de posibilitatea de a se evacua în caz de incendiu, astfel:

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

Art. 103. (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 locțiitorul comandantului pentru probleme de stat major, care se regăsește în mapa ofițerului de serviciu pe unitate.

(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 locțiitorul comandantului pentru probleme de stat major.

(5) Anual, prin grija locțiitorului comandantului pentru probleme de stat major, prin Planul anual cu principalele activități ale spitalului, se planifică simularea/verificarea funcționalității schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural și/sau catastrofă.

Art. 104. (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 comandatul spitalului, prin locuitorii acestuia. 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. 105. -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de evacuare a clădirilor în caz de nevoie provocată de manifestarea unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice, explozie sau de producerea unui incendiu sunt următorii:

- a) Numărul de instruirii/ antrenări privind punerea în practică a măsurilor stabilite în diferite situații în ultimul an calendaristic;
- b) Numărul verificărilor/ controalelor privind cunoașterea de către personal a reglementărilor și a modului de acțiune în diferite situații;
- c) Numărul exercițiilor de evacuare a clădirilor în diferite situații, planificate și executate;
- d) Numărul exercițiilor de intervenție în diferite situații, planificate și executate;
- e) În urma evaluării anuale a nivelului de apărare împotriva incendiilor se alocă resursele necesare dotării cu mijloace tehnice împotriva incendiilor conform normativelor specifice și pentru menținerea funcționalității celor existente.
- f) Repartiția pacienților relocați în saloane să respecte codificarea privind mobilitatea acestora;
- g) Sunt disponibile suficiente târgi, cărucioare, paturi cu roțile pentru evacuarea pacienților;
- h) Personalul este în permanență suficient pentru evacuarea pacienților nedeplasabili din saloanele marcate cu codul roșu;
- i) Paturile din saloanele cu pacienți nedeplasabili sunt mobile și pot fi evacuate pe ușă.

9.7.2. Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului

Art. 106. – Reglementarea procesului de evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea măsurilor și acțiunilor de intervenție pentru personalul S.C.U.M. Craiova în vederea evacuării și redislocării pacienților în cazul declanșării unor situații de urgență cu efecte sau potențial periculos pentru spital, zonele învecinate sau mediul înconjurător;
- b) Stabilirea de măsuri organizatorice privind asigurarea desfășurării actului medical în condiții de siguranță pentru personalul propriu și pacienți pe timpul evacuării și relocării pacienților;
- c) Eliminarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o afectarea / blocarea actului medical;
 - o afectarea stării de sănătate a pacienților;
 - o blocarea căilor de evacuare;
 - o producerea de accidente.

Art. 107. – Etapele procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

i. Directorului medical (înlocuitorului legal), în cazul unei evacuări/ relocări totale/generale;

ii. Șefilor de secție (înlocuitorului legal), în situația unei evacuări/relocări parțiale.

b) O măsură preliminară în astfel de situații este marcarea din timp de către asistenții medicali șefi a ușilor saloanelor cu etichete de culoare roșie (pentru persoanele care nu se pot evacua singure), galbenă (pentru persoanele care necesită sprijin la evacuare) și verde (pentru persoanele care se pot evacua singure). Ulterior, 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:

i. în mod organizat, sub supravegherea directă și strictă a personalului medical stabilit prin dispoziția conducerii S.C.U.M. Craiova;

ii. pe locurile dinainte stabilite în incinta spitalului, în baza planurilor de evacuare.

d) Evacuarea în cazul pacienților grav bolnavi, în incapacitate de mișcare din cauza dependenței acestora de echipamentele medicale care le asigură menținerea funcțiilor vitale se realizează cu asistență nemijlocită a personalului medical și, dacă este cazul, se asigură transportul către alte spitale utilizându-se unități mobile de reanimare;

e) Locurile de adunare temporară la evacuarea clădirii în diferite situații sunt: unul lângă punctul de control al unității (în fața stației de hidrofor și rezervei de apă), iar cel de-al doilea între spălătoria spitalului și împrejmuirea spitalului dinspre strada Potelu în centrul curților interioare;

f) Anual, prin ordinul de zi pe unitate se numește personalul propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor care nu se pot evacua singure;

g) Periodic, prin Planul cu principalele activități, 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;

h) Periodic, conform Planului cu principalele activități, se verifică existența suficientă și starea mijloacelor proprii destinate evacuării/relocării pacienților în diferite situații: târgi, cărucioare, paturi cu roțile;

i) Efectuarea instruirii periodice a personalului propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor și bunurilor;

j) La finalul operațiunilor de evacuare, directorul medical sau șefii de secție (înlocuitorii legali), după caz, verifică lista pacienților pentru a se stabili dacă au fost evacuate toate persoanele;

k) După analizarea situațiilor și a consecințelor/urmărilor evenimentului care a generat evacuarea, conducerea spitalului decide:

i. dacă este posibilă revenirea pacienților în spațiile din care au fost evacuați dacă acestea nu sunt afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;

ii. dacă este necesară și posibilă relocarea pacienților în alte spații la nivelul spitalului, care nu au fost afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;

iii. dacă este necesară relocarea pacienților în alte spații/unități sanitare, caz în care se dispune solicitarea sprijinului structurilor specializate de intervenție în situații de urgență prin apelarea numărului unic 112. Responsabilitatea transmiterii solicitării, la ordinul comandantului (înlocuitorului legal), revine personalului de serviciu în serviciul operativ organizat la nivelul spitalului. 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.

Art. 108. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Numărul de instruirii/ antrenări privind punerea în practică a măsurilor stabilite în diferite situații în ultimul an calendaristic;

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

- c) Numărul exercițiilor de evacuare, planificate și executate – minim 1 exercițiu / trimestru, pentru spațiile în care se află persoane netransportabile;
- d) Planificarea și executarea minim a unui exercițiu de evacuare în cooperare cu I.J.S.U., în funcție de disponibilitatea acestei instituții;
- e) Repartiția pacienților relocați în saloane să respecte codificarea privind mobilitatea acestora;
- f) Numărul de târgi, cărucioare, paturi cu roțile existente pe fiecare secție pentru evacuarea pacienților;
- g) Personalul existent pentru evacuarea pacienților nedeplasabili din saloanele marcate cu codul roșu este în permanență suficient;
- h) Numărul de paturile din saloanele cu pacienți nedeplasabili care sunt mobile și pot fi evacuate pe ușa saloanelor.

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

Art. 109. – 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 unității, 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:
 - o interpretarea / aplicarea eronată a unor termeni sau prevederi normative;
 - o consecințe asupra personalului sau instituției.

Art. 110. – (1) 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 și/sau a șefului Biroului managementul calității serviciilor medicale 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 "Legislatie" dispus pe serverul spitalului, în termen maxim de 5 zile lucrătoare de la data publicării acestora în Monitorul Oficial.
- b) În situația în care este necesară postarea unor acte normative care completează și/sau modifică acte normative aflate în vigoare, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se va proceda prin grija consilierului juridic și/sau a șefului B.M.C.S.M., 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_dec 2018"), în termen maxim de 5 zile lucrătoare de la data publicării acestora în Monitorul Oficial.
- c) Despre intrarea în vigoare a unor noi acte normative sau despre modificarea și completarea unor acte normative în vigoare, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, prin grija consilierului juridic și/sau a șefului B.M.C.S.M., se întocmesc și se afișează la unul din avizierele Spitalului dispuse la intrarea în sectorul administrativ anunțuri privind intrarea în vigoare, modificarea și/sau completarea diferitelor acte normative incidente domeniilor de activitate ale Spitalului. Respectivele anunțuri cuprind, după caz:
 - i. Denumirea actelor normative nou intrate în vigoare;

- ii. Denumirea actelor normative modificate și/sau completate, cu menționarea datei la care acestea au fost ultima dată modificate și/sau completate;
- iii. Atunci când se consideră necesar se menționează scurte indicații privind impactul pe care îl aduce intrarea în vigoare a respectivelor acte normative;
- iv. Denumirea directorului și a subdomeniului/folderului acestuia în care se postează actele normative nou intrate în vigoare sau cele modificate și/sau completate.

d) Legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute sau cele care presupun modificarea și/sau completarea unor acte normative aflate în vigoare, care vizează activități importante în cadrul Spitalului și care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se prezintă personalului acestuia de către comandantul Spitalului / șefii de microstructuri ale Spitalului, la propunerea șefilor acestora în a căror responsabilitate intră domeniul incident al respectivelor norme, în cadrul ședințelor de prelucrări de ordine care au loc săptămânal, la raportul de gardă cu participare lărgită a întregului personal al Spitalului (nu participă personalul aflat în tură liberă, recuperare, concedii, precum și personalul a cărui prezență este strict necesară în compartimentele în care își desfășoară activitatea). De regulă, raportul de gardă cu participare lărgită a întregului personal al Spitalului se desfășoară în fiecare zi de vineri, ora 08.00, în sala de sedințe a spitalului.

e) Cu ocazia executării activității enunțate la punctul precedent, după caz, persoanele care prezintă legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute sau cele care presupun modificarea și/sau completarea unor acte normative aflate în vigoare, vor face precizări privind impactul pe care-l are intrarea în vigoare a respectivelor norme și responsabilitățile care revin personalului Spitalului.

f) Șefii de microstructuri din cadrul Spitalului au obligația de a informa verbal personalul din subordine care nu a participat la raportul de gardă cu participare lărgită a întregului personal al Spitalului, despre intrarea în vigoare și/sau modificarea unor acte normative incidente domeniului de activitate, în prima zi lucrătoare în care respectivele persoane se prezintă la serviciu.

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

(2) În cadrul ședințelor de prelucrări de ordine, comandantul Spitalului este obligat să aducă la cunoștință personalului, în părțile ce-l privesc, conținutul Buletinului Informativ al Armatei, care este difuzat lunar.

(3) Personalul prelucrat care a participat la raportul de gardă cu participare lărgită a întregului personal al Spitalului, ia la cunoștință sub semnătură de prevederile respectivelor reglementări, în procese-verbale întocmite și înregistrate la nivelul structurii „Personal” a unității.

Art. 111. - În situația în care parte din personalul Spitalului nu participă, din motive întemeiate, la respectivele activități săptămânale, 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 și să se prezinte la persoanele care au în evidență registrul de luare la cunoștință, în vederea semnării în acestea, prin grija șefilor/coordonatorilor direcți.

Art. 112. - Indicatorii de eficiență (dupa caz) și eficacitate a activității de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinilor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute, sunt următorii:

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

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

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

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

Art. 113. – 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 (operator) 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:
 - o încălcarea limitelor dezvăluirilor datelor personale;
 - o generarea de prejudicii morale și/sau materiale;
 - o distrugerile accidentale sau ilegale ale datelor cu caracter personal;
 - o pierderea, dezvăluirea sau modificarea fără drept a acestora.

Art. 114. – Procesul de protecție a datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora) presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

Art. 115. - (1) S.C.U.M. Craiova colectează și prelucrează date cu caracter personal aparținând pacienților, medicilor, angajaților și persoanelor care candidează pentru un post vacant în cadrul spitalului, după cum urmează:

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

c) în cazul angajaților, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale aferente contractelor de muncă;

d) în cazul candidaților, pentru activități specifice compartimentului personal.

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

Art. 116. - 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. 117. - Pentru conformarea la cerințele legale sau de acreditare, o parte din aceste date personale sunt transmise către terțe părți: Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Sănătății, C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., Casa Națională de Asigurări de Sănătate, SNSP, D.S.P., REVISAL, instituții bancare, IFN-uri și ANAF, transmiterea făcându-se cu respectarea prevederilor legale privind protecția datelor personale, utilizând după caz sisteme de criptare, pseudonimizare sau anonimizare.

Art. 118.- (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. 119. - 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, în ultimul an calendaristic.

b) Numărul de reclamații cu privire la asigurarea accesului la datele personale ale pacientului determinate de îngădirea drepturilor pacienților/aparținătorilor, în ultimul an calendaristic.

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

Art. 120. – 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 societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale;

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

○ erori de diagnostic și tratament;

○ erori de adresabilitate: când, cui, cum se solicită consultul;

○ agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 121. - 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 S.C.U.M. Craiova.

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 unității 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 unității 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 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 unității (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 locțiitorului comandantului-director 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 unității (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 locțiitorului comandantului-director 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 unității (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 S.C.U.M. Craiova 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 S.C.U.M. Craiova 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 S.C.U.M. Craiova, 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 S.C.U.M. Craiova 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. 122. - 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), tuturor pacienților care solicită acest lucru pe parcursul ultimului an calendaristic.

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

c) Număr de convenții/contracte/protocoale de colaborare încheiate de către S.C.U.M. Craiova cu alte unități sanitare publice sau medici acreditați, care au ca subiect accesul pacienților la o "a doua opinie medicală".

d) Gradul de asigurare a accesului la o "a doua opinie medicală" din partea unor medici acreditați din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate) în specialități medicale similare celor din S.C.U.M. Craiova.

9.11. Activitatea comisiei de evaluare a ofertelor în cadrul procedurilor de atribuire a acordurilor cadru/ contractelor de achiziție publică

Art. 123. (1) Autoritatea contractantă are obligația de a desemna, pentru atribuirea contractelor de achiziție publică/acordurilor-cadru, persoane responsabile pentru evaluarea ofertelor și, după caz, a solicitărilor de participare, care se constituie într-o comisie de evaluare.

(2) Din cadrul comisiei de evaluare pot face parte membri aparținând compartimentelor autorității contractante și, după caz, din cadrul entității finanțatoare a contractului de achiziție publică, dacă autoritatea contractantă transmite o solicitare motivată în acest sens. În cazul în care beneficiarul final al contractului/acordului-cadru este o altă autoritate contractantă, din cadrul comisiei de evaluare pot face parte membri aparținând atât autorității contractante care organizează procedura de atribuire, cât și autorității contractante beneficiare.

(3) În cazul în care evaluarea solicitărilor de participare/ofertelor necesită o expertiză aprofundată în domeniul achizițiilor publice ori de natură tehnică, financiară, juridică și/sau privind

aspectele contractuale specifice, autoritatea contractantă poate desemna, pe lângă comisia de evaluare, specialiști externi numiți experți cooptați.

(4) Nominalizarea persoanelor care constituie comisia de evaluare se poate realiza atât pentru atribuirea fiecărui contract/acord-cadru în parte, cât și pentru atribuirea mai multor contracte/acorduri-cadru, acest din urmă caz aplicându-se când contractele respective sunt de complexitate redusă.

(5) În cazul procedurilor cu mai multe etape, nominalizarea persoanelor care constituie comisia de evaluare se poate realiza atât pentru fiecare etapă în parte, cât și pentru toate etapele.

(6) Autoritatea contractantă va numi o persoană responsabilă cu aplicarea procedurii de atribuire din cadrul compartimentului intern specializat în domeniul achizițiilor.

(7) Președintele comisiei de evaluare poate fi limitat numai la aspectele de organizare și reprezentare, în acest din urmă caz neavând drept de vot.

(8) Persoanele care constituie comisia de evaluare nu trebuie să fie în relații de subordonare ierarhică unele față de altele, în măsura în care structura organizatorică permite acest lucru.

(9) Unitatea are dreptul de a nominaliza membri de rezervă pentru membrii comisiei de evaluare.

(10) Unitatea are dreptul de a înlocui un membru al comisiei de evaluare cu un membru de rezervă numai dacă persoana care urmează să fie înlocuită nu are posibilitatea, din motive obiective, de a-și îndeplini atribuțiile care rezultă din calitatea de membru al comisiei de evaluare.

(11) După producerea înlocuirii, calitatea de membru al comisiei de evaluare este preluată de către membrul de rezervă, care își va exercita atribuțiile aferente până la finalizarea procedurii de atribuire.

Art. 124. - (1) În raport cu sarcinile și responsabilitățile, comisia de evaluare are, în ansamblu, următoarele atribuții:

- a) deschiderea ofertelor și, după caz, a altor documente care însoțesc oferta;
- b) verificarea îndeplinirii criteriilor de calificare de către ofertanți/candidați;
- c) realizarea selecției candidaților, dacă este cazul;
- d) desfășurarea dialogului cu operatorii economici, în cazul aplicării procedurii de dialog competitiv;
- e) desfășurarea negocierilor cu operatorii economici, în cazul aplicării procedurilor de negociere;
- f) verificarea conformității propunerilor tehnice ale ofertanților cu prevederile caietului de sarcini;
- g) evaluarea propunerilor tehnice ale ofertanților în conformitate cu criteriile de atribuire, dacă este cazul;
- h) verificarea propunerilor financiare prezentate de ofertanți, inclusiv verificarea conformității cu propunerile tehnice, verificarea aritmetică, verificarea încadrării în fondurile care pot fi disponibilizate pentru îndeplinirea contractului de achiziție publică respectiv, precum și, dacă este cazul, verificarea încadrării acestora în situația prevăzută la art. 210 din Legea 98/2016 privind achizițiile publice (denumită în continuare Lege);
- i) elaborarea solicitărilor de clarificări și/sau completări necesare în vederea evaluării solicitărilor de participare și/sau ofertelor;
- j) stabilirea solicitărilor de participare neadecvate, a ofertelor inacceptabile și/sau neconforme, precum și a motivelor care stau la baza încadrării acestora în fiecare din aceste categorii;
- k) stabilirea ofertelor admisibile;
- l) aplicarea criteriului de atribuire și a factorilor de evaluare, astfel cum a fost prevăzut în anunțul de participare/simplificat/de concurs;
- m) stabilirea ofertei/ofertelor câștigătoare sau, după caz, formularea propunerii de anulare a procedurii;
- n) elaborarea proceselor-verbale aferente fiecărei ședințe, a rapoartelor intermediare aferente fiecărei etape în cazul procedurilor cu mai multe etape și a raportului procedurii de atribuire.

(2) Rapoartele intermediare și raportul procedurii de atribuire se înaintează de către președintele comisiei de evaluare conducătorului autorității contractante spre aprobare.

(3) În cazul în care nu aprobă raportul procedurii, conducătorul autorității contractante va motiva în scris decizia sa și poate, după caz:

- a) returna raportul, o singură dată, comisiei de evaluare spre corectare sau reevaluare parțială;
- b) solicita o reevaluare completă, caz în care o nouă comisie de evaluare va fi numită.

Art. 125. - (1) Pe parcursul desfășurării procesului de evaluare, membrii comisiei de evaluare și experții cooptați au obligația de a păstra confidențialitatea asupra conținutului ofertelor/solicitărilor de participare, precum și asupra oricăror alte informații prezentate de către candidați/ofertanți în procedura de atribuire. ***Încălcarea angajamentelor referitoare la confidențialitate se sancționează conform legii.***

(2) Cu excepția ședinței de deschidere a ofertelor la care au dreptul de a participa și alte persoane, la întrunirile comisiei de evaluare au dreptul de a participa numai membrii acesteia și, după caz, experții cooptați, precum și persoanele împuternicite de către ANAP

Art. 126. - (1) Comisia de evaluare și experții cooptați au obligația de a semna pe propria răspundere o declarație de confidențialitate și imparțialitate prin care se angajează să respecte prevederile legale și prin care confirmă că nu se află într-o situație care implică existența unui conflict de interese.

(2) Declarația prevăzută trebuie semnată de membrii comisiei de evaluare înainte de preluarea atribuțiilor specifice, după data și ora-limită pentru depunerea solicitărilor de participare/ofertelor, și conține următoarele date de identificare:

- a) numele și prenumele;
- b) data și locul nașterii;
- c) domiciliul actual;
- d) codul numeric personal.

(3) În cazul în care unul dintre membrii desemnați în comisia de evaluare sau unul dintre experții cooptați constată că se află într-o situație de conflict de interese, atunci acesta are obligația de a solicita de îndată înlocuirea sa din componența comisiei respective cu o altă persoană.

(4) Situațiile privind conflictul de interese pot fi sesizate autorității contractante și de către terți.

(5) În cazul în care sunt sesizate astfel de situații, autoritatea contractantă are obligația de a verifica cele semnalate și, dacă este cazul, de a adopta măsurile necesare pentru evitarea/remedierea oricăror aspecte care pot determina apariția unui conflict de interese.

9.11.1 Procesul de verificare și evaluare

Art. 127. - (1) În cazul în care, în cadrul documentației de atribuire, a fost prevăzută obligația îndeplinirii unor criterii de calificare și selecție formulate în baza criteriilor prevăzute la cap. IV secțiunea a 6-a paragraful 1 din Lege, comisia de evaluare are obligația verificării modului de îndeplinire a acestora de către fiecare ofertant/candidat în parte prin analizarea conținutului DUAE.

(2) Comisia de evaluare are obligația solicitării documentelor doveditoare privind îndeplinirea criteriilor de calificare ofertantului clasat pe primul loc în urma aplicării criteriului de atribuire

(3) În condițiile art. 215 alin. (4) din Lege, comisia de evaluare solicită clarificări, în termen de o zi lucrătoare de la data-limită de depunere a ofertelor, privind eventualele neconcordanțe referitoare la îndeplinirea condițiilor de formă ale garanției de participare, precum și la cuantumul sau valabilitatea acesteia, acordând ofertantului un termen de 3 zile pentru a răspunde la solicitarea de clarificare, sub sancțiunea respingerii ofertei ca inacceptabilă.

(4) Comisia de evaluare are obligația de a analiza și de a verifica fiecare ofertă atât din punct de vedere al elementelor tehnice propuse, cât și din punct de vedere al aspectelor financiare pe care le implică.

9.11.1.1 Evaluarea propunerii tehnice

Art. 128. - (1) Comisia de evaluare are obligația de a analiza și de a verifica fiecare ofertă atât din punct de vedere al elementelor tehnice propuse, cât și din punct de vedere al aspectelor financiare pe care le implică

(2) Propunerea tehnică trebuie să corespundă cerințelor minime prevăzute în caietul de sarcini sau în documentul descriptiv. Comisia de evaluare are obligația de a stabili care sunt

clarificările și completările formale sau de confirmare, necesare pentru evaluarea fiecărei solicitări de participare/oferte, precum și perioada de timp acordată pentru transmiterea acestora, termenul-limită neputând fi stabilit decât la nivel de zile lucrătoare, fără a fi precizată o oră anume în cadrul acestuia.

Art. 129. - (1) Comisia de evaluare, înainte de a lua o decizie de respingere a candidaturii/ofertei, solicită clarificări și, după caz, completări ale documentelor prezentate inițial de candidat/ofertant/subcontractant/terț susținător cu privire la neîncadrarea în prevederile art. 60 alin. (1) lit. d) și e) din Lege.

(2) Comisia de evaluare va stabili termenul-limită în funcție de volumul și complexitatea clarificărilor și completărilor formale sau de confirmare necesare pentru evaluarea fiecărei solicitări de participare/oferte. Termenul astfel stabilit va fi, de regulă, de minimum 1 zile lucrătoare.

(3) Comunicarea transmisă în sensul alin. (1) către candidat/ofertant trebuie să fie clară și să definească în mod explicit și suficient de detaliat în ce constă solicitarea comisiei de evaluare.

(4) În cazul în care comisia de evaluare solicită unui candidat/ofertant clarificări și, după caz, completări ale documentelor prezentate de acesta în cadrul ofertei sau solicitării de participare, potrivit dispozițiilor art. 209 din Lege, iar candidatul/ofertantul nu transmite în termenul precizat de comisia de evaluare clarificările/completările solicitate sau clarificările/completările transmise nu sunt concludente, oferta sa va fi considerată inacceptabilă.

(5) În cazul în care ofertantul modifică prin răspunsurile pe care le prezintă comisiei de evaluare conținutul propunerii tehnice sau propunerii financiare, oferta sa va fi considerată inacceptabilă.

(6) Prin excepție de la dispozițiile alin. (6), oferta va fi considerată admisibilă în măsura în care modificările operate de ofertant în legătură cu propunerea sa tehnică se încadrează în una din categoriile de mai jos:

a) pot fi încadrate în categoria viciilor de formă; sau

b) reprezintă corectări ale unor abateri tehnice minore, iar o eventuală modificare a prețului total al ofertei, indusă de aceste corectări, nu ar fi condus la modificarea clasamentului ofertanților participanți la procedura de atribuire.

Sunt considerate abateri tehnice minore acele omisiuni/abateri din propunerea tehnică care pot fi completate/corectate într-un mod care nu conduce la depunerea unei noi oferte.

O modificare a propunerii tehnice nu poate fi considerată o abatere tehnică minoră a ofertei inițiale în următoarele situații:

a) cuantificarea teoretică în valoare monetară a respectivei abateri/omisiuni depășește 1% din prețul total al ofertei;

b) cuantificarea teoretică în valoare monetară a respectivei abateri/omisiuni conduce la eludarea aplicării acelor prevederi ale legii care instituie obligații ale autorității contractante în raport cu anumite praguri valorice;

c) în urma corectării respectivei abateri/omisiuni, se constată că s-ar schimba clasamentul ofertanților;

d) modificarea ar presupune o diminuare calitativă în comparație cu oferta inițială;

e) modificarea vizează o parte din ofertă pentru care documentația de atribuire a exclus în mod clar posibilitatea ca ofertanții să se abată de la cerințele exacte ale respectivei documentații, iar oferta inițială nu a fost în conformitate cu aceste cerințe.

(7) Prin excepție, oferta va fi considerată admisibilă în măsura în care modificările operate de ofertant, la solicitarea comisiei de evaluare, în legătură cu propunerea sa financiară, reprezintă erori aritmetice, acestea urmând a fi corectate, implicit alături de prețul total al ofertei, prin refacerea calculelor aferente.

(8) În cazul în care ofertantul nu este de acord cu îndreptarea erorilor aritmetice oferta sa va fi considerată inacceptabilă.

(9) Prin excepție de la dispozițiile alin. (6), oferta va fi considerată admisibilă în măsura în care modificările operate de ofertant, la solicitarea comisiei de evaluare, în legătură cu propunerea sa financiară, reprezintă erori aritmetice, respectiv aspecte care pot fi clarificate cu respectarea principiilor prevăzute la art. 2 alin. (2) din Lege, elementele propunerii financiare urmând a fi corectate, implicit alături de prețul total al ofertei, prin refacerea calculelor aferente.

(10) În cazul în care ofertantul nu este de acord cu îndreptarea erorilor aritmetice oferta sa va fi considerată inacceptabilă.

9.11.1.2 Evaluarea propunerii financiare

Art. 130. - Propunerea financiară trebuie să se încadreze în fondurile care pot fi disponibilizate pentru îndeplinirea contractului de achiziție publică, respectiv să fie corelată cu elementele propunerii tehnice pentru a evita executarea defectuoasă a contractului, să nu se afle în situația prevăzută la art. 210 din Lege sau să nu reprezinte o abatere de la legislația incidentă, alta decât cea în domeniul achizițiilor publice.

Art. 131. - (1) În situația în care comisia de evaluare constată că elemente de preț ale unei oferte sunt aparent neobișnuit de scăzute, prin raportare la prețurile pieței, utilizându-se ca referință în acest sens informații cum ar fi buletine statistice, sau cotații ale burselor de mărfuri, comisia de evaluare va solicita ofertantului care a depus oferta în cauză explicații cu privire la posibilitate îndeplinirii contractului în condițiile de calitate impuse prin documentația de atribuire.

(2) Explicațiile aduse de ofertant conform prevederilor vor fi însoțite de dovezi concludente privind elementele prevăzute la art. 210 alin. (2) din Lege, precum și, după caz, documente privind prețurile ce pot fi obținute de la furnizori, situația stocurilor de materii prime și materiale, modul de organizare și metodele utilizate în cadrul procesului de lucru, nivelul de salarizare al personalului ofertantului, performanțele și costurile implicate de anumite utilaje sau echipamente de lucru.

(3) În cazul în care ofertantul nu prezintă comisiei de evaluare informațiile și/sau documentele solicitate sau acestea nu justifică în mod corespunzător nivelul scăzut al prețului sau al costurilor propuse, oferta va fi considerată neconformă.

9.11.1.3 Stabilirea ofertelor inacceptabile și neconforme

Art. 132. - (1) Comisia de evaluare are obligația de a respinge ofertele inacceptabile și neconforme.

(2) În condițiile art. 215 alin. (4) din Lege, oferta este considerată inacceptabilă în următoarele situații:

a) a fost depusă de un ofertant care nu îndeplinește unul sau mai multe dintre criteriile de calificare stabilite în documentația de atribuire sau nu a completat DUAE în conformitate cu cerințele stabilite de autoritatea contractantă;

b) constituie o alternativă la prevederile caietului de sarcini alternativa care nu poate fi luată în considerare deoarece în anunțul de participare nu este precizată în mod explicit posibilitatea depunerii unor oferte alternative;

c) nu asigură respectarea reglementărilor obligatorii referitoare la condițiile specifice de muncă și de protecție a muncii, atunci când aceasta cerința este formulată în condițiile art. 51 alin. (2) din Lege;

d) prețul, fără TVA, inclus în propunerea financiară depășește valoarea estimată comunicată prin anunțul de participare și nu există posibilitatea disponibilizării de fonduri suplimentare pentru îndeplinirea contractului de achiziție publică respectiv;

e) prețul, fără TVA, inclus în propunerea financiară depășește valoarea estimată comunicată prin anunțul de participare și, deși există posibilitatea disponibilizării de fonduri suplimentare pentru îndeplinirea contractului de achiziție publică respectiv, se constată că acceptarea unei astfel de oferte ar conduce la modificarea substanțială în sensul depășirii procentelor de la art. 221 alin. (1) lit. f) pct. ii) din Lege;

f) oferta și documentele care o însoțesc nu sunt semnate cu semnătură electronică extinsă, bazată pe un certificat calificat, eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat;

g) în cazul în care unei oferte îi lipsește una din cele două componente, așa cum sunt precizate la art. 3 alin. (1) lit. hh) din Lege.

(3) În condițiile art. 215 alin. (5) din Lege, oferta este considerată neconformă în următoarele situații:

a) nu satisface în mod corespunzător cerințele caietului de sarcini;

b) conține propuneri de modificare a clauzelor contractuale pe care le-a stabilit autoritatea contractantă în cadrul documentației de atribuire, care sunt în mod evident dezavantajoase pentru

aceasta din urmă, iar ofertantul, deși a fost informat cu privire la respectiva situație, nu acceptă renunțarea la clauzele respective;

c) conține în cadrul propunerii financiare prețuri care nu sunt rezultatul liberei concurențe și care nu pot fi justificate;

d) propunerea financiară nu este corelată cu elementele propunerii tehnice ceea ce ar putea conduce la executarea defectuoasă a contractului, sau constituie o abatere de la legislația incidentă, alta decât cea în domeniul achizițiilor publice;

e) în cadrul unei proceduri de atribuire pentru care s-a prevăzut defalcarea pe loturi, oferta este prezentată fără a se realiza distincția pe loturile oferite, din acest motiv devenind imposibilă aplicarea criteriului de atribuire pentru fiecare lot în parte;

f) oferta este depusă cu nerespectarea prevederilor art. 60 alin. (1) lit. d) și e) din Lege, raportat la data-limită stabilită pentru depunerea cererilor de participare/ofertelor și/sau oricând pe parcursul evaluării acestora;

g) în urma verificărilor prevăzute la art. 210 din Lege se constată că propunerea financiară are un preț sau conține costuri neobișnuit de scăzute în raport cu lucrările, produsele sau serviciile, astfel încât nu se poate asigura îndeplinirea contractului la parametrii cantitativi și calitativi solicitați prin caietul de sarcini.

9.11.2 Stabilirea ofertei câștigătoare

Art. 133. - (1) Ofertele care nu au fost respinse de comisia de evaluare în urma verificării și evaluării reprezintă oferte admisibile.

(2) Comisia de evaluare are obligația de a stabili oferta câștigătoare dintre ofertele admisibile.

(3) După finalizarea verificărilor, comisia de evaluare introduce în SEAP, utilizând facilitățile tehnice accesibile prin acest sistem informatic, numele candidaților/ofertanților ale căror candidaturi/oferte sunt admisibile, precum și ale candidaților respinși sau ale ofertanților ale căror oferte au fost declarate inacceptabile și/sau neconforme.

Art. 134. - (1) În cazul în care criteriul utilizat este "prețul cel mai scăzut", clasamentul ofertelor se stabilește prin ordonarea crescătoare a prețurilor respective, oferta câștigătoare fiind cea de pe primul loc, respectiv cea cu prețul cel mai scăzut.

(2) În cazul în care două sau mai multe oferte sunt situate pe primul loc, autoritatea contractantă solicită ofertanților o nouă propunere financiară, iar contractul va fi atribuit ofertantului a cărui nouă propunere financiară are prețul cel mai scăzut.

(3) În situația încheierii unui acord-cadru cu mai mulți operatori economici, fără reluarea competiției, atunci când două sau mai multe oferte au o valoare totală egală a propunerii financiare și sunt clasate pe același loc, în vederea departajării, autoritatea contractantă solicită noi propuneri financiare acestora, fără ca acest lucru să afecteze pozițiile superioare în clasament.

(4) În situația încheierii unui acord-cadru cu mai mulți operatori economici, cu reluarea competiției, atunci când două sau mai multe oferte au aceeași valoare totală a propunerii financiare și sunt clasate pe același loc, autoritatea contractantă menționează în documentația de atribuire dacă urzează de prevederile reofertării sau dacă va încheia acordul-cadru cu toți operatorii economici clasați pe locurile aferente numărului maxim stabilit în anunțul de participare.

Art. 135. - (1) În cazul în care atribuirea contractului de achiziție publică/acordului-cadru se face pe baza criteriului "cel mai bun raport calitate-preț" sau "cel mai bun raport calitate-cost", evaluarea ofertelor se realizează prin acordarea, pentru fiecare ofertă în parte, a unui punctaj rezultat ca urmare a aplicării algoritmului de calcul stabilit în documentația de atribuire. În acest caz se stabilește clasamentul ofertelor prin ordonarea descrescătoare a punctajelor respective, oferta câștigătoare fiind cea de pe primul loc, respectiv cea cu cel mai mare punctaj.

(2) În cazul prevăzut la alin. (1), se stabilește clasamentul ofertelor prin ordonarea descrescătoare a punctajelor respective, oferta câștigătoare fiind cea de pe primul loc, respectiv cea cu cel mai mare punctaj.

Art. 136. - (1) În cazul în care atribuirea contractului de achiziție publică/acordului-cadru se face pe baza criteriului "costul cel mai scăzut", evaluarea ofertelor se realizează prin acordarea,

pentru fiecare ofertă în parte, a unui punctaj rezultat ca urmare a aplicării algoritmului de calcul stabilit în documentația de atribuire.

(2) În cazul prevăzut la alin. (1), se stabilește clasamentul ofertelor prin ordonarea descrescătoare a punctajelor respective, oferta câștigătoare fiind cea de pe primul loc, respectiv cea cu cel mai mare punctaj.

(3) În cazul în care două sau mai multe oferte sunt clasate pe primul loc, departajarea se va face prin solicitarea de noi propuneri financiare, și oferta câștigătoare va fi desemnată cea care va prezenta prețul cel mai scăzut.

Art. 137. - Indiferent de criteriul aplicat pentru atribuirea contractului, compararea prețurilor prevăzute în propunerile financiare ale ofertanților se realizează la valoarea fără TVA.

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

Art. 138. – Reglementarea procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal are ca principale scopuri:

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

Art. 139. – Etapele procesului de de încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

i. metoda de prevenție, diagnostic, tratament la care urmează să fie supusă persoana în cauză să facă parte din specialitatea/competența medicului, medicului dentist, asistentului medical;

ii. persoana în cauză să facă o solicitare scrisă către medic, medicul dentist, asistentul medical de acordare a asistenței medicale, cu excepția cazurilor în care persoana este lipsită de discernământ sau a situațiilor de urgență medico-chirurgicală. Solicitarea va fi păstrată în fișa medicală sau, după caz, într-un registru special;

iii. aprecierea medicului, medicului dentist, asistentului medical că prin acordarea asistenței medicale nu există riscul evident de înrăutățire a stării de sănătate a persoanei căreia i se acordă asistența medicală. Aprecierea se face după un criteriu subiectiv și nu poate constitui circumstanță agravantă în stabilirea cazului de malpraxis.

b) S.C.U.M. Craiova are obligația de a asigura efectuarea de intervenții medicale asupra pacientului numai dacă dispune de dotările necesare și de personal acreditat pentru a acorda respectivelor îngrijiri medicale. Intervențiile medicale asupra pacientului pot fi efectuate și în absența acestor condiții numai în cazuri de urgență apărute în situații extreme.

c) Refuzul acordării asistenței medicale poate avea loc strict în condițiile legii sau dacă prin solicitarea de persoana în cauză îi cere medicului acte de natură a-i știrbi independența profesională, a-i afecta imaginea morală ori solicitarea nu este conformă cu principiile fundamentale

ale exercitării profesiei de medic. În urma acceptării pacientului, personalul medical acordă îngrijirile medicale conform standardelor terapeutice stabilite de protocoalele aprobate la nivel național, asigurându-se că prevalează interesul și binele pacientului.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 140. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal sunt următorii:

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

b) Număr de reclamații ale pacienților motivate de încetarea abuzivă a medicilor a asistenței medicale, în ultimul an calendaristic;

c) Număr de notificări transmise pacienților în care medicii își exprimă dorința terminării relației medic-pacient, în care este motivat temeiul refuzului.

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

Art. 141. – Reglementarea procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil are ca principale scopuri:

a) Stabilirea unor reguli unitare adecvate de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.

b) Stabilirea condițiilor în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.

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

○ agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art. 142. – (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.

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

(3) **Situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale, în afara specialității**, sunt acele situații în care pacienții necesită intervenții salvatoare de viață de următoarea natură:

a) Intervenții salvatoare de viață la nivelul căilor aeriene:

○ Ventilație pe mască și balon;

○ Susținere avansată a căilor aeriene;

○ Rezolvarea chirurgicală a căii aeriene;

○ Ventilație de urgență CPAP (cu presiune pozitivă continuă);

○ Ventilație de urgență BiPAP (cu presiune pozitivă pe două nivele);

○ Manevra Heimlich;

b) Intervenții salvatoare de viață prin terapie electrică:

○ Defibrilare;

○ Cardioversie de urgență;

○ Pacing extern;

c) Intervenții salvatoare de viață prin următoarele proceduri:

○ Decompresia pneumotoraxului sufocant;

○ Pericardiocenteza;

○ Toracotomie de urgență;

○ Compresiuni toracice externe;

d) Intervenții salvatoare de viață prin intervenții hemodinamice:

○ Resuscitare volemică cu fluide i.v.;

○ Administrare de sânge;

○ Controlul sângerărilor majore;

e) Intervenții salvatoare de viață prin administrarea de medicamente:

○ Naloxone;

○ Glucoza 33%;

○ Dopamină;

○ Atropină;

○ Adenozin;

○ Adrenalină.

f) Se încadrează la acest nivel și pacienții care prezintă una sau mai multe dintre următoarele situații clinice: pacient intubat, apneic, fără puls, detresă respiratorie severă, SaO₂<90%, modificări acute ale statusului mental, inconștient⁵.

⁵ Starea de inconștiență este definită astfel:

– pacientul nu vorbește și nu execută comenzile (modificare acută);
și/sau

– pacientul nu răspunde la stimuli sau răspunde doar la stimuli dureroși.

– insuficiență respiratorie severă cu respirații agonice sau gasping;

– bradicardie severă sau tahicardie cu semne de hipoperfuzie;

– pacienții cu traumatisme care necesită resuscitare volemică imediată;

– pacienți cu durere toracică, palizi, cu transpirații profuze, TA<70mmHg (determinată anterior prezentării);

– puls slab filiform, FC<30;

– copil hiporeactiv, obnubilat, letargic;

- (4) Exemple de situații în care pacienții necesită intervenții salvatoare de viață:
- a) stopul cardiorespirator;
 - b) insuficiență respiratorie severă; – SpO₂<90%;
 - c) pacienții sever traumatizați care nu răspund la stimuli verbali;
 - d) pacienții cu supradozaj medicamentos și FR≤6 resp./min.;
- (5) Nu se consideră intervenții salvatoare de viață următoarele:
- e) Administrarea de oxigen:
 - o pe mască facială
 - o pe canulă nazală;
 - a) Monitorizarea cardiacă;
 - b) Următoarele teste diagnostice:
 - o electrocardiograma;
 - o testele de laborator;
 - o CT sau ecografie FAST în traumă;
 - o Ecografie;
 - o Linie i.v.;
 - o Linie i.v. pentru administrarea medicației;
 - c) Administrarea următoarelor medicamente:
 - o Aspirină;
 - o Nitroglicerină i.v.;
 - o Antibiotice;
 - o Heparină;
 - o Analgetice;
 - o Beta-agoniști pe cale inhalatorie.

Art. 143. – (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 S.C.U.M. Craiova efectuează activitățile medicale conform specificului și atribuțiilor proprii, pentru a nu afecta siguranța pacientului și a diminua încrederea în deciziile sau integritatea sa profesională, asigurând asistență medicală nediscriminatoriu;

b) În situații de urgență cu risc vital imediat personalul medico-sanitar poate efectua acte medicale cu depășirea competenței deținute în condițiile în care nu este disponibil personalul medico-sanitar care deține competența necesară și starea pacientului nu permite amânarea intervenției medicale sau transferul acestuia la o altă unitate, prioritatea avută în vedere fiind aceea de susținere a funcțiilor vitale ale pacientului, aceasta fiind condiția necesară și suficientă pentru a exclude malpraxisul medical.

c) Personalul medical care a intervenit cu depășirea competenței va completa formularul de „Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență” prevăzut în Anexa nr. 2 la O.M.S. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Raspunderea civila a personalului medical si a furnizorului de produse si servicii medicale, sanitare si farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificările și completările ulterioare, și va menționa inclusiv condițiile care au permis depășirea competenței – situația de urgență cu risc iminent pentru viața/degradarea ireversibilă a stării de sănătate a pacientului și lipsa personalului medical competent. Acest formular va fi semnat de către membrii personalului medico-sanitar care au acordat asistența medicală (medici/asistenți medicali) și de către șeful structurii medicale care atestă personalul medical existent la locul furnizării actului medical.

d) În cazul în care la apariția unei situații de urgență cu risc vital imediat există posibilitatea și/sau timpul necesar solicitării și obținerii acordului pacientului/reprezentantului legal, rudei cele mai apropiate, autorității tutelare, actul medical se va efectua după obținerea acestuia.

e) În situația apariției unei situații de urgență majoră cu risc vital imediat pentru pacient, personalul medico-sanitar va acționa cu promptitudine acordând asistență medicală, chiar și în lipsa dotărilor și/sau a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului.

f) Ulterior acordării asistenței medicale și stabilizării funcțiilor vitale, personalul medico-sanitar care a efectuat îngrijirile va solicita sprijinul personalului medico-sanitar cu competențele necesare încadrat în S.C.U.M. Craiova 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 locțiitorului comandantului – director 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. 144. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil sunt următorii:

a) Număr de situații în care a fost acordată asistență medicală în situații de risc vital, chiar și în lipsa dotărilor și a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului;

b) Număr de excluderi a cazurilor de malpraxis medical, prin dovedirea bunei credințe a personalului medical și respectarea principiilor acordării asistenței medicale în situații de urgență și care pun în pericol viața pacientului.

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

Art. 145. – Reglementarea procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora are ca principale scopuri:

a) Stabilirea unui set unitar de reguli pentru acordarea de servicii medicale în lipsa consimțământului/acordului informat al pacientului/apartinătorului;

b) Asigură continuitatea activităților de asistență medicală desfășurate în cadrul spitalului, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului medical;

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

- agravarea stării de sănătate / decesul pacientului;
- acuzații de malpraxis a personalului medical
- deficit de imagine a spitalului
- acționare în instanță.

Art. 146. – Etapele procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ sau din anumite motive nu 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 asistență medicală fără acordul pacientului.

b) Ulterior, medicul/asistentul medical care a/au efectuat îngrijirea va/vor efectua un raport scris ce va fi păstrat la foaia de observație a pacientului, prin completarea formularului de *“Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență”* prevăzut în Anexa nr. 2 la *O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, cu respectarea următoarelor reguli:

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

Art. 147 - (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 imprezvizibile 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:

- a) informarea pacientului, prin furnizarea de către medic de date și informații medicale relevante cu privire la diagnostic, tratament și riscuri și înțelegerea lor de către pacient;
- b) abilitatea pacientului de a înțelege, alege sau refuză actul medical;
- c) dreptul pacientului de a lua 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. 148. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora sunt următorii:

a) Acordarea de către personalul medical a asistenței medicale fără acordul pacientului în cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ sau din anumite motive nu și-l poate exprima, iar medicul și /sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorității tutelare, se realizează într-un interval de timp cât mai scurt, astfel încât să nu fie pusă în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului.

b) Număr de “*Rapoarte privind asistența medicală acordată în situații de urgență*” completate într-un an calendaristic în raport cu numărul de situații în care personalul medical a acordat asistență medicală fără acordul pacientului în cazurile în care pacienții au fost lipsiți de discernământ sau din anumite motive nu și-au putut exprima acordul, iar medicul și /sau asistentul medical nu au putut contacta reprezentanții legali, datorită situației de urgență, și nu s-a putut solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorității tutelare.

c) Număr de rapoarte ale Comisiilor de arbitraj constituite în raport cu numărul de situații în care acestea s-au constituit în ultimul an calendaristic.

9.15. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate

Art. 149. – Reglementarea procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate are ca principale scopuri:

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

Art. 150. - 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/aparținătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate de către personalul din serviciul de pază aflat în subordinea ofițerului de serviciu din tura operativă.

b) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul S.C.U.M. Craiova, acesta are posibilitatea de preda spre păstrare bunurile de valoare, odată cu predarea efectelor personale. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților este prevăzut la pct. 9.75 din prezenta Regulament.

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

- i. în vederea asigurării unui climat minim de confort pentru pacient, managementul spitalului/secțiilor medicale limitează accesul aparținătorilor în spațiile destinate activităților medicale, acesta făcându-se conform unui program de vizită afișat și cu respectarea regulilor privind protecția împotriva infecțiilor asociate asistenței medicale.
- ii. prin grija personalului medical este asigurată evitarea depășirii timpului de vizită și perturbarea activităților de asistență medicală de către aparținători care pot agresa în diferite moduri pacienții intenați (verbal, vizual, prin atitudine, olfactiv etc.);
- iii. pentru siguranța pacientului și protejarea bunurilor acestuia, spitalul ia măsuri de instalare a butoanelor de panică/apel-soră precum și încheierea unui protocol de colaborare cu Inspectoratul Județean de Poliție Dolj.

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 ofițerului de serviciu din tura operativă.

e) Pentru situațiile în care personalul din serviciul interior consideră necesar, acesta va fi în măsură să apeleze I.P.J. Dolj, în conformitate cu prevederile protocolului încheiat în acest scop;

f) Înaintea preluării pe secții / compartimente pacientul va fi informat asupra regimului special al obiectelor contondente, ascuțite, generatoare de foc, cele pe bază de alcool / stupefiante sau telefoane mobile (compartiment psihiatrie). Toate aceste obiecte vor fi predate odată cu efectele personale și ridicate la externare. Identificarea acestor obiecte pe timpul internării duce la ridicarea lor pe bază de proces verbal și predate triajului de către personalul secțiilor / compartimentelor. Pe timpul internării pacientul nu va avea asupra sa medicamente de uz cronic, acestea vor fi predate personalului medical și vor fi restituite la externare.

g) În ceea ce privește relația cu mass-media a pacienților, aceasta se realizează potrivit pct. „9.21. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați” din Regulament.

h) Se interzice cu desăvârșire accesul reprezentanților mass-media în A.T.I.

i) 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.

j) 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. 151 - Cu excepția situațiilor în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, fotografierea sau filmarea pacenților în spital se efectuează numai cu consimțământul scris al acestora, obținut prin completarea formularului „Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea” prevăzut în anexa nr. 1 la O.M.S. nr. 1410/2016 – Norme de aplicare a *Legii nr.46/2003 a drepturilor pacienților, cu modificările și completările ulterioare*.

Art. 152. - 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 în raport cu numărul de pacienți externți în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de reclamații ale pacienților care au subiect furturi de bunuri de valoare în raport cu numărul de pacienți externți în ultimul an calendaristic;
- c) Număr de situații în care personalul medical a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe, în raport cu numărul de pacienți externți în ultimul an calendaristic;
- d) Număr de situații în care personalul din serviciul de zi pe unitate a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe, în raport cu numărul de pacienți externți în ultimul an calendaristic;
- e) Număr de situații în care personalul Inspectoratului Județean de Poliție Dolj a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe, în raport cu numărul de pacienți externți în ultimul an calendaristic.

9.16. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul

Art. 153. – 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. 154. – Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Potrivit legislației în vigoare, pacientul are următoarele drepturi în ceea ce privește informația medicală:
 - i. dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza;
 - ii. dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate;
 - iii. dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării;
 - iv. dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic;
 - v. dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință;
 - vi. dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său;
 - vii. dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală;

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

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

c) În relația cu pacienții personalul S.C.U.M. Craiova are obligația de a respecta următoarele norme de etică și comunicare:

ix. Pacientul va fi considerat ca fiind persoana cea mai importantă ! În acest sens:

- o pacienții vor fi salutați politicos;
- o adresarea se va face cu numele de familie;
- o când se vor face referiri la un pacient, personalul medical nu va folosi denumiri de boală sau organ bolnav;
- o personalul medical va respecta valorile culturale și tradițiile fiecărui pacient;

x. Siguranța pacientului, sănătatea și bunăstarea sa vor fi protejate ! În acest sens:

- o comunicarea este esențială în desfășurarea procesului de îngrijire;
- o întreaga atenție trebuie concentrată asupra pacientului;
- o tonul vocii să fie ferm, plin de încredere, să arate respect față de pacient și adecvat cu gesturile și punctele de vedere exprimate;
- o ajutarea pacientului la participarea la diferite forme de relaxare și recreere;
- o nu trebuie să se pronunțe și nu se va aduce la cunoștință pacientului evoluția tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;

xi. Intimitatea fiecărui pacient și confidențialitatea informațiilor personale trebuie protejate! În acest sens:

- o în spațiile publice sunt interzise discuții despre pacienți;
- o doar persoanele autorizate de spital și care sunt implicate în îngrijirea pacientului pot avea acces la dosarul medical;
- o informațiile privitoare la pacienți pot fi utilizate numai de către persoanele desemnate;
- o la cererea pacientului, accesul vizitatorilor va fi limitat.

xii. Comportamentul întregului personal angajat în procesul de îngrijire va fi orientat spre satisfacerea nevoilor pacienților! În acest sens:

- o personalul de îngrijire trebuie să-și decline cu claritate identitatea și funcția;
- o personalul de îngrijire va raporta persoanelor abilitate orice abatere de la etica medicală, precum și omisiunile și erorile apărute în îngrijirea pacienților;
- o personalul nu are voie să discute cu pacienții probleme personale;
- o personalul nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții;
- o personalul va evita intimități nepotrivite cu pacienții;

xiii. Comunicarea să se realizeze într-un limbaj adecvat, adaptat nivelului de înțelegere al pacientului și stării în care acesta se află.

xiv. Comunicarea veștilor rele o va face medicul curant sau, în lipsa sau la indicația acestuia, de către asistentă medicală.

d) În cadrul S.C.U.M. Craiova limitele de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții se stabilesc după cum urmează:

i. Medicii curanți și medicii care realizează consulturile interdisciplinare:

- o medicul este obligat să informeze pacientul despre starea sănătății acestuia, direct sau prin intermediul reprezentanților legali; respectivele informații se vor da în limita competențelor profesionale determinate de:

- Specialitatea medicală/specialitățile medicale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
- Gradul profesional / gradele profesionale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
- Confirmarea în grade universitare/didactice/de cercetare potrivit legislației incidente în vigoare;
- Confirmarea în titluri de ”Doctor în medicină”;

- Absolvirea unor supraspecializări și obținerea unor atestate de studii complementare/competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare
- relația medicului cu pacientul va fi una exclusiv profesională și se va clădi pe respectul acestuia față de demnitatea umană, pe înțelegere și compasiune față de suferință;
- medicul va solicita și va primi consimțământul numai după ce, în prealabil, persoana respectivă, sau cea îndreptățită să își dea acordul a primit informațiile adecvate;
- obligația medicului de a păstra secretul profesional este opozabilă inclusiv față de membrii familiei care persistă și după ce persoana a încetat să îi fie pacient sau a decedat;
- medicul va elibera persoanelor îndreptățite numai documentele permise de lege și care atestă realitatea medicală;
- pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului, dacă întreruperea tratamentului sau a îngrijirilor au drept consecință punerea în pericol a vieții acestuia.
 - ii. Asistenții medicali care asigură realizarea procedurilor de îngrijire a pacienților:
 - nu au dreptul să dea informații medicale din F.O.C.G., la eventuale întrebări ale pacientului în acest sens îndrumă pe acesta să se adreseze medicului curant;
 - păstrează o atitudine de strictă neutralitate și neamestec în problemele familiale ale pacientului, exprimându-și părerea numai dacă intervenția este motivată de interesul sănătății pacientului, cu consimțământul prealabil al acestuia;
 - nu se pronunță și nu aduce la cunoștință pacientului evoluția tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;
 - nu discută cu pacienții probleme personale;
 - nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții, va evita intimități nepotrivite cu pacienții;
 - dacă pacientul se află într-o stare fizică sau psihică ce nu-i permit exprimarea lucidă a voinței, aparținătorii sau apropiații celui suferind trebuie preveniți și informați corect, pentru a hotărî în numele acestuia, cu excepția imposibilității (de identificare, de comunicare, de deplasare, etc.), sau a urgențelor.
 - nu poate face discriminări pe baza rasei, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale, față de pacienți.
 - obiectul secretului îl constituie tot ceea ce asistentul medical/moașa, a aflat direct sau indirect, în legătura cu viața intimă a pacientului, precum și problemele de diagnostic, pronostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și alte diverse fapte, inclusiv autopsiei; informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate de către asistentul medical/moașa numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.
 - în aplicarea prevederilor O.M.S. 1142/2013 privind aprobarea procedurilor de practică a asistenților medicali generaliști:
 - pot da pacientului informații în ceea ce privește intervențiile autonome, care pot fi prestate în cadrul rolului propriu de asistent medical;
 - în ceea ce privește intervențiile delegate de către medic (efectuate sub prescripție medicală), pot oferi pacientului informații cu respectarea limitelor stabilite de către medicul/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 S.C.U.M. Craiova pot da informații pacienților și aparținătorilor acestora doar în domeniile în care își exercită atribuțiile înscrise în fișele de post, în măsura în care acestea nu constituie informații clasificate și nu există prevederi normative interne sau aplicabile la nivel național care să limiteze difuzarea acestora.

Art. 155. - În mod obligatoriu, la nivelul S.C.U.M. Craiova, comunicarea cu pacienții/ aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului.

Art. 156. - 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.

b) Număr de aprecieri de serviciu /evaluări profesionale anuale ale personalului S.C.U.M. Craiova, pe categorii profesionale în care personalul evaluat a obținut calificativul „Satisfăcător” și „Nesatisfăcător” în ceea ce privește comunicarea cu pacienții/ aparținătorii.

9.17. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu

Art. 157. – (1) Reglementarea privind verificarea 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. 158. – (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 BRU) și consilierului juridic al unității;

- la întocmirea dosarului profesional în urma promovării concursului / examenului de încadrare – șeful structurii de resurse umane cu sprijinul consilierului juridic al unității ;
 - la completarea dosarului profesional ca urmare a absolvirii unor cursuri sau obținerii / dobândirii unor noi competențe.
- b) În mod obligatoriu la dosarul de concurs, candidații vor depune copiile documentelor de studii legalizate de un notar acreditat;
- c) În aplicarea prevederilor *O.M.S. 895/2019 privind condițiile necesare în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog și, respectiv, farmacist pe teritoriul României în cadrul unităților sanitare publice și private*, în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog sau farmacist, 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/înscrisul din care să rezulte că nu i-a fost aplicată una dintre sancțiunile prevăzute la art. 455 alin. (1) lit. e) și f), la art. 541 alin. (1) lit. d) sau e), respectiv la art. 628 alin. (1) lit. d) sau e) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în original;
 - cazierul judiciar, în original;
 - certificat medical format A5 din care să rezulte ca este apt din punct de vedere fizic și neuropsihic pentru exercitarea activității pentru postul pentru care candidează sau dorește să se angajeze, în original;
 - actul de identitate în termen de valabilitate, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului.
- d) Pentru medici, medici dentiști, farmaciști și asistenți medicali, personalul structurii de resurse umane vor consulta suplimentar bazele de date ale organizațiilor profesionale în care sunt înscrși aceștia, pentru a avea certitudinea existenței respectivelor persoane în aceste evidențe precum și faptul că activitatea acestora nu este suspendată temporar;
- e) În cazul în care apar unele neconcordanțe șeful structurii de resurse umane va solicita, prin structura de securitate, verificarea încrucișată a documentelor care indica anumite suspiciuni.
- (2) Dosarul profesional individual se completează cu documentele dobândite de salariat ulterior încadrării – documente care se operează în evidențele de personal și în ordinul de zi pe unitate, după caz. 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. 159.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu, sunt următorii:
- a) Număr de situații în care se face dovada exercitării profesiei în baza unor acte de studii-competențe false, raportat la numărul total de angajări într-un an calendaristic;
 - b) Numărul de monitorizări realizate de către personalul din serviciul resurse umane a studiilor / competențelor personalului prin verificarea medicilor/medicilor dentiști / 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) Numărul de medici/medici dentiști / farmaciști și asistenți medicali încadrați pe posturi vacante conform competențelor profesionale din fișele posturilor.

9.18. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare

Art. 160. – 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 B.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) Asigurarea desfășurării tuturor activităților legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității în vederea optimizării continue a proceselor de la nivelul spitalului;
- c) Elimină / tratează riscul neconformării la cerințele A.N.M.C.S (Ordinul nr 639/2016).

Conform Ordinului nr 639/2016 monitorizarea unităților sanitare se realizează prin următoarele modalități:

- monitorizarea anuală;
- monitorizarea semestrială;
- monitorizarea permanentă a evenimentelor adverse apărute;
- monitorizarea permanentă a structurii aprobate a unității sanitare.

Monitorizarea anuală și cea semestrială constau în raportarea de către unitatea sanitară a *indicatorilor de monitorizare* stabiliți de către ANMCS, la termenele comunicate de ANMCS, prin intermediul aplicației CaPeSaRo.

Art. 161. –Etapetele procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Personalul B.M.C.S.M. extrage din aplicația CaPeSaRo, listele de indicatori care trebuie raportați și le distribuie (în format letric sau electronic) microstructurilor responsabile cu gestionarea datelor solicitate: Biroul de resurse umane, Serviciul evaluare și statistică medicală, Serviciul financiar contabil, etc.
- b) Microstructurile responsabile completează listele primite, cu indicatorii solicitați de ANMCS (în format electronic sau letric), în termen de 3 zile de când le-au primit, și le pun la dispoziția personalului B.M.C.S.M.
- c) Personalul B.M.C.S.M. înregistrează în aplicația CaPeSaRo datele primite în format letric, sau încarcă cu sprijinul Biroului de informatică, datele primite în format electronic, respectând termenele limită de raportare.
- d) Cu aceeași secvențialitate se desfășoară și colectarea și raportarea unor indicatori diferiți de cei raportați anual și semestrial, indicatori solicitați ad-hoc de către ANMCS, prin intermediul aplicației CaPeSaRo sau prin alte mijloace.
- e) Pentru punerea în aplicare a obiectivelor avute în vedere în cadrul "*Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare*", membrii B.M.C.S.M. desfășoară în perioadele aprobate prin acesta, activități de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listaelor de verificare;

Art. 162. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare sunt următorii:

- a) Încadrarea microstructurilor responsabile în termenele stabilite, pentru completarea listelor cu indicatori furnizate de personalul B.M.C.S.M.
- b) Încadrarea în termenele stabilite pentru raportarea către ANMCS, a indicatorilor de monitorizare colectați.
- c) Încadrarea în termenele stabilite pentru activitățile de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare.

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

Art. 163. –Reglementarea procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate are ca principale scopuri:

- a) Evaluarea și îmbunătățirea rezultatelor clinice;
- b) Identificarea și rezolvarea problemelor apărute în procesul de prestare a serviciilor medicale;
- c) Stabilirea etapelor de realizare a auditului clinic al procedurilor operaționale sau de sistem, a protocoalelor medicale și a reglementărilor la nivelul tuturor sectoarelor de activitate ale S.C.U.M. Craiova;
- d) Tratarea de menținere în vigoare a unor protocoale și proceduri documentate, în aplicarea cărora există neconformități, dificil de identificat în absența unei analize periodice;

Art. 164. – Misiunile auditului clinic trebuie să întrunească următoarele condiții:

- a) să evalueze eficacitatea și eficiența protocoalelor diagnostice și terapeutice existente la nivelul spitalului;
- b) B.M.C.S.M. asigură coordonarea activității de audit clinic la nivelul spitalului;
- c) din componența echipelor desemnate pentru realizarea misiunilor de audit fac parte obligatoriu un reprezentant al B.M.C.S.M. și câte un specialist din fiecare specialitate supusă auditării;

Art. 165. – (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 activități:

a) În fiecare an, la sfârșitul anului pentru anul urător, sau la începutul anului pentru cel în curs, personalul B.M.C.S.M. întocmește ”*Planul anual de audit clinic medical*” fiind extras din ”*Programul de audit clinic multianual*”.

b) *Planul anual de audit clinic* se supune aprobării comandantului S.C.U.M. Craiova, se aduce la cunoștința personalului spitalului și se postează în rețeaua spitalului. Acesta prevede în principal:

- Structurile medicale auditate;
- Temele auditului clinic intern;
- Componența echipelor de audit clinic;
- Luna în care se va iniția misiunea de audit clinic.

c) Pe parcursul anului, fiecare dintre echipele de audit clinic nominalizate în *Planul anual de audit clinic* execută misiuni de auditare specifice potrivit misiunilor înscrise în plan, cu respectarea perioadei în care aceste misiuni au fost programate. În acest sens, șeful fiecărei echipe de audit clinic va întocmi un Plan de pregătire a misiunii de audit clinic, cu minim 1 săptămână înainte de efectuarea propriu – zisă a acesteia, care va fi aprobat de către comandantul spitalului;

d) În termen de 15 zile lucrătoare de la finalizarea misiunii de audit clinic se va întocmi un raport de audit, care va conține rezultatele și concluziile comisiei. Acest raport va fi înaintat Consiliului medical și /sau Consiliului director, pentru analiză și stabilirea măsurilor ce se impun a fi implementate, inclusiv revizuirea protocoalelor /procedurilor auditate;

e) După analizarea raportului de audit în Consiliul medical și /sau Consiliul director, în termen de 5 zile lucrătoare, raportul de audit și procesul verbal al ședinței se vor transmite la Direcția medicală;

f) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic este de competența comandantului spitalului. Acest lucru se poate face la propunerea B.M.C.S.M. sau la propunerea oricărui membru al comisiei de audit clinic intern. Acesta se solicită în situația înregistrării de reclamații, constatarea unor neconformități, producerea de evenimente adverse / indezirabile, etc.

Art. 166. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate din cadrul S.C.U.M. Craiova sunt următorii:

- a) Numărul de misiuni de audit efectuate pe parcursul unui an calendaristic din total misiuni de audit planificate;

- b) Dovada transmiterii rapoartelor de audit clinic către părțile interesate Consiliul medical și /sau Consiliul director, respectiv înscrierea în procesele verbale ale ședințelor.

9.20. Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern

Art. 167. – (1) Reglementarea procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea situațiilor în care se poate lua în considerare de către comandantul spitalului în luarea deciziei de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern;
- b) Eliminarea riscului unor rapoarte de audit clinic intern incorecte sau incomplete, lipsite de obiectivitate sau imparțialitate.

Art. 168. – Motivele pentru care se poate solicita o misiune de audit clinic extern pot fi de următoarea natură:

- a) Existența unor reclamații pentru a căror rezolvare se consideră oportună nominalizarea unei echipe de audit clinic extern;
- b) Constatarea unor neconformități;
- c) Modificări organizatorice importante;
- d) Deficiențe majore în derularea unui proces;
- e) Se constată ineficacitatea acțiunilor corective întreprinse în urma efectuării unui audit intern programat;
- f) Introducerea unor modificări majore de sistem sau proces;
- g) Producerea de evenimente adverse / indezirabile.

Art. 169. – Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către comandantul spitalului, din proprie inițiativă sau ca urmare a propunerii formulate de către personalul B.M.C.S.M. (structură care are calitatea de coordonator al activității de audit clinic intern) sau la propunerea oricărui membru al comisiei de audit clinic intern.

Art. 170. – Etapele procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern presupun următoarele activități:

- a) Solicitarea prin înaintarea unei note raport adresată șefului Direcției medicale în termen de maxim 5 zile de la ivirea situației care reclamă realizarea unei misiuni de audit clinic extern. Respectiva solicitare se face în următoarele situații:
 - Când există dubii în ceea ce privește rezultatele auditului clinic intern propriu;
 - Atunci când este necesară auditarea unor activități/procese puse în execuție de către șefii/coordonatorii structurilor medicale;
 - În oricare alte situații care pot presupune un potențial conflict de interese;
 - În situația producerii unor evenimente indezirabile, funcție de situația concretă;
 - În situația în care se dorește auditarea unor activități/procese iar pentru constituirea echipei de audit clinic intern nu există medici specialiști.
- b) În raport cu situația concretă care a determinat solicitarea unei misiuni de audit clinic extern și tema propusă spre auditare, șeful Direcției medicale nominalizează, în termen maxim de 10 zile lucrătoare de la data primirii solicitării, membrii unei echipe de audit clinic extern din rândul personalului care încadrează celelalte unități sanitare cu paturi din subordinea Direcției medicale. La stabilirea echipei de audit clinic extern se au în vedere următoarele criterii:
 - asigurarea independenței auditorilor;
 - evitarea conflictului de interese;
 - abilitatea auditorilor de a interacționa eficient.
- c) 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 comandantului spitalului cât și șefului Direcției medicale, prin grija șefului echipei de audit clinic extern.

Art. 171. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern sunt următorii:

- a) Număr de misiuni de audit intern solicitate;
- b) Număr de misiuni de audit clinic extern solicitate.

9.21. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți

Art. 172. – 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 în unități militare din rețeaua sanitară a Ministerului Apărării Naționale;

b) Stabilește modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți;

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

o accesul neautorizat al mass-media la pacienți internați în cadrul S.C.U.M. Craiova, în condițiile inexistenței unei aprobări în acest sens a conducerii spitalului cât și obținerii anterioare a acordului pacientului;

o reclamații ale pacienților în legătură cu accesul neautorizat la aceștia al mass-media.

Art. 173. – Realizarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Comandantul S.C.U.M. Craiova numește anual, de regulă prin O.Z.U. nr. 1, o persoană responsabilă în relația cu mass-media (O.I.R.P. - ofițer cu informarea și relațiile publice), precum și o persoană responsabilă de comunicarea cu mass-media în situații de criză. O.I.R.P. este responsabil cu elaborarea și prezentarea mesajelor în numele S.C.U.M. Craiova și cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât și a populației. O.I.R.P. este principala persoană de contact pentru mass-media.

b) În cadrul S.C.U.M. Craiova relația cu mass-media este asigurată numai prin intermediul O.I.R.P. Excepție de la regulă fac următoarele cazuri:

i. accesul delegațiilor cu acordul comandantului, când aceștia vor fi însoțiți de comandant, O.I.R.P. sau persoane numite prin decizie de către comandant;

ii. accesul delegațiilor altor ministere, numai dacă aceștia își asumă răspunderea pentru reprezentanții mass-media care îi însoțesc.

c) S.C.U.M. Craiova prin O.I.R.P. are obligația să comunice din oficiu pe pagina proprie de web: (www.smucraiova.ro) sau la sediul său informațiile de interes public prevăzute de art. 5 alin. (1) din *Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public*.

d) În vederea asigurării accesului în spital, acreditarea reprezentanților mass-media se face pe baza aprobării comandantului, la cererea instituției de presă al cărui angajat este ziaristul. În cererea pentru obținerea unei acreditări, instituția de presă solicitantă din România va prezenta următoarele documente:

i. Formularul de acreditare - anexa 5 din Ordinul ministrului apărării naționale nr. M.76/2016 ;

ii. Fișa personală a ziaristului/ ziaristilor propuși pentru a fi acreditați;

iii. Copie după cartea de identitate a ziaristului/ ziaristilor;

iv. Declarație pe proprie răspundere a jurnalistului

v. Copie după legitimația de presă;

vi. Datele / informațiile solicitate, motivația avută în vedere pentru solicitarea accesului în S.C.U.M. Craiova se completează în cadrul raportului de informații al cărui model este prevăzut în **Anexa nr. 10 la prezentul Regulament**. 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 solicitant/ă, S.C.U.M. Craiova 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 S.C.U.M. Craiova se realizează numai de către comandant, O.I.R.P. precum și de către alt personal din cadrul spitalului care are aprobarea comandantului în acest sens, cu respectarea următoarelor reguli:

- i. declarațiile referitoare la o persoană se vor face respectând drepturile și libertățile fundamentale ale omului;
- ii. informațiile cu privire la o persoană reținută pentru cercetări, arestată sau aflată în detenție se vor pune la dispoziția mass-media numai cu acordul scris al persoanei;
- iii. nu va fi dezvăluită în nici un fel identitatea persoanei victimă a unei infracțiuni privitoare la viața sexuală cu excepția cazului în care aceasta și-a dat acordul scris;
- iv. informațiile puse la dispoziția mass-media în cadrul interviului vor ține cont de dreptul la protejarea imaginii publice și a vieții intime, private și familiale ale pacientului în cauză;
- v. informațiile cu privire la persoanele aflate în tratament, date cu caracter personal sau privind starea de sănătate, probleme de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și cu alte diverse fapte, inclusiv rezultatul unei autopsii se vor pune la dispoziția reprezentanților mass-media numai cu consimțământul explicit al persoanei sau în cazul unei persoane care nu-și poate da consimțământul ori decedată, cu acordul familiei sau reprezentantului legal al acesteia **Anexa nr. 10 la prezentul Regulament.**

g) O.I.R.P. 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. În absența O.I.R.P. însoțirea reprezentanților mass – media se face de către o altă persoană delegată de către comandant. Acordul în scris referitor la oferirea informațiilor cu privire la starea de sănătate, medicație, tratament sau cu privire la luarea unor interviuri sub formă audio/video sau suite de poze, se va da pe formularul prevăzut în **Anexa nr. 10 la prezentul Regulament.**

h) În sensul celor menționate la lit. g), după obținerea acreditării, O.I.R.P. va transmite jurnalistului acreditat acceptul pacientului de a acorda interviul solicitat în cadrul spitalului, cu menționarea datei și intervalului orar în care pacientul a acceptat acest lucru.

i) O.I.R.P. nu va fi tras la răspundere în cazul unor filmări cu camera ascunsă sau a unor interviuri înregistrate cu echipamente audio ascunse de către reprezentanții mass-media, împotriva voinței pacientului/pacienților interviuați/i.

j) Reprezentanții mass-media au obligația de a se identifica la punctul de control-acces de la intrarea spitalului. Personalul de serviciu (agentul de securitate) al spitalului va solicita cartea de identitate a reprezentanților mass-media, ordinul de serviciu/legitimația de serviciu și va anunța O.I.R.P. de 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 comandantului spitalului. Personalul de serviciu (agentul de pază) al spitalului nu va permite intrarea reprezentanților mass-media în cadrul spitalului până când nu vor fi însoțiți de către O.I.R.P.

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

- i. Toți reprezentanții mass-media care vor oferi informații înregistrate audio/video despre spital, personalul acestuia sau pacienții internați în cadrul spitalului au obligația de a asigura informarea obiectivă a publicului prin prezentarea corectă a faptelor și evenimentelor;
- ii. În incinta spitalului accesul reprezentanților mass-media se face însoțit numai de O.I.R.P., comandant sau o altă persoană delegată de către comandant;
- iii. Reprezentanții mass-media vor purta pe parcursul vizitei în spital ținuta de protecție adecvată spațiilor medicale în care se realizează accesul și ecuson de identificare;
- iv. Reprezentanții mass-media nu vor recurge la înșelăciune în vederea obținerii unor informații susținând că sunt persoane angajate ale O.I.R.P.;
- v. Reprezentanții mass-media nu vor lua interviuri, nu vor efectua filmări ale pacienților din cadrul spitalului decât după ce se va obține acordul scris al acestora;
- vi. Reprezentanții mass-media care vor obține și utiliza informații din cadrul spitalului folosind mijloace de înregistrare audio/video ascunse se fac răspunzători pentru faptele lor și vor suporta consecințele acestora potrivit prevederilor legale incidente în

vigoare. Utilizarea metodelor menționate atrage după sine interzicerea accesului în cadrul spitalului cu alte ocazii pe termen nelimitat dar și posibilitatea acționării în instanță de către reprezentanții spitalului sau de către pacient;

- vii. Accesul reprezentanților mass-media va fi permis pe teritoriul spitalului numai după asumarea prin semnătură a acestor reguli, precum și semnarea acordului de prelucrare a datelor. **Anexa nr. 10 la prezentul Regulament.**

Art. 174. - 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 acreditări efectuate în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de acorduri scrise ale pacienților internați în spital privind intervierea de către ziariști acreditați de către spital, în ultimul an calendaristic.

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

Art. 175. – 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 aplicabile în unități militare din rețeaua sanitară a Ministerului Apărării Naționale;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o transmiterea unor date eronate;
 - o transmiterea unor date care nu trebuie făcute publice.

Art. 176. – (1) Relațiile cu mass-media a personalului spitalului, sunt admise cu respectarea strictă a regulilor stabilite în **Anexa nr. 11 la prezentul Regulament.**

(2) Acordarea de interviuri și/sau declarații de presă, precum și participarea personalului militar ori civil la emisiuni de radio sau de televiziune civile se aprobă de către comandantul Spitalului/inlocuitorul legal, în urma consultării personalului de informare și relații publice.

(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 eșaloanele superioare.

Art. 177. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de reglementare a limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media sunt următorii:

- a) Numărul de informații eronate/incomplete furnizate versus numărul total de informații furnizate către mass-media în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de persoane angajate în spital care și-au depășit competența în raport cu numărul de persoane angajate în spital care au intrat în contact cu mass-media în ultimul an calendaristic.
- c) Numărul de intervenții la eșaloanele superioare din numărul total de situații apărute în relația cu mass-media în ultimul an calendaristic.

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

Art. 178. – Reglementarea modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din ”*Planul strategic de dezvoltare al S.C.U.M. Craiova*” 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 al S.C.U.M. Craiova*”.
- 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 S.C.U.M. Craiova*”.

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 S.C.U.M. Craiova”*;
- Neexecutarea / întârzierea activităților prevăzute în *”Planul strategic de dezvoltare al S.C.U.M. Craiova”*;
- 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. 179. – Etapele modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din *”Planul strategic de dezvoltare al S.C.U.M. Craiova”* presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Potrivit prevederilor *”Regulamentului de organizare și funcționare a B.M.C.S.M.”* personalul încadrat în cadrul B.M.C.S.M. se constituie ca membri ai echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic de dezvoltare al S.C.U.M. Craiova.

b) Anual, de regulă în luna noiembrie, membrii echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din *”Planul strategic de dezvoltare al S.C.U.M. Craiova”*, 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 Spitalul Clinic de Urgență Militar”Dr. Ștefan Odobleja” Craiova*”.

d) Indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor din *”Planul strategic de dezvoltare al S.C.U.M. Craiova”*, 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 S.C.U.M. Craiova”*.
- ii. Se face sau nu dovada că fundamentarea obiectivelor *”Planului strategic de dezvoltare S.C.U.M. Craiova”* 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.

e) Indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților (Bază: indicatorul 01.01.02.02.01 și indicatorul 01.07.05.01.01), sunt următorii:

- i. Număr de proceduri operaționale/protocoale revizuite în termen din totalul de proceduri operaționale existente;
- ii. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) instruite în raport cu procedurile operaționale/protocoale revizuite, din totalul personalului S.C.U.M. Craiova care aplică proceduri (funcție de conținutul procedurilor operaționale, se vor utiliza indicatori de genul: ”număr personal instruit, în ultimul an calendaristic încheiat, în privința normelor de per număr total angajați cu responsabilități în domeniu”);
- iii. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) care au luat la cunoștință de prevederile procedurilor operaționale/protocoale revizuite, din totalul personalului S.C.U.M. Craiova care aplică proceduri;
- iv. Număr de informări privind acte normative incidente proceselor derulate în spital, care nu au fost aplicate în practică până în prezent sau a celor nou intrate în vigoare pentru care s-au făcut propuneri de implementare;

- v. Număr de rapoarte informative privind propunerile/ sugestiile formulate în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne emise în vederea consultării angajaților, din numărul total de informări făcute la nivelul anului 2018;
 - vi. Numărul de protocoale a căror indicatori au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic, din numărul total de protocoale revizuite la începutul anului;
 - vii. Numărul de analize pe marginea obiectivelor, activităților și indicatorilor care au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic și care au determinat implementarea unor propuneri de îmbunătățire;
 - viii. Număr total de angajați care au luat la cunoștință de prevederile RI și ROF din numărul total de angajați ai spitalului;
 - ix. Număr de cadre universitare din numărul total de medici încadrați în cadrul spitalului;
 - x. Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților înregistrate;
 - xi. Procentul cheltuielilor cu achiziții de echipament din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul anual de achiziții publice”;
 - xii. Procentul cheltuielilor cu lucrări de reparații/îmbunătățiri din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul de reparații curente” și „Bugetul de venituri și cheltuieli”;
 - xiii. Nivel mediu de satisfacție a pacientului legat de condițiile hoteliere, în anul calendaristic încheiat;
 - xiv. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi, pe secție/compartiment;
 - xv. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr cabine WC, pe secție/compartiment;
 - xvi. Suma alocată cheltuielilor destinate prevenirii I.A.A.M din buget per număr cazuri rezolvate, în ultimul an calendaristic încheiat;
 - xvii. Număr pacienți mulțumiți ("bine" + "foarte bine") de serviciile oferite de spital per total pacienți internați, în ultimul an calendaristic încheiat;
 - xviii. Număr studii de cercetare științifică;
 - xix. Număr de acțiuni organizate la nivelul spitalului cu impact în mass-media care asigură promovarea spitalului ca instituție militară sanitară de prestigiu;
 - xx. Număr de solicitări de modificări de structură organizatorică / a statului de organizare cu impact în diversificarea ofertei de servicii medicale;
 - xxi. Gradul de asigurare a tuturor spațiilor necesare la nivelul structurilor medicale din spital (C.P.U., secții medicale, structuri paraclinice, Ambulatoriu integrat, Farmacie, spitalizare de zi, etc.) în conformitate cu prevederile legale în vigoare incidente.
- f) 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.
- g) Rezultatele analizei menționată la lit. b) urmează a fi utilizate în:
 - i. Redactarea „Planului de îmbunătățire a calității în Spitalul Clinic de Urgență Militar” Dr. Ștefan Odobleja” Craiova” aferent anului următor;
 - ii. Eventuala revizuire a obiectivelor strategice cuprinse în „Planul strategic de dezvoltare al S.C.U.M. Craiova”

Art. 180. - 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 S.C.U.M. Craiova” 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 S.C.U.M. Craiova” ;
- b) Utilizarea în cadrul analizei anuală a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al „Planului strategic de dezvoltare al S.C.U.M. Craiova” a unui set de date care să asigure relevarea tuturor disfuncțiilor constatate;
- c) Gradul de realizare a obiectivelor strategice și a activităților emergente acestora în raport cu cele înscrise în Graficul Gantt din „Planul strategic de dezvoltare al S.C.U.M. Craiova”;

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

9.24. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative

Art. 181. – 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) Eliminarea / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o neasigurarea tuturor canalelor de comunicare necesare cu unitățile sanitare și administrative care să răspundă nevoilor proprii ale spitalului;
 - o reprezentarea necorespunzătoare a spitalului în relațiile cu alte instituții.

Art. 182. – (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 S.C.U.M. Craiova. 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) Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital cuprinde următoarele situații:

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

Art. 183. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative sunt următorii:

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

b) Număr de parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare în vigoare pentru fiecare dintre situațiile menționate în ”*Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital*”.

9.25. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților

Art. 184. (1) – În contextul în care conducerea S.C.U.M. Craiova 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 S.C.U.M. Craiova 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:

- o limitarea numărului și calității informațiilor necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează S.C.U.M. Craiova;
- o scăderea adresabilității;
- o prejudicii de imagine.

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

Art. 185. (1) – Etapele procesului de comunicare cu asociații ale pacienților presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Postarea pe site-ul spitalului de către personalul structurii de informatică a informațiilor cuprinse în ”*Catalogul asociațiilor de pacienți*” care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății (<http://www.infrastructura-sanatate.ms.ro/asociatii-pacienti>) și care cuprinde o bază de date în care sunt prezente organizațiile de pacienți care au dorit să se înscrie pentru a fi găsite mai ușor de către cei interesați. Catalogul se dorește a fi un instrument de utilizat atât de către pacienții care doresc să caute informații despre asociațiile de pacienți pe anumite patologii și din anumite zone, cât și de către alte instituții, furnizori de servicii medico-sociale, companii private, medici, etc. care au nevoie de informații despre organizațiile de pacienți.

b) Inițierea de către consilierul juridic al S.C.U.M. Craiova 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 S.C.U.M. Craiova.

d) Din oficiu, în situația în care în cadrul S.C.U.M. Craiova datele statistice relevă la un moment dat o adresabilitate sporită din partea unor pacienți diagnosticați în diferite boli comune domeniului de activitate a unor asociații de pacienți înscrise în ”*Catalogul asociațiilor de pacienți*” care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății, cu avizul Consiliului medical se va proceda la încheierea unor contracte/ protocoale de colaborare cu respectivele asociații, fără a fi necesar să existe anterior solicitări ale pacienților în acest sens.

(2) În cadrul organizării procedurii de alegere și desemnare a reprezentanților asociațiilor de pacienți în cadrul Consiliului etic, comandantul S.C.U.M. Craiova 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 Dolj. Desemnarea reprezentanților asociațiilor de pacienți în Consiliul etic al S.C.U.M. Craiova 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. 186. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu asociații ale pacienților sunt următorii:

- a) Număr de contracte / protocoale de colaborare încheiate cu asociații ale pacienților raportat la numărul de cereri scrise ale pacienților în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de contracte / protocoale de colaborare încheiate cu asociații ale pacienților în raport cu datele statistice relevante care au determinat încheierea acestora;
- c) Respectarea în integralitate a prevederilor normative incidente în vigoare constituirii Consiliului etic al S.C.U.M. Craiova.

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

Art. 187. – Reglementarea procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal are ca principale scopuri:

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

Art. 188. – (1) În cadrul S.C.U.M. Craiova activitatea de asistență psihologică se desfășoară conform reglementărilor privind statutul profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

(2) În S.C.U.M. Craiova exercitarea actului psihologic se face de către psihologii cu drept de liberă practică, ofițeri și personal civil, încadrați pe funcții de specialitate, care dețin atât atestatul de liberă practică în specialitatea psihologie aplicată în domeniul securității naționale, cât și un atestat de liberă practică în specialitatea ”psihologie clinică”, potrivit cerințelor posturilor în care sunt încadrați.

Art. 189. – (1) Activitatea de asistență psihologică constă în evaluarea psihologică a resursei umane și intervenția psihologică specializată.

(2) Evaluarea psihologică a resursei umane în cadrul S.C.U.M. Craiova se realizează de către psihologii cu drept de liberă practică încadrați pe funcții de specialitate, individual sau în grup, în următoarele situații:

- a) la angajare - pentru personalul civil din S.C.U.M. Craiova;
- b) în cadrul evaluărilor psihologice periodice la indicația medicului de medicina muncii;
- c) în scopul stabilirii situației medico-militare, pentru identificarea gradului de aptitudine pentru serviciul militar, la solicitarea medicului specialist;

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

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (4), evaluarea psihologică a personalului care execută serviciul interior, se execută anual.

(6) 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.

(7) În perioada de valabilitate a avizului APT CONDIȚIONAT, INAPT TEMPORAR și INAPT, persoana în cauză își desfășoară activitatea sub directa supraveghere a comandantului/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. 190. - (1) Evaluarea psihologică realizată în scopul stabilirii situației medico-militare urmărește identificarea gradului de aptitudine pentru serviciul militar.

(2) Evaluarea psihologică prevăzută la alin. (1) constă în evaluarea psihologică a stării de sănătate psihică pentru desfășurarea serviciului militar, investigarea și psihodiagnosticul tulburărilor psihice și a altor condiții de patologie care implică în etiopatogeneza mecanisme psihologice, în limitele competenței psihologului.

Art. 191. - (1) Activitatea psihologilor încadrați pe funcții de specialitate în cadrul S.C.U.M. Craiova se desfășoară în cabinetul psihologic, sala de examinare colectivă și/sau în câmpul de instrucție/teatrul de operații militare, în funcție de specificul activităților/misiunilor.

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

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

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

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

(4) În afara evaluărilor psihologice făcute la angajare pentru personalul civil precum și a celor periodice făcute pentru personalul militar și civil, psihologul asigură suport psihologic în următoarele situații:

- la solicitarea scrisă a angajatului;
- la solicitarea scrisă a șefului direct, avizată de către comandant;

- la solicitarea scrisă a medicului de medicina muncii;
- la solicitarea comandantului.

Art. 192. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal sunt următorii:

- a) În toate situațiile se respectă prevederile normative incidente și etapele necesare asigurării suportului psihologic, funcție de particularitățile cazului;
- b) Număr de evaluări și/sau intervenții psihologice și înregistrate în registrele de consultații într-un an calendaristic.

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

Art. 193. – 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:
 - o accesul necontrolat la datele pacienților;
 - o utilizarea datelor în alte scopuri.

Art. 194. – (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 S.C.U.M. Craiova 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 compartimentul documente clasificate⁶ o cerere scrisă în acest sens în care va menționa documentele medicale (constituite în unități arhivistice) la care dorește să aibă acces, perioada pentru care solicită accesul (aceasta nu poate fi mai mare de 30 de zile calendaristice) și motivul solicitării.

b) Persoana care deservește C.D.C. prezintă, în maxim 24 ore, spre aprobare, comandantului spitalului, cererea de studiere a documentelor medicale.

c) Pentru personalul medico-sanitar din cadrul S.C.U.M. Craiova care a întocmit cererea menționată la lit. a), aceasta se avizează de către șeful ierarhic al acestuia, directorul medical și se aprobă de către comandantul S.C.U.M. Craiova care, în rezoluție, va desemna în sarcina șefului S.E.S.M. precum și a șefului C.D.C. punerea la dispoziția solicitantului a unităților arhivistice solicitate.

d) Pentru personalul medico-sanitar din afara S.C.U.M. Craiova care a întocmit cererea menționată la lit. a), aceasta se aprobă, după caz, de către comandantul S.C.U.M. Craiova 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 (se va solicita în acest sens avizul structurii de securitate a spitalului);
- ii. Respectarea confidențialității datelor pacienților;
- iii. Scopul studiului să nu contravină normelor de etică profesională;
- iv. Numele S.C.U.M. Craiova să fie menționat în cursul lucrării finale;
- v. S.C.U.M. Craiova 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. 12 la prezentul Regulament**, semnat de către solicitant și comandantul spitalului, respectiv locțiitorul comandantului - director medical.

⁶ În continuare: „C.D.C.”;

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 S.C.U.M. Craiova sau altă locație din interiorul spitalului, conform aprobării date de comandant și/sau directorul medical;

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

iii. Studiul documentelor poate consta în lecturarea acestora, luarea de notițe sau copierea scrisă de părți din document;

iv. Este interzisă fotocopierea, prin orice procedeu a documentelor ridicate din arhiva medicală;

v. Persoana care ridică documentele din arhiva medicală este responsabilă de integritatea acestora pe perioada cât le are în studiu;

vi. Este interzisă scoaterea din spital a documentelor originale luate din arhiva medicală.

g) Solicitantul va semna de primirea unității arhivistice/unităților arhivistice solicitate în "Registru de consultare a dosarelor" (Anexa nr. 8 la Ordinul ministrului apărării naționale nr. M.9/2013).

h) În perioada de timp în care se află în posesia documentelor primite din arhiva medicală personalul medico-sanitar din cadrul S.C.U.M. Craiova va înregistra respectivele documente în propriul registru de evidență a documentelor (Anexa nr. 1 la Ordinul ministrului apărării naționale nr. M.9/2013).

i) După studierea documentelor, cu încadrare în perioada aprobată, cercetătorul va restitui gestionarului arhivei medicale documentele medicale, acesta din urmă semnând de restituire în Registrul de evidență a documentelor.

j) Atât la ridicarea cât și la depunerea documentelor medicale constituite în unități arhivistice din/în arhiva medicală, gestionarul arhivei împreună cu persoana care ridică/depune respectivele documente, vor verifica integritatea unităților arhivistice prin numărare filă cu filă.

(2) Anual, la nivelul S.C.U.M. Craiova, locțiitorul comandantului – director 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. 195. - 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) Număr anual de cereri aprobate prin care se solicită de către personalul propriu medico-sanitar accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare din total cereri depuse cu acest subiect;

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

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

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

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

9.28. Modalitatea de monitorizare a sistemului de identificare a acestuia

Art. 196. – Reglementarea procesului de monitorizare a sistemului de identificare a acestuia are ca principale scopuri:

- a) 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;
- b) 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. 197. – 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 în mod aleatoriu 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. 198. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de monitorizare a sistemului de identificare a acestuia sunt următorii:

- a) Număr de evenimente adverse asociate asistenței medicale în ultimul an calendaristic datorate unor erori de identificare eronată a pacienților;
- b) Număr de brățări de identificare achiziționate în ultimul an calendaristic raportat la numărul de pacienți internați.

9.29. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale

Art. 199. – 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. 200. –Comunicarea între membrii echipelor medicale (medic, asistent medical, infirmier, kinetoterapeut, îngrijitor, registrator medical etc.) presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Toți membrii echipelor medicale din cadrul S.C.U.M. Craiova 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 S.C.U.M. Craiova, este necesară respectarea următoarelor reguli principale:

i. Procesul de comunicare să se constituie într-o relație de tip participativ

ii. Să sprijine și să încurajere inițiativa personală în limitele competenței

iii. Formularea și comunicarea cerințelor să fie efectuată în mod clar și precis, pentru a nu lăsa loc interpretărilor eronate

iv. Din partea membrilor echipei cu poziții 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

i. Colaborarea profesională și comunicarea să fie în interesul pacientului

ii. Limbajul utilizat pentru comunicare să fie profesionist, concis, la obiect

iii. Comunicarea se fie făcută pe un ton amabil, profesional

iv. Comunicarea cu medicul de specialitate se face în scris (indicații medicale, tratamente etc.)

v. Dacă există divergențe de opinie, acestea nu se discută de față cu pacientul

vi. Oricare ar fi tipul de relație, cadru medical-restul echipei medicale, trebuie înțeles că autoritatea nu presupune lipsa politeții, iar amabilitate nu înseamnă slăbiciune.

e) Pentru o comunicare eficientă este de preferat o comunicare față-în-față, precum și în cadrul întâlnirilor echipei interdisciplinare/ multidisciplinare. În cadrul acestor întâlniri asistenții medicali

au rol central, cu nivel înalt de interacțiune atât cu medicii cât și cu alți participanți la furnizarea serviciului medical.

f) Emiterea verbală sau telefonică a ordinelor 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 S.C.U.M. Craiova au obligația de a solicita precizări în situații de incertitudini care privesc procesul de comunicare.

h) Pentru o bună comunicare, la nivelul S.C.U.M. Craiova, 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:

- Diagnosticile 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 din Ministerul Apărării Naționale, număr de înregistrare SG A 330 din 31.05.2016
- Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.

i) Este necesar ca membrii echipelor medicale din cadrul S.C.U.M. Craiova 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 întreruperi, întotdeauna când este posibil (în procesul de transfer trebuie incluse secvențe de timp pentru repetare și recitare);
- Asigurarea informației referitoare la starea pacientului, medicamentelor sale, planurilor de tratament, direcțiilor anticipate și oricăror schimbări relevante ale stării sale;
- Limitarea interschimbului de informații la ceea ce este necesar pentru prestarea unor îngrijiri sigure pacientului

j) O importanță majoră a modului de comunicare în cadrul echipei medicale trebuie acordată de către membrii echipelor medicale din cadrul S.C.U.M. Craiova 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 S.C.U.M. Craiova 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 compartimentul 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"
- La transferul pacientului critic la un spital de nivel superior se utilizează "Fișă 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, C.P.U., 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, locțiitorul comandantului – director 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. 201. - 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 în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de reclamații ale pacienților referitoare la modul de comunicare din cadrul echipei medicale.
- c) Număr de reclamații ale personalului propriu referitor la comunicarea în cadrul echipei medicale.
- d) Număr de registre de predare-primire a gărzii/turei întocmite la nivelul secțiilor medicale în volum complet de către medici, asistenți medicali și infirmiere, în raport cu numărul secțiilor medicale din cadrul S.C.U.M. Craiova.
- e) Numărul de reclamații cu privire la aspecte de comunicare între profesioniști înaintate consiliului etic, în ultimul an calendaristic încheiat.

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

Art. 202. –Reglementarea modului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor are ca principale scopuri:

- a) Asigură diagnosticarea de urgență și luarea cu celeritate a unor măsuri terapeutice / de îngrijire a pacienților internați de către medicii prescriptori;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o erori de conduită terapeutică / de diagnostic și tratament inadecvat al pacienților de către personalul medico-sanitar.

Art. 203. – Etapele procesului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, de regulă în primul trimestru, șeful laboratorului face propuneri Consiliului medical cu privire la rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate medicilor curanți. În situația că nu există motive de implementare a unor noi propuneri cu privire la rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator, se mențin valorile adoptate pe parcursul anului precedent.

b) După adoptare de către Consiliul medical, prin grija secretarului Consiliului medical „Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate” va fi postată în format pdf. în directorul ”Reguli de activitate profesională / Consiliu medical”. Totodată, procesul verbal al Consiliului medical se postează prin grija secretarului Consiliului medical în directorul ”Procese verbale / Consiliu medical”. Postarea acestor documente se comunică personalului în cadrul proximei întruniri a personalului la raportul de gardă săptămânal cu participare largită.

c) Ulterior acestor etape, personalul Laboratorului analize medicale are obligația de comunica telefonic medicilor curanți, cât mai urgent posibil, 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 Laboratorului analize medicale va înscrie fiecare dintre aceste comunicări/anunțuri telefonice în „Registrul de valori critice și de alertă”.

d) Fiecare dintre medicii curanți cărora li s-a comunicat telefonic un rezultat cu valori critice ale investigațiilor de laborator, are obligația de a înscrie și să parafeze respectivul rezultat în foaia de observație clinică generală a pacientului pentru care s-au efectuat respectivele investigații de laborator și să ia cu această ocazie imediat măsurile necesare în vederea diagnosticării, efectuării tratamentului și/sau îngrijirilor necesare pentru pacientul pentru care s-au comunicat respectivele rezultate, după caz.

Art. 204. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor sunt următorii:

a) Numărul total de comunicări 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.

b) Numărul total de comunicări 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”.

9.31. Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală

Art. 205. – 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:
- o necunoașterea stării de sănătate a pacientului de către aparținători;
 - o efectuarea de manevre / acte medicale fără acordul aparținătorilor;
 - o îngreunarea eliberării actelor necesare în situația decesului.

Art. 206. – Implementarea prezentei reglementări presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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 familiei, recomandând cu această ocazie instituirea tratamentului paliativ, după caz, aspect pe care-l va consemna în F.O.C.G.. Pentru a comunica diagnosticul de fază incurabilă, medicul curant trebuie să stabilească mai întâi dacă bolnavul ar dori să știe acest lucru și dacă este pregătit să îl afle. În acest sens, medicul curant va aplica întocmai prevederile pct. ”9.40. *Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate*” din prezentul Regulament. În cazul în care bolnavul ar dori să știe adevărul despre boala sa, medicul curant trebuie să-i comunice bolnavului acest lucru cu mult tact. În comunicarea către pacient și familie a diagnosticului de fază terminală, medicul curant este necesar să țină seama de următoarele reguli:

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

c) Deoarece îmbolnăvirea unui membru al familiei reprezintă un stres foarte mare pentru aparținători, iar decesul unui membru al familiei reprezintă un stres cu mult mai mare, medicul curant trebuie să acorde importanța cuvenită și susținerii psihologice a familiei. În acest sens, medicul curant trebuie să informeze corect familia și să o pregătească pentru ce are de făcut, putând în acest context implica psihologul încadrat în cadrul S.C.U.M. Craiova. Comunicarea deschisă, onestă, echilibrată cu familia reprezintă cheia reducerii / eliminării unui eventual conflict familie/medici și facilitează o tranziție ușoară către terapia paliativă a pacientului, către o atmosferă de calm, resemnare, înțelegere a stării de terminare a vieții în condiții de confort, calm, pace sufletească.

d) Pentru pacienții aflați în stare terminală, S.C.U.M. Craiova 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, S.C.U.M. Craiova poate asigura în cadrul structurii medicale în care este internat pacientul sau în alt spațiu special destinat, funcție de posibilitățile concrete existente la data formulării respectivei cereri, un salon cu 2 paturi în care alături de pacient poate fi cazat un membru al familiei acestuia sau un aparținător desemnat al pacientului. Pe timpul cazării membrului de familie / aparținătorului desemnat al pacientului acestuia i se poate asigura la cerere și hrănirea, costul/zi de cazare și hrănire fiind cele stabilite de către Comitetul director.

e) Dacă pacientul/familia acestuia dorește externarea, medicul curant va consemna acest aspect în documentele medicale, transportul pacientului se face prin mijloace proprii sau la cerere prin firme specializate.

f) Toate discuțiile, informarea familiei, deciziile legate de întreruperea/îndepărtarea unei modalități terapeutice, cât și neinsuirea alteia 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.

Art. 207. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de reclamații ale aparținătorilor determinate de comunicarea deficitară pe timpul agravării bolii/în faza terminală instalată;
- b) 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.

9.32. Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic

Art. 208. –Comunicarea cu pacientul 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:
 - o stabilirea raportului de încredere între medic și pacient;
 - o colectarea de informații de la pacient și familia pacientului;
 - o transmiterea veștilor proaste și a altor informații cu privire la boală;
 - o abordarea emoțiilor pacientului.
- b) O comunicare eficientă medic-pacient/aprținători, care în asemenea situații conduce la:
 - o creșterea gradului de satisfacție a pacientului;
 - o ameliorează complianța la tratament;
 - o crește sentimentul de control și capacitatea de a tolera durerea, reduce anxietatea;
 - o contribuie la recuperarea stării generale;
 - o se facilitează angajamentele în studiile clinice;
 - o are loc o trecere mai ușoară de la tratamentul curativ la cel paliativ;
 - o generează stare de securitate și siguranță;
 - o există premise privind micșorarea duratei de spitalizare, respectiv a costului tratamentului;
 - o scade stresul și sindromul burnout caracteristic profesiei de oncolog.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o Reacții de frustrare, frică, durere, furie ale pacienților;
 - o Negarea diagnosticului;
 - o Consecințe asupra conduitei ulterioare a pacientului (depresie, neurmarea tratamentului adecvat).

Art. 209. – **Anexa nr. 13 din prezentul Regulament** prezintă un scurt ghid privind comunicarea cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic.

Art. 210. - Principalul indicator de eficiență a procesului de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic îl reprezintă numărul de reclamații primite în ultimul an calendaristic care au ca subiect comunicarea defectuoasă cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic.

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

Art. 211. – Reglementarea modalității de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de servicii medicale complete pacienților prin implicarea acestora în toate etapele de diagnostic, tratament și îngrijire;
- b) Transformarea procesului de comunicare dintre personalul medical și pacient / familia acestuia, dintr-un proces formal în sens unic – medic pacient, într-un dialog constructiv și participativ, care să responsabilizeze ambele pentru reușita actului medical;
- c) Educarea pacientului și a familiei sale pentru a putea lua decizii informate referitoare la procesul de îngrijiri;

- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- o imposibilitatea/greutatea comunicării cu pacientul.
 - o reclamații ale pacienților cauzate de neacordarea unor servicii medicale specifice patologiei.

Art. 212. – Etapele procesului de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În momentul prezentării pentru internare a pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) medicul curant al acestuia va recomanda membrului de familie/apartinătorului care însoțește respectivul pacient să se interneze împreună cu acesta. Această conduită se are în vedere a se adopta în contextul în care se pleacă de la premisa că membrul de familie/apartinătorul care însoțește pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) are capacitatea de a comunica mimico-gestual cu respectivul pacient mult mai eficient decât personalul medico-sanitar implicat în diagnosticarea și tratamentul/acordarea îngrijirilor medicale.

b) În situația acceptării acestei propuneri, întreg personalul medico-sanitar implicat în diagnosticarea și tratamentul/acordarea îngrijirilor pentru pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz), va implica în fiecare dintre etapele procesului de comunicare cu respectivul pacient membrii familiei/apartinătorii acestuia, astfel încât să se poată lua decizii informate referitoare la procesul de îngrijiri iar actul medical să se concretizeze într-o reușită.

c) La cererea pacientului și/sau familiei acestuia, S.C.U.M. Craiova 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.

Art. 213. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sunt următorii:

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

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

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

9.34. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului

Art. 214. –Reglementarea procesului de deplasare a pacienților în spital are ca principale scopuri:

a) Asigurarea de condiții de siguranță și confort în timpul deplasării pacienților la nivelul spitalului, cu respectarea circuitelor;

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

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

Art. 215. – (1) Etapele procesului de deplasare a pacienților în cadrul S.C.U.M. Craiova presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul S.C.U.M. Craiova toți pacienții care se deplasează în interiorul spitalului la consulturi interdisciplinare și/sau investigații sunt însoțiți în mod obligatoriu de personal medico-sanitar.

b) În acest sens, de regulă, anual prin O.Z.U. nr. 1, medicii șefi/coordonatori de structuri medicale nominalizează personalul medico-sanitar cu responsabilități de însoțire a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații. Acesta din urmă are obligația de a cunoaște principalele circuite ale spitalului (îndeosebi circuitul hranei, circuitul lenjeriei, circuitul deșeurilor etc.) astfel încât pe timpul însoțirii pacienților la consulturi interdisciplinare și/sau investigații să evite traseele care pot pune în contact pacienții cu diverse surse de I.A.A.M. sau care pot contamina hrana servită în cadrul spitalului.

c) Modul de deplasare la consulturi interdisciplinare și/sau investigații a pacienților depinde de starea de sănătate și de gradul de autonomie a fiecărui pacient în parte, existând o serie de particularități care privesc această activitate, în raport cu următoarele categorii de pacienți:

- i. Pacient autonom;
- ii. Pacient neautonom:
 - Non-grav;
 - Grav/dependent.

d) Deplasarea pacientului la consulturi interdisciplinare și investigații se face la ora programată în acest sens după ce în prealabil se verifică de către medicii curanți menținerea programării (îndeosebi atunci când programarea a fost făcută cu mai multe zile în urmă) astfel încât să se evite formarea de cozi/aglomerări la medicii care realizează consulturile interdisciplinare sau în spațiile de așteptare pentru diferite investigații.

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

f) În situația pacienților autonomi, funcție de starea lor, aceștia se vor deplasa însoțiți la consulturi interdisciplinare și investigații singuri (mers autonom) sau în cărucioare/fotolii rulante (în mod obligatoriu pacienții vârstnici). 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. Funcție de starea de sănătate a

pacientului neautonom grav/dependent, pe timpul deplasării acesta va fi însoțit inclusiv de un medic care va asista pacientul, iar pentru transport se poate utiliza targă cu suporti laterali și chingi de siguranță sau brancard cu suporti laterali rabatabili, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie, acestea fiind utilizate în caz de nevoie la recomandarea și sub supravegherea medicului care însoțește pacientul. Pe timpul deplasării prin spital respectivii pacienți vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern, la nevoie aceștia fiind acoperiți și cu o pătură. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însoțitor anunță medicul curant/medicul de gardă despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.

(2) Deplasarea pacienților înspre/dinspre blocul operator se reglementează în mod distinct la nivelul S.C.U.M. Craiova. În acest sens, la nivelul blocului operator se asigură mijloace proprii de transport al pacienților, utilizate exclusiv intern.

Art. 216. - 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, în ultimul an calendaristic.

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

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

9.35. Modul de utilizarea paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor

Art. 217. – Reglementarea modului de utilizarea paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor are ca principale scopuri:

a) Sprijinirea sistemului de programare a pacienților astfel încât acesta să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență;

b) Asigurarea preluării în îngrijire a pacienților astfel încât să fie facilitat accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora;

c) Eliminarea / tratarea următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

o transmiterea unor afecțiuni către alți pacienți

o contactarea unor alte boli contagioase.

Art. 218. – Desfășurarea procesului de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul secțiilor se stabilește lunar un număr minim de paturi destinat internării urgențelor calculat ca medie a internărilor zilnice în regim de urgență pe o perioadă de cel puțin 6 luni (în baza informațiilor statistice comunicate lunar de către șeful S.E.S.M.), astfel încât la nivelul spitalului să se asigure un procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului.

b) Zilnic, asistentele șefe din cadrul secțiilor medicale comunică C.P.U., în baza evidenței proprii, numărul acestor paturi. Lista paturilor libere care se asigură pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din CPU se predă conducerii CPU, zilnic, inclusiv în zilele de sâmbătă și duminică, precum și de sărbători legale, până cel târziu la ora 12.00. Respectiva listă include și paturile de terapie intensivă cu capacitate de ventilație. Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare responsabilitatea asigurării paturilor libere revine șefilor de secție.

c) În afara evidenței menționate la lit. b), la nivelul fiecărei secții (mai puțin Compartimentul A.T.I.) se mai ține de către persoanele desemnate de către șefii de secție o evidență a zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili, care se calculează, de regulă, ca diferența dintre numărul total de paturi existent în secție din care se scade numărul de paturi ocupate

de pacienții internați însumat cu numărul minim de paturi destinat internării urgențelor calculat potrivit precizărilor de la lit. a).

d) În situația că numărul pacienților programabili sau a celor care se prezintă fără programare pentru internare depășește numărul de paturi din evidența menționată la lit. c) utilizarea paturilor se desfășoară în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor tratate din secțiile/compartimentele medicale. Acest lucru se realizează prin colaborarea șefilor de secții și a asistentelor medicale șefe (mai puțin din 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, aplicându-se în acest sens prevederile Anexei 1 la *O.M.S. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar* care stabilește specialitățile medicale și specialitățile înrudite în care se pot efectua gărzi în funcție de competența profesională. Acest sistem permite în acest context ca inclusiv medicii din linia de gardă a unei secții care a împrumutat temporar altei secții sau altui compartiment saloane sau paturi din saloane, să poată asigura asistență medicală de specialitate pacienților care ocupă respectivele paturi.

f) În situația în care secțiile de specialitate ale spitalului nu pot asigura numărul de paturi libere prevăzut la lit. a), se reconsideră de către șefii de secții de specialitate programul de internare al pacienților planificați conform evidenței de la lit. c).

g) În cazul în care Compartimentul A.T.I. nu poate asigura numărul de paturi libere pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din C.P.U., directorul medical împreună cu șefii secțiilor chirurgicale va lua în considerare replanificarea operațiilor electivă pentru care au fost rezervate paturi în aceste secții; Compartimentul A.T.I. are obligația de a prelua în mod prioritar pacienții ventilați aflați în C.P.U.

Art. 219. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor sunt următorii:

a) Destinarea zilnică, pe parcursul întregului an calendaristic, a unui procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului pentru internarea urgențelor calculat în funcție de rata medie lunară a acestora.

b) Numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la cedarea între secții/compartimente de saloane cu paturi sau doar a unor paturi din cadrul saloanelor, ținându-se cont de compatibilitățile patologiilor;

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

9.36. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament

Art. 220. –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:

- o afectarea siguranței pacientului
- o producerea de erori (voluntare / involuntare)
- o agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 221. – Etapele procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Semestrial, prin grija șefilor de structuri medicale, la nivelul fiecărei secții medicale și a C.P.U., 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. 222. - 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, în ultimul an calendaristic.

b) Numărul abaterilor voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc. din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

c) Numărul abaterilor voluntare justificate medical prin particularitățile cazului din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

d) Numărul abaterilor voluntare justificate de alte criterii din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

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

Art. 223. – 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 S.C.U.M. Craiova;
- 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:
 - o rănirea pacientului / pacienților sau a personalului medical;
 - o agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 224. – (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, asistentul sau medicul 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 secție, în Ambulatoriu, la pat) 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, aprobată de medicul șef de secție, medicul coordonator al compartimentului medical sau, după caz, a directorului medical.

g) Responsabili de asigurarea consultațiilor interdisciplinare sunt, de regulă, medicii care în ziua respectivă urmează să efectueze garda. În situația că este necesar un consult psihiatric, responsabil cu acordarea acestuia este medicul psihiatru din cadrul S.C.U.M. Craiova care va acorda aceste consulturi în cadrul programului său de lucru, conform graficului de intersecții. În afara programului de lucru, pentru consulturile psihiatrice considerate a fi asigurate în regim de urgență, după caz, medicul de gardă solicită prezentarea medicului psihiatru de gardă la domiciliu.

h) Refuzul medicilor de a respecta programul de lucru, de a acorda consultații interdisciplinare și de a respecta graficele de gărzi întocmite lunar de conducerea secțiilor, serviciilor medicale, laboratoarelor și a compartimentelor și aprobate de conducerea unității sanitare, conform contractului individual de muncă de la norma de bază și contractului individual de muncă cu timp parțial, constituie abatere disciplinară.

i) Anterior de efectuarea consultului interdisciplinar intern/extern, inclusiv a consultului psihiatric, medicul curant are obligația să completeze în F.O.C.G./F.S.Z. cel puțin rubricile privitoare la antecedente personale și heredocolaterale, terapii curente, anamneză, examen clinic pe aparate și sisteme, evoluție pe durata internării, tratament pe durata internării înaintea consultului

interdisciplinar. În condițiile în care la momentul consultului interdisciplinar datele menționate nu sunt prezente în F.O.C.G./F.S.Z. iar situația medicală nu reprezintă o urgență, pacientul va fi reprogramat pentru consult interdisciplinar la o dată ulterioară în vederea evitării unor posibile erori medicale prin lipsa informațiilor medicale complete.

j) În funcție de starea de sănătate și diagnosticele asociate ale pacientului, acesta se va deplasa la consultul intersecției pe jos, cu căruciorul sau pe targă, obligatoriu însoțit de personal medico-sanitar din secția în care este internat, atât la dus cât și la înapoiere. Pacientul se va deplasa îmbrăcat în ținuta de spital, cu halat și va fi însoțit de F.O.C.G./F.S.Z. Pentru pacienții nedepasabili, în condițiile în care consultul interdisciplinar nu necesită echipamente medicale speciale, medicul curant va solicita consultul la patul bolnavului. În această situație medicul curant va lua legătura cu medicul solicitat la consult și va justifica respectiva cerere.

k) Medicul care acordă consultul interdisciplinar intern/extern, precum și consultul psihiatric, va consemna atât în F.O.C.G./F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare data și ora consultului, constatările sale, recomandările de investigație și/sau terapeutice și necesitatea unei eventuale reevaluări ulterioare semnând și parafând. În situația în care se constată de către medicul care acordă consultul interdisciplinar că F.O.C.G./F.S.Z. este necompletată cu datele necesare efectuării consultului iar starea pacientului nu reprezintă o urgență, acesta poate refuza acordarea consultului motivând atât în F.O.C.G./F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare motivul refuzului și va transmite medicului curant data noii programări, urmând ca acesta din urmă să remedieze situația semnalată. Dacă situația pacientului reprezintă o urgență, medicul care asigură consultul interdisciplinar/consultul psihiatric va consemna în F.O.C.G./F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare datele constatate și propunerile sale de diagnostic, investigații și tratament, cu mențiunea că este integral responsabilitatea medicului curant să integreze aceste informații în managementul cazului și să ia decizia medicală corespunzătoare.

l) După terminarea consultului interdisciplinar intern/extern, inclusiv a consultului psihiatric, medicul care a asigurat respectivul consult înmânează F.O.C.G./F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar personalului medico-sanitar care a însoțit pacientul, acesta fiind însoțit înapoi pe secție pe care se află internat. F.O.C.G./F.S.Z. al pacientului consultat interdisciplinar va fi înmânat pe secție medicului curant, acesta având responsabilitatea ducerii la îndeplinire a celor menționate în cadrul consultului interdisciplinar.

m) În situația în care în cadrul consultului interdisciplinar intern/extern precum și a consultului psihiatric se fac recomandări de evaluare diagnostică complexe (analize de laborator, examinări imagistice et.) medicul curant va decide dacă acestea se vor efectua în cursul actualei internări sau vor fi recomandate la externarea pacientului, urmând ca acesta să completeze examinările în rețeaua națională (prin medicul de familie, ambulatorii de specialitate sau internare în alte secții/spitale). Ca regulă generală, se vor efectua strict acele investigații al căror rezultat pot influența episodul actual de boală din punct de vedere prognostic sau terapeutic, urmând ca patologii asociate să fie evaluate în fara respectivei internări.

n) În cadrul secțiilor medicale din cadrul S.C.U.M. Craiova există posibilitatea stabilirii motivate (de exemplu: încadrarea deficitară cu personal medical) a unui număr maxim de consulturi interdisciplinare acordate zilnic de personalul medical din cadrul secției, propunere care va fi prezentată în acest caz de către medicul șef de secție în cadrul proximei ședințe a Consiliului medical și care, după caz, va fi ulterior aprobată de către loțiitorul comandantului-director medical și va fi adusă la cunoștința întregului personal medical din cadrul spitalului în cadrul raportului de gardă săptămânal cu participare largită.

o) În situația în care medicul curant consideră că este necesară solicitarea consultului interdisciplinar, inclusiv a consultului psihiatric, și acest consult nu se poate efectua în cadrul spitalului datorită lipsei de personal medical calificat și/sau a unor echipamente medicale, el va prezenta situația medicului șef/coordonator de secție în vederea obținerii acceptului de a lua legătura cu un medic dintr-o altă instituție sanitară cu care S.C.U.M. Craiova are încheiate protocoale de colaborare în acest sens și va programa cu această ocazie pacientul pentru consult. Medicul curant va menționa în F.O.C.G./F.S.Z. data, ora și locația unde se propune efectuarea consultului interdisciplinar (instituția medicală, denumirea secției, numele medicului care urmează să efectueze consultul), motivând respectiva solicitare pe care o va semna și parafa. Trimiterea pacienților la

consulturile interdisciplinare externe este condiționată de obținerea prealabilă a aprobării loțiitorului comandantului-director medical.

p) Pentru consulturi interdisciplinare externe, inclusiv a consulturilor psihiatrice, medicul curant va lua legătura cu C.P.U. în vederea deplasării pacientului cu ambulanța, menționând cu această ocazie situația în care pacientul este necesar să fie însoțit de medic sau doar de personal mediu sanitar, cât și nivelul de dotare cu echipamente medicale ale ambulanței pe timpul transportului.

(2) Anual, prin O.Z.U. nr. 1 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 S.C.U.M. Craiova și alte unități sanitare publice.

(3) Medicii șefi/coordonatori de structuri medicale și loțiitorul comandantului-director medical au obligația de a coordona și controla acordarea cu prioritate a consulturilor interdisciplinare.

Art. 225. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe sunt următorii:

a) Număr de consulturi interdisciplinare interne efectuate de către medicii fiecărei structuri medicale, inclusiv de medicul psihiatru pe parcursul anului calendaristic precedent.

b) Număr de consulturi interdisciplinare externe, inclusiv consulturi psihiatrice, efectuate de către medici din afara S.C.U.M. Craiova pe parcursul anului calendaristic precedent, în baza unor protocoale de colaborare existente – în vigoare.

c) Număr de protocoale de colaborare în vigoare care au ca obiect consulturile interdisciplinare încheiate de către S.C.U.M. Craiova cu alte unități sanitare.

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

Art. 226. –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 S.C.U.M. Craiova;

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

- o agravarea stării de sănătate a pacientului din cauza întârzierii deciziei;
- o decesul pacientului.

Art. 227. – 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 S.C.U.M. Craiova 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) Tumorile primare nou-diagnosticate care fac parte din lista tumorilor raportabile vor fi raportate în termen de maximum 30 de zile de la încheierea oricăruia dintre episoadele raportabile de mai jos:

- i. stabilirea unui diagnostic raportabil la un caz nou de cancer sau luarea în evidență pentru urmărire și/sau tratament;
- ii. orice revizuire a diagnosticului unei afecțiuni raportabile către o altă categorie diagnostică raportabilă;
- iii. diagnosticarea progresiei unei leziuni precanceroase sau in situ către tumora invazivă;

- iv. infirmarea diagnosticului unei tumori deja raportate;
- v. finalizarea unuia sau mai multor tipuri de tratamente stabilite în cadrul terapiei inițiale;
- vi. decesul cu sau prin cancer.

d) 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.

e) Funcție de tipul de tumoră diagnosticat, medicul curant împreună cu șeful de secție, medicul oncolog și cu ceilalți medici implicați în stabilirea diagnosticului oncologic, decide terapia oncologică potrivită, conform ghidurilor internaționale și situației pacientului.

f) Medicul curant aduce la cunoștința pacientului conduita terapeutică propusă, comunicarea în această situație între medic și pacient se va face cu respectarea prevederilor pct. 9.32 *”Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic”* din prezentul Regulament.

g) Terapia pacientului diagnosticat oncologic va fi asigurată de echipa formată din medicul curant și medicul oncolog, cu acordul informat al pacientului.

h) În toate situațiile în care există incertitudini privind diagnosticul și/sau terapia aferentă acestuia sau/și se constată că sunt depășite competențele spitalului (datorate: lipsei specialiștilor, lipsa competențelor profesionale necesare, dotare tehnico-materială insuficientă etc.) pacienților suspectați/diagnosticați oncologic li se comunică diagnosticul prezumtiv și li se face recomandarea de a se adresa unei unități spitalicești cu competență în a trata cazuri oncologice. Recomandarea se face în documentele de externare (scrisoare medicală, bilet de externare), de regulă – respectivii pacienți fiind îndrumați să se adreseze într-o primă etapă spre unitățile sanitare cu competență în a trata cazuri oncologice cu care S.C.U.M. Craiova are încheiate contracte/protocoale de colaborare.

Art. 228. 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.

b) Număr de pacienți suspectați/diagnosticați oncologic cărora li s-a făcut recomandarea în documentele de externare de a se adresa unei alte unități cu competență în a trata cazuri oncologice.

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

Art. 229. –Reglementarea privind modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare are ca principale scopuri:

a) Crearea cadrului normativ intern care să asigure ca specialiștii din serviciile paraclinice să facă parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe;

b) Asigurarea de către spital a unei abordări multidisciplinare a practicii medicale, completă și personalizată, prin participarea specialiștilor din serviciile paraclinice în echipele multidisciplinare;

c) Se asigură abordarea integrată a pacientului ca o uzanță a practicii medicale desfășurată în cadrul S.C.U.M. Craiova;

d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o erori de diagnostic și tratament;
- o creșterea timpului de diagnosticare
- o aplicarea cu întârziere a unor tratamente adecvate pacienților;
- o agravarea sănătății pacientului.

Art. 230. – (1) **La nivelul S.C.U.M. Craiova, 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 S.C.U.M. Craiova 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 o anumită specialitate/biolog/biochimist care se impune să fie prezent în cadrul echipei multidisciplinare acesta va fi invitat în baza protocoalelor de colaborare încheiate 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 parafă 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. 231. - 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:

- Numărul de cazuri pentru care fost convocate echipe multidisciplinare în care a fost nevoie de prezența specialiștilor din serviciile paraclinice din totalul cazurilor pentru care au fost convocate echipe multidisciplinare în cursul anului;
- Numărul de întâlniri între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite, pe parcursul ultimului an calendaristic.

9.40. Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate

Art. 232. –Reglementarea situației în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate are ca principale scopuri:

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

Art. 233 . – (1) 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.

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

(3) Pacientul 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.

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

a) asigură completarea de către pacient/reprezentantul legal 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. Din acest moment personalul medical nu va mai furniza niciun fel de informații pacientului.

b) asigură la solicitarea pacientului care a refuzat să fie informat posibilitatea ca informațiile despre starea sa medicală să fie comunicate altor persoane. Acordul pacientului privind desemnarea persoanelor care pot fi informate despre starea sa 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. 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*. Pacientul/reprezentantul legal al acestuia va completa numele și prenumele persoanei/persoanelor desemnate de către acesta să primească informații cu privire la starea proprie de sănătate, 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. 234. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate aferenți situației în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate sunt următorii:

- a) Numărul reclamațiilor cauzate de încălcarea drepturilor pacientului în partea care privește nerespectarea dreptului acestuia de a nu mai fi informat cu privire la starea sa de sănătate;
- b) Numărul reclamațiilor cauzate de încălcarea drepturilor pacientului în partea care privește nerespectarea dreptului acestuia de a desemna o altă persoană care să fie informată cu privire la starea sa de sănătate.

9.41. 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. 235. – 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:
 - o abuzuri în activitatea personalului medico-sanitar (efectuarea altor manevre decât cele pentru care și-a dat acordul pacientul)
 - o discriminarea pacienților.

Art. 236. – 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 S.C.U.M. Craiova va solicita „*Acordul pacientului / reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*“, prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului, în toate situațiile în care studenții facultăților de medicină, asistență medicală și moașe, medicii rezidenți, elevii școlilor postliceale de asistență medicală, precum și alți medici, asistenți medicali sau moașe care nu îngrijesc pacientul urmează să aibă acces, în scop didactic, la pacient sau la datele medicale ale acestuia. Accesul la pacient sau la datele medicale ale 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 S.C.U.M. Craiova 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 generală⁷ 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 S.C.U.M. Craiova este obligat să asigure obținerea consimțământului scris pacientului, prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare*“, prevăzut în Anexa nr. 1 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului.

e) Consimțământul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale în învățământul medical clinic și la cercetarea științifică. Nu pot fi folosite pentru cercetare științifică persoanele care nu sunt capabile să își exprime voința, cu excepția obținerii în acest sens a consimțământului de la reprezentantul legal și dacă cercetarea este făcută și în interesul pacientului.

f) În sensul celor menționate la lit. d), personalul medico-sanitar din cadrul S.C.U.M. Craiova va obține inițial consimțământul scris al pacientului/reprezentantului legal, prin completarea formularului „*Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*“, prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului.

⁷ În continuare: „F.O.C.G.”

g) În ultimul trimestru al fiecărui an, directorul medical va propune Consiliului medical planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, precum și cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare.

h) Formularele prin care pacienții își exprimă acordul privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare precum și participarea la învățământul medical se introduc în F.O.C.G. și se arhivează împreună cu aceasta.

i) Evidența lunară a tuturor formularelor instituite ca anexe la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului care sunt completate de către pacienți și introduse în F.O.C.G. se asigură de asistentele șefe ale fiecărei structuri medicale (sau responsabilii nominalizați de șefii de structuri medicale în acest sens), respectiva evidență fiind utilizată ulterior în analizele efectuate de către personalul cu competențe în acest sens din cadrul S.C.U.M. Craiova.

Art. 237. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scopul medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale, sunt următorii:

a) Număr total de pacienți care au completat „*Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare*” prevăzut în Anexa nr. 1 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului, din numărul total al pacienților care au fost înregistrați audio/foto/video în alt scop decât acela de a evita suspectarea unei culpe medicale, pe parcursul ultimului an calendaristic.

b) Număr total de pacienți/reprezentanți legali care au completat „*Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*” prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului, din numărul total al pacienților care au participat la învățământul medical clinic și la cercetarea științifică, pe parcursul ultimului an calendaristic.

c) Numărul total de înregistrări audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale este pastrată, atașate în original la foaia de observare clinică generală (inclusiv cu motivare înscrisă în respectiva foaie) raportat la numărul total al pacienților înregistrați pe parcursul ultimului an calendaristic.

d) Numărul total de instruirii cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, precum și cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare, raportat la planificarea anuală întocmită în acest sens.

9.42. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului

Art. 238. – Reglementarea procesului de servire a mesei la patul pacientului are ca principale scopuri:

a) Asigurarea la nivelul S.C.U.M. Craiova a circuitului alimentelor cu respectarea regulilor de igienă;

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

- o producerea de toxiiinfecții alimentare;
- o agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 239. – Etapele procesului de servire a mesei la patul pacientului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, prin O.Z.U. nr. 1, șefii de secții medicale nominalizează din cadrul secțiilor pe care le conduc/coordonează personal pentru distribuirea alimentelor către pacienții (din rândul infirmierelor și, în situația că există deficit din această categorie, se vor nominaliza și asistente medicale);

b) Livrarea alimentelor preparate de la blocul alimentar se face pentru întreaga cantitate necesară unei secții (în recipiente mari). Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienți din cadrul fiecărei secții medicale asigură transportul alimentelor pe secție cu respectarea

normelor de igienă, utilizând în acest sens mijloace de transport dedicate și recipiente izoterme care asigură menținerea temperaturii alimentelor transportate;

c) Alimentele de la blocul alimentar se transportă de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor în oficiile alimentare ale fiecărei secții medicale unde se realizează porționarea mâncării. Indiferent de momentul zilei, accesul în oficiile de distribuire a hranei este permis doar personalului nominalizat pentru distribuirea alimentelor care asigură în acestea porționarea hranei, precum și spălarea și păstrarea veselei pentru pacienți și a cărucioarelor de transport hrana. Circuitul alimentelor pe secție se realizează în mod distinct de toate 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.

d) Distribuția hranei porționate se realizează de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor conform programului de servire a mesei care este afișat pe secții, cu respectarea meniului zilnic (care este de asemenea afișat pe secții) și a dietelor recomandate de medic în F.O.C.G.

e) Pentru pacienții imobilizați la pat precum și în secțiile în care nu se poate asigura spațiu dedicat unei săli de mese, servirea mesei se face la pat în mod activ sau pasiv în funcție de starea pacientului, asigurându-i-se o poziție cât mai comodă. Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va respecta cu strictețe orarul meselor asigurând servirea caldă a alimentelor și prezentarea acestora cât mai estetic. Totodată, respectivul personal are în vedere pentru fiecare dintre pacienți date despre regim, orarul meselor, posibilitățile de mobilizare, capacitatea pacientului de a-și folosi membrele superioare, eventuale restricții legate de efectuarea unor examene, precum și administrarea unor medicamente în funcție de orarul meselor.

f) Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va purta pe timpul transportului acestora precum și pe timpul servirii mesei o ținută formată din: bluză, pantalon/fustă și capelină altul decât cel utilizat în desfășurarea celorlalte atribuții funcționale.

i. Alimentarea activă în salon, la pat, presupune:

1. Pacient mobilizabil, dar internat în secție ce nu are în dotare sală de mese:
 - Pacientul se așează confortabil la marginea patului, după ce în prealabil și-a spălat mâinile
 - Infirmiera rabatează măsuta noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa
 - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strânge vesela murdară, curăță măsuta noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială.
2. Pacient imobilizat la pat dar care își poate folosi mâinile:
 - Pacientul este așezat confortabil în pat în șezut sau în poziție semișezândă (în funcție de situație) cu ajutorul manevrării somierei și/sau a pernelor.
 - Se asigură igienizarea mâinilor pacientului cu gel dezinfectant. La cerere se poate asigura spălarea mâinilor la pat.
 - Se asigură protejarea îmbrăcămintei pacientului cu un prosop curat așezat la gât.
 - Infirmiera rabatează măsuta noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa
 - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strânge vesela murdară, curăță măsuta noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială.
 - La nevoie/cerere se asigură igienizarea mâinilor pacientului.
3. Pacient imobilizat la pat în decubit lateral dar care își poate folosi mâinile:
 - Pacientul este așezat cât mai confortabil în pat în decubit lateral stâng, cu capul sprijinit pe pernă.
 - Se asigură igienizarea mâinilor pacientului cu gel dezinfectant. La cerere se poate asigura spălarea mâinilor la pat.
 - Se protejează lenjeria de pat cu o aleză.
 - Se protejează lenjeria bolnavului cu un prosop curat.
 - Infirmiera rabatează măsuta noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa.
 - Alimentele lichide se servesc din bol cu ajutorul paielor.

- Alimentele solide vor fi tăiate în bucățele mici.
 - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strânge vesela murdară, curăță măsuta noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială.
 - La nevoie se asigură igienizarea mâinilor pacientului
- ii. Alimentarea pasivă în salon, la pat a pacientului conștient, imobilizat la pat și cu 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 sterge la gură, strânge vesela murdară, 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. 240. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de servire a mesei la patul pacientului sunt următorii:

- a) Numărul de toxiinfecții alimentare produse pe parcursul ultimului an calendaristic;
- b) Număr de reclamații ale pacienților care au ca subiect distribuția hranei servite;
- c) Gradul de satisfacție al pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor distribuția hranei servite, consemnat în analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților.

9.43. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale

Art. 241. – Reglementarea procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modalitatea de comunicare specifică între profesioniști în cadrul spitalului în cazul producerii unor situații de urgență: dezastru, calamități, accidente, sabotaj ori alte situații deosebite/exceptionale.
- b) Asigură crearea unor deprinderi corecte de prevenire și reacție la hazarduri.
- a) 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. 242. (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 poate afecta viața, valorile, bunurile materiale și valorile sociale, iar pentru contracararea acestora este nevoie de luarea de măsuri urgente și angajarea resurselor materiale și umane avute la dispoziție.

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

a) planificarea și implementarea unui sistem de comunicare coordonat pe timpul situațiilor de urgență, care să contribuie la îmbunătățirea și eficientizarea comunicării atât între microstructurile S.C.U.M. Craiova, 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 unității 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 (jud. Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt), categorisite astfel:

o Hazardurile naturale determinate de:

- interacțiunea factorilor naturali, a celor demografici, sociali și antropici, respectiv elemente de infrastructură, cum ar fi construcții, șosele, căi ferate;

- modificările climatice legate de tendințele globale de încălzire care generează incertitudini referitoare la intensitatea și frecvența hazardurilor, dar și la apariția unor fenomene noi, cum ar fi tornadele sau deșertificarea;

- epidemii/epizotii/zoonoze, dar și cu amenințări de pandemii (exemplele elocvente sunt neuroinfecția West Nile în anul 1996, meningita cu Enterovirus Echo în 1999, antrax în 2000, apariția infecției gripale cu un nou serotip gripal sau amenințarea epidemiei de gripă aviară H5N1)

o Hazardurile hidrologice:

- viituri și inundații;

- alunecări de teren determinate de viituri și inundații;

o Hazardurile seismice

o 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;
- o Evenimentele sau accidentele în care apar scurgeri de substanțe radioactive;
- o Evenimentele sau accidentele din industria chimică;
- o 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;
- o Evenimentele sau accidentele din industria minieră cauzate de prăbușiri ale galeriilor de mină, alunecări și lichiefieri ale haldelor de steril insuficient consolidate și ruperi ale iazurilor de decantare;
- o 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;
- o Distrugerea infrastructurii pentru transport cauzată de cedarea podurilor de cale ferată sau transport rutier.
- b) Căderi de obiecte cosmice
- c) Eșecul utilităților publice
- d) **Situații medicale deosebite care necesită comunicare specifică**, pot fi de următoarea natură:
 - o Cazuri medicale ce implică patologii rare;
 - o Accidente care au ca urmări victime multiple politraumatizate;
 - o 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);
 - o Cazuri medicale foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită;
 - o Morți subite.
- e) Atacuri teroriste
- f) Exerciții în caz de alarmare, antrenamente și exerciții de mobilizare, instituirea stării de asediu, mobilizare totală/parțială, demobilizare, război.

Art. 243. - 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 ofițerului de serviciu pe unitate, personal sau prin mijlocul de comunicare pe care-l are la dispoziție;
- b) Ofițerul de serviciu pe unitate ia cunoștință despre situația deosebită/de urgență, prin primirea informației din partea personalului angajat din cadrul unității 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:
 - o raportează comandantului/înlocuitorului legal al comandantului rezultatele primei evaluări. Dacă situația o impune, folosește mijloace de legătură alternative;
 - o anunță administratorul cazarmii să se prezinte în unitate în vederea stabilirii stării tehnice a instalațiilor și pavilioanelor din unitate;
 - o raportează eșalonului superior și solicită intervenția altor unități din zonă, a detașamentului de pompieri ISU și la nevoie a serviciului de ambulanță județean.
 - o la sosirea comandantului, raportează situația, măsurile luate și rezultatele evaluării preliminare;
 - o la ordin, funcție de situația concretă, pune în aplicare planurile de intervenție existente la camera O.S.U., 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, prin O.Z.U. nr. 1, se nominalizează un responsabil de comunicarea cu mass-media în situații de criză și un ofițer cu informarea și relațiile publice (O.I.R.P.).

d) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este responsabil cu elaborarea și prezentarea mesajelor în numele S.C.U.M. Craiova 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" S.C.U.M. Craiova 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 comandantului S.C.U.M. Craiova. Acesta face parte din echipa de comunicare, colaborând permanent cu O.I.R.P. (în situația în care este desemnat un specialist ca responsabil, altul decât O.I.R.P.), 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 S.C.U.M. Craiova, 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. 242 alin. (3) lit. a) din prezentul Regulament, comunicările către proprii angajați ai spitalului cât și către mass-media, vor conține, după caz, informații privind aspectele-cheie prevăzute la pct. IV.D din H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență.

k) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, Consiliul medical participă alături de comandant la organizarea asistenței medicale în situații deosebite/exceptionale. În acest context, la producerea oricăreia dintre situațiile deosebite/exceptionale prevăzute de prezenta reglementare, directorul medical convoacă în regim de urgență Consiliul medical care propune luarea de măsuri funcție de situația concretă.

l) De asemenea, Consiliul medical se întrunește în regim de urgență în vederea analizei și luării de decizii pentru fiecare dintre situațiile medicale deosebite care necesită comunicare specifică menționate la art. 242 alin. (3) lit. d) din prezentul Regulament. Pentru situații medicale deosebite au fost achiziționate aparate telefonice mobile care se utilizează exclusiv în aceste situații, acestea fiind distribuite în fiecare din secțiile medicale, C.P.U., O.S.U. și sălile din blocul operator.

m) Microstructura comunicații și informatică, în colaborare cu C.P.U., răspunde de asigurarea în permanență a tuturor categoriilor de mijloace de comunicații și informatice prevăzute de Anexa nr. 1 la *Ordinul ministrului apărării naționale nr. M.S. 105/2010 privind constituirea și funcționarea*

serviciului medical de urgență, respectivele mijloace fiind destinate comunicării între profesioniști în situațiile medicale care necesită comunicare specifică.

n) În conformitate cu prevederile legale în vigoare, Comitetul director – cu sprijinul locțiitorului pentru probleme de stat major și a microstructurii din cadrul S.C.U.M. Craiova 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.

o) Organizarea și asigurarea funcționării suportului tehnic al conducerii spitalului în situația desfășurării de exerciții de alertare, antrenamente și exerciții de mobilizare, instituirea stării de asediu, mobilizare totală/parțială, demobilizare și război se asigură de către structura de comunicații și informatică a spitalului cu respectarea strictă a prevederilor „*O.M.-1/1 – Regulamentul mobilizării Armatei României*” aprobat prin Ordinul ministrului apărării naționale nr. M.S. 10/26.01.2009

Art. 244. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale sunt următorii:

a) Număr persoane afectate, ca urmare a comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență;

b) Pierderi materiale, exprimate în lei, datorate comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență.

c) Numărul posturilor de specialitate și al posturilor stabilite cu atribuții suplimentare de comunicare și informare publică în cadrul spitalului abilitate în managementul și gestionarea situațiilor de urgență;

d) Numărul de exerciții în domeniu, desfășurate de către spital în managementul și gestionarea situațiilor de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat;

e) Numărul de planuri și proceduri proprii de comunicare adoptate/revizuite, în ultimul an calendaristic, în cadrul S.C.U.M. Craiova, care privesc managementul și gestionarea situațiilor de urgență.

9.44. Modul de acordare a timpului legal de repaus pentru medicii care prestează serviciu de gardă

Art. 245. – Reglementarea modului de acordare a timpului legal de repaus pentru medicii care prestează serviciu de gardă are ca principale scopuri:

a) De a asigura respectarea drepturilor pacienților internați sau din ambulator, privind furnizarea unor produse și servicii medicale de calitate, precum și respectarea normelor legale privind timpul de odihnă al medicului ce a efectuat serviciul de gardă;

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

- o suprasolicitare / oboseală pentru medicii care prestează serviciul de gardă;
- o erori în efectuarea actului medical.

Art. 246. – Etapele procesului de acordare a timpului legal de repaus pentru medicii care prestează serviciu de gardă presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Șeful secției sau ambulatoriului, este informat de către medicul din Compartimentul primiri urgențe⁸ sau medicul ce a efectuat serviciul de gardă, privind existența unor situații ce impune prezența medicului care a efectuat serviciul de gardă (de exemplu: medicul este membru al unei echipe operatorii, este unic prescriptor pentru preparate de trebuie administrate în ziua respectivă, există situații medicale deosebite, etc).

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

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

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

⁸ În continuare: „C.P.U.”

e) Pentru medicii ce desfășoară servicii de gardă, la nivelul secției/ambulatoriului, la structura resurse umane se instituie un registru în care se consemnează toate situațiile de rămânere la program, respectiv chemare de la domiciliu, precum și perioada de recuperare a timpului liber legal stabilit. Obligația consemnării în registrul aflat în evidența structurii de resurse umane revine medicului ce este chemat de la domiciliu sau rămâne peste program.

Art. 247. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a timpului legal de repaus pentru medicii care prestează serviciu de gardă sunt următorii:

a) Menținerea nivelului competenței profesionale corespunzător îndeplinirii sarcinilor profesionale cu eficiență și prevenirea suprasolicitării medicilor ce au efectuat serviciul de gardă.

b) Numărul de reclamații ale pacienților datorate lipsei personalului medical de specialitate.

9.45. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor

Art. 248. – (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:

- o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului;
- o reinternarea pacientului cu același diagnostic.

Art. 249. – Etapele procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul S.C.U.M. Craiova, 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. Exerțându-și rolul de filtru, în scopul asigurării asistenței medicale curente, medicul de familie abordează afecțiunile frecvente, cu criterii clare de diagnostic și tratament, prin urmare, el trebuie să pună diagnosticul (adică să identifice afecțiunea ca entitate, pe de o parte, și să stabilească apartenența sa la asistența medicală curentă, pe de altă parte) și, să inițieze și să monitorizeze tratamentul; pentru această situație, nu este necesară comunicarea cu medicul specialist (ci doar comunicarea cu laboratorul de analize medicale sau cu farmacia, după caz). Solicitarea serviciilor medicului specialist apare în cazul în care pacientul se prezintă la medicul de familie cu o afecțiune care nu îndeplinește (unul sau mai multe dintre) criteriile enumerate anterior (afecțiune rară sau caz atipic al unei afecțiuni frecvente).

b) În cazul în care sunt necesare serviciile unui medic specialist, medicul de familie inițiază comunicarea cu acesta în scopul stabilirii diagnosticului și tratamentului. Ca urmare, medicul de familie va completa un **bilet de trimitere** ce va cuprinde în mod esențial diagnosticul prezumtiv, și va primi, ulterior investigațiilor efectuate de către medicul specialist, scrisoarea medicală.

c) La externare, inclusiv din compartimentul psihiatrie, pacienții primesc de la medicul specialist (curant):

- o scrisoare medicală ce poate fi înlocuită de un bilet de ieșire din spital, care conține toate informațiile din scrisoarea medicală;
- o 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.
- o 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.

Art. 250. -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 prestabilite de F.O.C.G.);
- b) Numărul de pacienți externați fără scrisori medicale/bilete de ieșire din spital din total pacienți externați în ultimul an calendaristic (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C.G.);
- c) Numărul de pacienți externați fără prescripție medicală din total pacienți externați în ultimul an calendaristic (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C.G.);
- d) Numărul medicilor sancționați pentru lipsa unei prescripții medicale la externarea pacientului per numărul total de medici încadrați în S.C.U.M. Craiova, în ultimul an calendaristic.

9.46. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor

Art. 251. –Reglementarea procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor are ca principale scopuri:

- a) Implicarea activă a farmacistului 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. 252. – Etapele procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor constau în derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Potrivit prevederilor contractului de administrare, șeful fiecărei secții medicale ”supervizează conduita terapeutică, avizează tratamentul, prescrierea investigațiilor paraclinice, a indicațiilor operatorii și programului operator pentru pacienții internați în cadrul secției”. Acesta analizează medicamentele prescrise sub formă de denumire comercială de către medicul curant, urmărind:
 - i. identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;

- ii. verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
- iii. evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice.

b) În situația în care consideră că sunt erori de prescriere șeful fiecărei secții medicale se consultă cu medicul curant și ia decizia finală privind schema de tratament pentru fiecare pacient.

c) Condițiile de prescripții medicale pregătite pentru eliberare, se introduc în sistemul informatic de gestiune al farmaciei de către asistenții medicali/registratorii medicali, care sunt responsabili de corectitudinea datelor introduse, se tipăresc în 2 (două) exemplare, se parafează de către medicii curanți și/sau medicii șefi de secție și se trimit la farmacie pentru a fi eliberate.

d) În cazul medicamentelor prescrise la contravizită, întreaga responsabilitate aparține medicului curant care are obligația de a parafa condițiile de prescripții medicale.

e) Potrivit prevederilor *O.M.S. 75/2010 pentru aprobarea Regulilor de bună practică farmaceutică*, farmacistul/farmaciiștii din cadrul farmaciei spitalului trebuie să utilizeze toată experiența sa/lor profesională pentru analiza medicamentelor ce se regăsesc în condițiile de prescripții medicale, urmărind aceleași aspecte terapeutice ca și medicul șef de secție, precum și unele aspecte sociale, de reglementare și aspecte economice. Această analiză se face prin utilizarea următoarelor mijloace de informare:

- i. întrebări adresate medicului șef de secție în caz de nelămuriri sau ori de câte ori este nevoie de informații suplimentare;
- ii. utilizarea materialelor, manualelor științifice existente în biblioteca farmaciei, a reglementărilor în vigoare;
- iii. informații provenind de la centrele de farmacovigilență, autoritățile competente sau de la producătorii de medicamente.

f) După verificarea fiecărei condiții de prescripție medicală, farmacistul/farmaciiștii are/au obligația de a-și da avizul favorabil înainte de eliberare. În situația constatării unor presupuse erori privind prescrierea medicamentelor, acesta/aceștia ia/iau legătura imediat cu medicii prescriptori și, după caz, cu medicii șefi de secție, informându-i despre acest lucru. În urma consultării telefonice dintre aceștia, pot apărea următoarele două situații:

- i. medicul curant/medicul șef de secție este de acord cu ce spune farmacistul, iar condițiile 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 condiții sintagma: "sic volo" (așa vreau eu).

g) În mod obligatoriu, farmacistul 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 condițiile de medicamente cu cele din F.O.C.G.
- ii. Medicamentele prescrise și eliberate se identifică după etichetă și forma de prezentare.
- iii. Se observă integritatea, culoarea, sedimentarea, precipitarea, tulburarea sau opalescența medicamentelor lichide. Medicamentele alterate nu vor fi administrate bolnavilor.
- iv. Respectarea căilor de administrare se specifică în F.O.C.G. și în registrul de predare a turei. Este necesar să se aibă în vedere că anumite medicamente au căi stricte de administrare, utilizarea pe altă cale putând determina accidente grave: embolie uleioasă, necroza țesuturilor, etc.
- v. Respectarea dozajului prescris: doza unică și doza pe 24h. Dozele notate în F.O.C.G. trebuie să corespundă cu cele din condițiile de prescripții medicale. Odată cu

- identificarea medicamentelor, se verifică și dozele prescrise. Se respectă orarul de administrare pentru a se evita fenomenele cumulative, intoxicațiilor sau ineficienței.
- vi. Respectarea somnului – medicamentele se administrează în afara orelor de somn cu excepția medicamentelor cu orar fix de administrare (antibiotice, chimioterapice).
 - vii. Se ține cont de incompatibilitatea medicamentelor astfel încât administrarea lor să nu fie ineficientă sau dăunătoare.
 - viii. Soluțiile injectabile aspirate din fiole/flacoane se injectează imediat, deoarece se pot contamina, iar contactul soluțiilor cu aerul poate scădea eficacitatea medicamentelor. Dacă doza indicată pentru administrare este mai mică decât conținutul fiolei/flaconului, cantitatea rămasă în fiolă/flacon se aruncă.
 - ix. Se respectă ordinea succesivă de administrare a medicamentelor: tablete – soluții – picături – injecții – supozitoare.
 - x. Medicamentele se administrează numai de către asistenta medicală, care solicită ajutorul infirmierei de serviciu dacă întâmpină dificultăți în administrarea medicamentelor (pacienți imobilizați, agitați).
 - xi. Respectarea măsurilor de asepsie și igienă pentru a preveni infecțiile intraspitalicești, după cum urmează: la administrarea parenterală a medicamentelor se păstrează condițiile de asepsie, la administrarea per os se utilizează pahare și veselă individuală, administrarea supozitoarelor se face cu mănuși de unică folosință. Asistenta medicală se va spăla pe mâini înainte de a efectua orice manevră medicală și după fiecare pacient.
 - xii. Administrarea medicamentelor se consemnează în planul de îngrijire a pacientului, în partea numită fișa de administrare a medicamentului, în care se consemnează data, ora și semnătura asistentei medicale și a pacientului.
 - xiii. Pentru orice neclaritate care privește administrarea medicamentelor, asistenții medicali au obligația să solicite lămuriri, după caz, medicilor curanți, medicilor de gardă, farmaciștilor sau medicilor șefi de secție.
 - xiv. Modul efectiv de administrare a medicamentelor de către asistenții medicali poate fi monitorizat, după caz, de către asistenții șefi, medicii curanți, medicii din linia de gardă, farmaciștii din farmacia spitalului și de către medicii șefi de secții.
- i) La nivelul S.C.U.M. Craiova, un colectiv format din șeful farmaciei, șeful C.P.I.A.A.M. și medicul infecționist elaborează un *"Ghid al bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor"* care se aprobă de către Consiliul medical. În raport cu conținutul acestuia, anual, de regulă în luna decembrie, șeful farmaciei în colaborare cu medicii șefi de secții, prezintă Consiliului medical o *"Analiză periodică a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor"*. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

Art. 253. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- Număr de erori în prescrierea medicamentelor în ultimul an calendaristic;
- Număr de erori în utilizarea medicamentelor în ultimul an calendaristic;
- Număr de reclamații ale pacienților din cauza prescrierii și utilizării eronate a unor medicamente în ultimul an calendaristic;
- Număr de erori în activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale în ultimul an calendaristic.

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

Art. 254. – 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 S.C.U.M. Craiova se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi⁹;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o agravarea stării de sănătate a pacientului / deces.

Art. 255. –Etapile 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 S.C.U.M. Craiova, 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. 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 S.C.U.M. Craiova calculează rata filtrării glomerulare (RFG) plecând de la creatinina serică și, în situația că valorile eRFG se încadrează la niveluri critice, aplică prevederile pct. 9.30 „*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 din municipiul Craiova cu care S.C.U.M. Craiova are protocol de colaborare pentru consulturi interclinice sau pentru exprimarea unei „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:

- i. trimitere imediată - sunt acele situații în care întârzierea inițierii tratamentului (inclusiv prin dializă) poate determina evoluție gravă sau deces
- ii. trimiterea de urgență - indică posibilitatea agravării situației clinice în lipsa unui tratament prompt
- iii. 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:

- a. Trimitere imediată pentru:

⁹ În continuare: „B.C.R.”

- 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);
- b. 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);
- c. Trimitere de rutină pentru bolnavii cu eRFG stabil și:
- Proteinurie ≥1+ la testul bandeletei reactive (>200mg/g creatinină urinară) asociată sau nu cu hematurie microscopică;
 - Hematurie macroscopică cu evaluare urologică negativă
- B. În raport de eRFG (mL/min/1.73m²):
- a. Trimitere imediată <15mL/min/1.73m², indiferent dacă sunt prezente manifestări ale uremiei sau nu.
- b. Trimitere de urgență 15-29mL/min/1.73m², dacă BCR nu este cunoscută sau eRFG nu este stabilă
- c. Trimitere de rutină în restul cazurilor.
- C. Trimitere de rutină – la valori de 30-59mL/min/1.73m² dacă se constată:
- Scădere progresivă a eRFG sau creștere progresivă a concentrației creatininei serice;
 - Prezența hematuriei microscopice;
 - Proteinurie >200mg/g creatinină urinară;
 - Anemie inexplicabilă (Hb<11g/dL), acidoză, kaliemie, calcemie sau fosfatemie anormale;
 - Suspiciune de boală sistemică, de ex. LES;
 - PA „necontrolabilă” (≥150/90mmHg la 3 agenți antihipertensivi).
- D. Trimiterea nu este necesară la valori a eRFG cuprinse între 60-89mL/min/1.73m² dacă nu există vreuna din situațiile de mai sus.
- f) Toate scrisorile medicale eliberate de către medicii curanți pentru pacienții externai cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată vor conține în mod obligatoriu indicații de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (RFG). Respectivul scrisori medicale trebuie însoțite și de următoarele informații minime obligatorii:
- i. Anamneză medicală generală
 - ii. Simptomatologie reno-urinară
 - iii. medicație
 - iv. Examen fizic (elemente relevante pozitive - PA, diureză etc.)
 - v. Testul bandeletei reactive pentru hematurie și proteinurie
 - vi. Raportul proteinurie/creatininurie, în caz de existență a proteinuriei
 - vii. Hemograma
 - viii. Valorile serice: creatinină, sodiu, potasiu, albumine, calciu, fosfat, colesterol, glicemie
 - ix. Hb A1c (în diabetul zaharat)
 - x. Toate rezultatele anterioare ale creatininemiei
 - xi. Ecografie abdominală, dacă este disponibilă
- g) La nivelul fiecărei secții medicale din cadrul S.C.U.M. Craiova 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. 256. 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.

9.48. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților

Art. 257. – 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:

- o prescrierea unor tratamente inadecvate;
- o agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 258. – Etapele procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În înțelesul pct. 22 al art. 699 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, termenul de „prescripție medicală” presupune „orice prescripție de medicamente emisă de o persoană calificată în acest sens”

b) În legătură cu exercitarea profesiei și în limita competențelor profesionale, medicului nu îi pot fi impuse îngrădiri privind prescripția și recomandările cu caracter medical, avându-se în vedere caracterul umanitar al profesiei de medic, obligația medicului de deosebit respect față de ființa umană și de loialitate față de pacientul său, precum și dreptul medicului de a prescrie și de a recomanda tot ceea ce este necesar din punct de vedere medical pacientului.

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 sănătății și al președintelui CNAS, iar pentru medicamentele care nu au protocol terapeutic, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor. Protocoalele terapeutice constituie baza de prescriere și monitorizare a medicamentelor care se acordă asiguraților pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Respectarea schemelor terapeutice stabilite conform protocoalelor terapeutice prevăzute în anexele nr. 1 și 2 la *OMS 1301/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe baza de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin H.G. nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare*, este obligatorie pentru medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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 S.C.U.M. Craiova, prescrierea medicamentelor se realizează de către medicii prescriptori în limitele competențelor profesionale determinate de:

- i. Specialitatea medicală/specialitățile medicale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
- ii. Gradul profesional / gradele profesionale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmat/i prin ordin al ministrului sănătății;
- iii. Confirmarea în grade universitare/didactice/de cercetare potrivit legislației incidente în vigoare;
- iv. Confirmarea în titluri de "Doctor în medicină";
- v. Absolvirea unor supraspecializări și obținerea unor atestate de studii complementare/competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare.

g) Indiferent de modalitatea de prezentare și internare a pacienților în cadrul S.C.U.M. Craiova, prescrierea medicamentelor de către medicii curanți prescriptori se realizează în limitele competențelor stabilite la lit. f), în raport cu diagnosticul /simptomatologia pentru care a fost internat/tratat pacientul.

h) Pentru prescrierea și tratarea unor diagnostice secundare/comorbidități altele decât diagnosticul /simptomatologia pentru care a fost internat/tratat pacientul, medicul curant prescriptor aplică pct. 9.37. "*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 de secție au obligația de a verifica zilnic prescrierea tratamentului medicamentos pacienților internați în secție, inclusiv a celor internați în timpul gărzii și să ia măsuri adecvate, după caz, pentru fiecare situație care comportă depășirea competențelor profesionale.

k) Potrivit prevederilor regulilor de bună practică farmaceutică, farmacistul trebuie să încurajeze o prescriere rațională și să promoveze utilizarea corespunzătoare a medicamentelor, inclusiv în scopul evitării automedicației de către pacienți. Potrivit 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 S.C.U.M. Craiova sunt analizate la nivelul Consiliului medical în baza informărilor realizate de către șefii de secții medicale ori farmacistul/farmaciiștii din cadrul spitalului atunci când se constată astfel de situații.

Art. 259. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților sunt următorii:

a) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către șefii fiecărei secții medicale din cadrul spitalului cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în S.C.U.M. Craiova, în raport cu numărul total de pacienți externați/secție din spital în ultimul an calendaristic.

b) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către farmacistul/farmacistiții din cadrul spitalului cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în S.C.U.M. Craiova, în raport cu numărul total de pacienți externați din spital în ultimul an calendaristic.

9.49. Modul de respectare a intimității pacientului

Art. 260. – 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 S.C.U.M. Craiova obligația privind dreptul pacienților la respect ca persoane umane, fără nici o discriminare;

c) Asigură păstrarea confidențialității tuturor informațiilor privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale chiar și după decesul acestuia;

d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

o Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege;

o Potențiale reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor;

o Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

Art. 261. – (1) În cadrul S.C.U.M. Craiova, pe parcursul perioadei de spitalizare, respectarea intimității pacientului presupune derularea de către întregul personal implicat în îngrijirea pacienților a următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Izolarea vizuală a pacientului prin utilizarea în mod uzual de paravane mobile/perdele în spații de consult, de tratament, saloane etc.;

b) Utilizarea de saloane cu un număr cât mai redus de paturi în care se asigură internarea separată a pacienților funcție de sexul acestora;

c) Utilizarea după caz a unui sistem de semnalizare luminoasă sau a unei alte modalități funcționale de blocare a accesului în timpul consultației, efectuării unei investigații sau a unei proceduri medicale;

d) Utilizarea spațiilor amenajate special pentru consultații individuale, existente la nivelul C.P.U.;

e) Utilizarea de cabine de duș compartimentate;

f) Utilizarea de cabine WC pentru persoane cu handicap în măsura existenței acestora pe fiecare secție;

g) Utilizarea de cabine/spații echipare/dezechipare pacienți delimitate (ușă, paravane, perdele), inclusiv în incinta blocului operator.

h) Utilizarea de lenjerie de unică folosință (halate, chiloți) pentru pacienții care urmează să sufere intervenții chirurgicale în blocul operator.

(2) Modalitățile de asigurare a intimității pacienților în raport cu persoanele neautorizate este reglementat la pct. 9.15. *”Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate”* din prezentul Regulament.

(3) Asigurarea intimității pacienților în relația acestora cu mass-media, se realizează potrivit pct. 9.21. *„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 S.C.U.M. Craiova aplică în mod obligatoriu prevederile pct.

9.41 ”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. 262. Indicatorii de eficiență și eficacitate a procesului de respectare a intimității pacientului sunt următorii:

- a) Număr de cabine WC cu uși per număr de paturi pe secție;
- b) Număr saloane cu 1–2 paturi și număr saloane cu 3-6 paturi, prevăzute cu grup sanitar propriu pe fiecare secție;
- c) Numărul cabinelor de duș cu uși pe secțiile cu spitalizare continuă per numărul de paturi spitalizare continuă (inclusiv starea fizică, curățenie);
- d) Număr de paravane mobile existente și utilizate în fiecare din structurile medicale (inclusiv blocul operator) ale spitalului;
- e) Număr de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/apartinătorilor referitoare la respectarea intimității pacientului.

9.50. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate

Art. 263. – 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 S.C.U.M. Craiova 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:
 - o agravarea stării de sănătate a persoanelor private de libertate;
 - o incidente de securitate legate de acordarea asistenței medicale pacienților privați de libertate;
 - o acționarea în instanță a instituției cu impact negativ în mass-media..

Art. 264. – (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 S.C.U.M. Craiova, în baza relațiilor contractuale pe care le au cu o casele de asigurări de sănătate.

(2) Persoanele private de libertate, care se adresează S.C.U.M. Craiova 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 S.C.U.M. Craiova în C.P.U., 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. 265. - În cursul spitalizării se acordă servicii medicale preventive, curative, de recuperare și/sau paliative. Etapele procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

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

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

d) Internarea pacienților:

i. Pacienții privați de libertate vor fi internați în S.C.U.M. Craiova atunci când starea lor de sănătate necesită tratament medical/chirurgical de urgență care depășește ca limită de timp durata unei internări de zi/ staționării în C.P.U. Pacienții cu afecțiuni cronice/subacute a căror internare poate fi temporizată fără a pune în pericol viața sau sănătatea pacientului, vor fi redirecționați către unitățile sanitare din rețeaua sistemului penitenciar.

ii. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă a persoanelor private de libertate se acordă în baza biletului de internare, având ștampila unității, eliberat de către medicul unității, consedintă a actului medical propriu, la recomandarea medicului specialist, prin decizie a organului juridiciar, sau a oricărei urgențe medico-chirurgicale. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

- o urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața persoanei private de libertate sau care prezintă acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă;
- o boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament;
- o bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare;
- o afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.

iii. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi se acordă de către medicul curant, în baza unui bilet de trimitere, în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

- urgențe medico-chirurgicale ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în norme, doar în unitățile sanitare cu paturi care acordă și asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă;
 - diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu;
 - afecțiunile care pot fi diagnosticate și tratate în regim de spitalizare de zi: cele prevăzute în normele de aplicare a contractului cadru aprobate pentru anul în curs
- iv. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice în baza unui bilet de trimitere, în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cuprinde:
- servicii medicale – consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
 - servicii medicale curative – consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale bolilor cronice;
 - servicii medicale curative – consultații pentru afecțiuni cronice;
 - depistarea de boli cu potenția endemoepidemică;
 - servicii de planificare familială;
 - servicii diagnostice și terapeutice;
 - servicii de sănătate conexe actului medical;
 - servicii de supraveghere a sarcinii și lehoziei.
- v. Serviciile medicale de medicină dentară preventive și tratamentele de medicină dentară prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și radiografiile dentare se asigură gratuit și sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevăzute de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și de normele metodologice de aplicare a acestuia, partea de contribuție personală nedecontată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate fiind suportată de la bugetul unității. Orice alt tratament de medicină dentară solicitat de persoanele private de libertate se va efectua contra cost.
- vi. În cazul internării pacienților privați de libertate în S.C.U.M. Craiova, se vor asigura următoarele condiții, ținând cont de reglementările privind paza acestor pacienți, care prevăd că în afara sistemului penitenciar deținutul trebuie să fie imobilizat în cătușe și supravegheat de cel puțin un gardian:
- În măsura posibilităților acești pacienți vor fi internați singuri într-o rezervă separată, sub supravegherea permanentă a personalului unității care deține custodia acestor pacienți. Personalului de pază i se va permite accesul în imediata vecinătate a pacientului, în funcție de procedurile medicale desfășurate.
 - Dacă nu se pot asigura condițiile de mai sus, pacienții vor fi internați, sub supravegherea permanentă a personalului unității care deține custodia acestor pacienți, într-un salon cu cât mai puțini pacienți posibil.
 - În cazul în care pacientul necesită internarea în A.T.I. se va asigura ținuta de protecție specifică pentru una dintre persoanele care trebuie să supravegheze permanent deținutul;
- vii. Persoanele private de libertate pot solicita contra cost orice alt serviciu care nu este asigurat gratuit. Persoanele private de libertate cu vârsta de peste 18 ani au dreptul să refuze o intervenție medicală, asumându-și în scris răspunderea pentru decizia lor; consecințele refuzului sau ale întreruperii actelor medicale sunt explicate pacientului. În cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență consimântul acestuia nu mai este necesar.
- viii. Nicio persoană privată de libertate nu poate fi supusă, nici chiar cu consimțământul său, vreunui experiment științific sau medical. Pe parcursul executării pedepsei privative de libertate, persoanele private de libertate nu pot fi donatoare de sânge sau de organe decât pentru membrii de familie până la gradul al IV-lea.
- ix. În cazul în care la examenul medical se constată că persoana privată de libertate prezintă semne de violență sau declară că a fost supusă la rele tratamente, medicul are obligația de a consemna în fișa medicală cele constatate și de a anunța conducerea unității, care sesizează de îndată procurorul.

x. În cazul decesului unei persoane private de libertate, personalul medico-sanitar informează directorul penitenciarului și Direcția medicală din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor în ceea ce privește împrejurările producerii acestuia, cu respectarea reglementărilor incidente aplicabile în S.C.U.M. Craiova. Autopsia medico-legală este obligatorie și se efectuează de către medicul legist care întocmește și certificatul constatator al morții. În termen de 24 de ore se înaintează Direcției Medicale din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor un referat medical privind modul în care s-a produs decesul și îngrijirile medicale acordate anterior decesului. În termen de 10 zile de la deces se înaintează Direcției Medicale din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor dosarul de deces, care cuprinde următoarele documente:

- o Copia fișei medicale emisă de către autoritatea / instituția care exercită custodia asupra persoanei private de libertate,
- o Copia folii de observație clinică, emisă de către S.C.U.M. Craiova;
- o Copia certificatului constatator al morții, emisă de către S.C.U.M. Craiova.

e) Externarea pacienților:

i. După rezolvarea situațiilor de urgență și stabilizarea pacienților privați de libertate, externarea acestora se poate realiza fie către instituția care deține custodia lor, fie către o altă unitate sanitară (din sistemul penitenciar sau din rețeaua Ministerului Sănătății) în funcție de nivelul sau tipul îngrijirilor medicale necesare în continuare. În situațiile în care recuperarea completă necesită internare de lungă durată, medicul curant – sprijinit de către conducerea S.C.U.M. Craiova - va contacta instituțiile abilitate și va demara procedurile pentru transferul pacientului către o altă unitate sanitară (din sistemul penitenciar sau din rețeaua Ministerului Sănătății).

ii. Externarea/transferul pacientului privat de libertate se va realiza după înștiințarea în prealabil a unității care deține custodia acestuia, cu minim 24 ore înainte de efectuarea propriu-zisă a externării, responsabil.

f) La externare pacienții vor fi însoțiți de documentele medicale necesare (bilet de ieșire din spital, scrisoare medicală, prescripții medicale) care se vor completa de către medicii curanți ai acestora și care vor conține în mod obligatoriu date privind tratamentele efectuate și recomandări privind tratamentul, condițiile de viață și regimul igienico-dietetic după externare, precum și graficul de supraveghere medicală postexternare.

Art. 266. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate sunt următorii:

- a) Procentul pacienților privați de libertate care s-au adresat cu programare S.C.U.M. Craiova din totalul pacienților spitalului, în ultimul an calendaristic;
- b) Procentul pacienților privați de libertate internați prin C.P.U. din totalul pacienților internați în S.C.U.M. Craiova, în ultimul an calendaristic;
- c) Numărul de incidente cauzate de pacienții privați de libertate din totalul incidentelor produse la nivelul S.C.U.M. Craiova , în ultimul an calendaristic;
- d) Numărul de reclamații cauzate de neasigurarea de către personalul medico-sanitar al S.C.U.M. Craiova a drepturilor de asistență medicală pentru pacienții privați de libertate, în ultimul an calendaristic.

9.51. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale

Art. 267. – Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale are ca principale scopuri:

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

Art. 268. – (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 S.C.U.M. Craiova în calitate de pacienți, pentru diferite afecțiuni acute sau cronice, beneficiază de aceleași drepturi și obligații ca ale celorlalți pacienți.

Art. 269. - În cursul spitalizării pacienților cu probleme sociale se acordă, după caz, servicii medicale preventive, curative, de recuperare și/sau paliative. Asigurarea asistenței medicale pentru cazurile cu probleme sociale presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În momentul prezentării la C.P.U. a unui pacient cu probleme sociale, persoana care întocmește foaia de observație anunță medicul de gardă;

b) În cazul în care pacientul cu probleme sociale nu-și poate dovedi identitatea cu documente, medicul de gardă împreună cu medicul din C.P.U. și O.I.R.P. solicită ajutorul poliției în vederea identificării respectivului pacient;

c) Dacă identitatea pacientului cu probleme sociale a fost stabilită, medicul de gardă împreună cu O.I.R.P. încearcă contactarea unui membru al familiei sau a unei rude apropiate a respectivului pacient, verificându-se cu această ocazie dacă acesta are calitatea de asigurat al F.N.U.A.S.S.

d) În cazul în care nici un aparținător nu poate fi localizat, se înștiințează inițial telefonic, apoi printr-un raport scris, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (lista contactelor poate fi vizualizată la adresa web: <http://www.dgaspcdolj.ro/public/pages/program-de-lucru-si-audiente>), aceasta având obligația instituită de prevederile normative în vigoare de a asigura măsurile necesare pentru protecția în regim de urgență a persoanei adulte aflate în nevoie, inclusiv prin organizarea și asigurarea funcționării în structura proprie a unor centre specializate.

e) În paralel cu activitățile de identificare a pacientului cu probleme sociale, a rudelor/aparținătorilor acestuia și de contactare a autorităților cu responsabilități în acest sens, personalul medico-sanitar din cadrul C.P.U. asigură serviciile de asistență medicală de specialitate necesare respectivului pacient, funcție de necesitățile impuse de starea de sănătate a acestuia, 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 în C.P.U. a unui pacient cu probleme sociale S.C.U.M. Craiova are încheiat și este în vigoare un parteneriat/protocol de colaborare cu servicii de asistență socială în vederea asigurării continuității îngrijirilor pentru persoane cu probleme sociale, medicul de gardă/curant, 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. 270. 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, în ultimul an calendaristic

b) Numărul persoanelor cu probleme sociale care s-au adresat spitalului preluate de serviciul de asistență socială, în ultimul an calendaristic.

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

Art. 271. – Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice are ca principale scopuri:

- a) Stabilește traseul pacientului¹⁰ în raport și cu profilul psihocomportamental și
- b) Facilitează analiza principalelor modificări comportamentale induse pacienților de boala somatică;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o generarea de costuri cauzate de noncalitate (întârziere în punerea diagnosticului, neînțelegerea diagnosticului de către pacient, lipsa de complianță la tratament și/sau regim igienico-sanitar);
 - o timp prelungit pentru stabilirea conduitei terapeutice și prelungirea duratei de spitalizare;
 - o confuzie care poate duce la E.A.A.A.M., inclusiv decesul pacientului.

Art. 272. –Modalitatea de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Imediat după internarea pacienților, medicii curanți efectuează anamneza fiecăruia dintre aceștia, având obligația de a observa și consemna în F.O.C.G. particularitățile psihocomportamentale și socioeconomice decelate ale pacientului, care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale.

b) În realizarea planului de management pentru fiecare dintre pacienții tratați, medicii curanți trebuie să țină seama că traseul pacienților cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice este necesar să fie stabilit ținând seama de acestea. Particularitățile psihocomportamentale care pot fi considerate de interes la pacienții internați sunt acele modificări comportamentale, cognitive și afective, preexistente sau apărute pe parcursul internării, care interferează cu actul medical generând efecte negative asupra sănătății pacientului, sau/și a personalului de îngrijire cum ar fi:

- i. refuzul de a efectua anumite proceduri medicale indicate de medic,
- ii. dificultăți de înțelegere a recomandărilor medicale,
- iii. complianță scăzută la tratament,
- iv. autoagresiune,
- v. ideea suicidară,
- vi. heteroagresivitate etc.

c) Semnalarea fiecăruia dintre cazurile cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice se face de către medicul curant, care va solicita în scris, în FOCG/FSZ/Fișă C.P.U. și va anunța verbal medicul psihiatru / 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 (ideea suicidară și/sau agresivitate) se solicită evaluare psihiatrică, iar ședința de evaluare psihologică 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 nedepășabil;
- iii. Psihologul solicită acordul scris pentru fiecare ședință de evaluare psihologică.
- iv. Excepție de la obținerea acordului scris pot fi situațiile în care pacientul prezintă anumite particularități psihocomportamentale care atrag după sine o comunicare

¹⁰ Pacient - se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate. În S.C.U.M. Craiova 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.

dificilă și pun în pericol propria integritate și/sau a terților. În acest caz se face asistență psihologică fără obținerea acordului scris și/sau verbal în prezența medicului curant.

- v. În situația în care starea pacientului depășește competența psihologului se redirecționează cazul spre medicul psihiatru.
- vi. Evaluarea/asistența psihologică a pacientului se realizează de către psiholog asigurându-se dreptul la intimitate, respectarea confidențialității datelor și informațiilor cu caracter personal.
- f) În evaluarea/asistența psihologică realizată psihologul va lua în considerare situația socioeconomică a pacientului (aceasta putând fi un factor agravant/acutizant a comportamentului psihocomportamental), îndeosebi elemente care privesc:
 - i. Mediu de proveniență (urban / rural)
 - ii. Comportamente ale populației în raport cu anumiți factori (consum de alcool, tutun, droguri etc, sedentarism s.a.)
 - iii. Stare socio-economică (grad de sărăcie, nivel educațional etc)
 - iv. Caracteristici de comunitate (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 cu semnătura și parafa.
- h) Asistența psihologică în cadrul S.C.U.M. Craiova se realizează pe 3 (trei) paliere după cum urmează:
 - i. Asistență psihologică desfășurată în una sau mai multe ședințe,
 - ii. Asistență psihologică asociată cu evaluare și tratament psihiatric oferite de medicul psihiatru din S.C.U.M. Craiova ,
- i) Evaluare psihologică inițială cu redirecționarea cazului spre medicul psihiatru încadrat în cadrul S.C.U.M. Craiova .
- j) Funcție de evoluția avută pe timpul internării de către fiecare dintre pacienții cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice și de răspunsul acestora la ședințele de evaluare/asistență psihologică, psihologii vor preciza în "*Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică*" eventuale recomandări pentru asigurarea continuității asistenței psihologice pentru toți pacienții, după externare.

Art. 273. - 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;
- b) numărul de solicitări scrise în FOCG/FSZ/Fișă C.P.U. ale medicilor curanți prin care aceștia semnalează fiecare dintre cazurile cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice, în raport de numărul de astfel de cazuri preluate efectiv de către psihologi în ultimul an calendaristic.

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

Art. 274. – Reglementarea accesului la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament are ca principale scopuri:

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

Art. 275. – 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 S.C.U.M. Craiova pacienții se pot interna în regim de spitalizare continuă sau regim de spitalizare de zi, prin biroul internării din S.E.S.M., Pneumologie, Infecțioase sau C.P.U. situație în care se emite o F.O.C.G. sau F.S.Z, după caz. În această situație accesul la respectivele documente medicale îl au, după caz – funcție de compartimentul în care se emit respectivele documente medicale, operatorii care emit respectivele documente din S.E.S.M. și C.P.U., șeful S.E.S.M., medicul de gardă din C.P.U., asistenții medicali din C.P.U. care realizează triajul precum și care acordă îngrijiri după caz. În această situație accesul la F.O.C.G. se limitează la completarea datelor inițiale necesare internării propriu-zise a pacienților în cadrul S.C.U.M. Craiova.

b) În situația prezentării în urgență a pacienților se emite o Fișă C.P.U. la care are acces registratorul medical din C.P.U., medicul de gardă, asistenții medicali din C.P.U. care realizează triajul precum și care acordă îngrijiri după caz, precum și medicii care realizează consulturile interdisciplinare. În această situație accesul la Fișa C.P.U. 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 C.P.U. emise în C.P.U. precum și celelalte documente medicale cu care se prezintă pacienții în C.P.U. 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 din cadrul fiecărei structuri medicale. Respectivul personal răspunde de integritatea documentelor medicale care sunt eliberate de către S.E.S.M./C.P.U. pe timpul însoțirii pacienților din S.E.S.M./C.P.U. până în structurile medicale în care aceștia se internează. La prezentarea în structurile medicale, personalul care însoțește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei șefe sau medicului curant al pacientului. Respectivele documente medicale sunt înregistrate la nivelul structurilor medicale în registre de evidență dedicate acestui scop.

d) Pe toată durata internării în regim continuu/de zi a pacienților, F.O.C.G.-urile /F.S.Z.-urile pacienților sunt păstrate la nivelul structurilor medicale în care aceștia sunt internați, în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine. Accesul la respectivele documente este permis, după caz, următoarelor categorii de personal:

- i. Șefii de structuri medicale – au responsabilitatea verificării modului de completare a documentelor medicale;
- ii. Medicii curanți – care au obligația de a înscrie, funcție de cazuistică, anamneza, tabloul clinic, investigații și rezultatele acestora, diagnostice, tratamentul (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical, de urgență), prescripții/recomandări pe timpul internării/după externare etc.;
- iii. Medicii care efectuează consulturi interdisciplinare – conform prevederilor pct. 9.37. *”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. Membrii/secretarul Comisiei de expertiză medicală – au acces la documentele medicale în măsura în care informațiile medicale din documentele medicale ale pacienților internați susțin propunerile de încadrare / menținere într-unul din tipurile de aptitudine față de îndeplinirea serviciului militar/în poliție/în sistemul administrației penitenciare sau pentru a urma instituțiile de învățământ din sistemul de apărare, ordine publică și securitate națională.
- vi. Medici care exprimă ”o a doua opinie medicală” - se realizează la solicitarea pacienților, prin aplicarea prevederilor pct. 9.10 *”Modalitatea în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate”* din prezentul Regulament.
- vii. Fiziokinetoterapeuții – înscrierile acestora în documentele medicale se realizează în limitele îngrijirilor efectuate potrivit competențelor profesionale avute;
- viii. Psihologii – se realizează la solicitarea medicilor curanți, prin aplicarea prevederilor pct. 9.52 *”Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu*

particularități psihocomportamentale și socioeconomice” din prezentul Regulament;

- ix. 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.
 - x. Infirmieri – completează după caz date din planul de mobilizare a pacientului;
 - xi. Registratori medicali - culeg din F.O.C.G./F.S.Z informații necesare întocmirii condicilor de medicamente, decontului de materiale sanitare și informații privind procedurile medicale efectuate în sala de operație și terapie intensivă.
 - xii. 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 șefă 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 S.C.U.M. Craiova, accesul la informațiile existente în documentele medicale ale pacienților pe timpul cât aceștia se află un proces de evaluare și/sau tratament se realizează potrivit pct. 9.41. *”Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale”* din prezentul Regulament.
- h) Personalul medico-sanitar are acces în mod controlat la informațiile electronice ale pacienților, prin acordarea de user și parolă pentru fiecare utilizator autorizat în parte. Accesul la datele medicale din sistemul informatic se realizează potrivit prevederilor pct. 9.88. *”Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului”* din prezentul Regulament.
- i) S.C.U.M. Craiova prin angajații săi asigură accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale ale pacienților pe timpul cât aceștia se află un proces de evaluare și/sau tratament. În acest sens, eliberarea adeverințelor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale se realizează potrivit pct. 9.89. *”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. 276. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

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

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

Art. 277. – Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii are ca principale scopuri:

a) Asigurarea condiției 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. 278. – (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 locțiitorului comandantului – director medical se va întocmi la nivelul S.C.U.M. Craiova o listă a organizațiilor care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului. Aceasta se întocmește pe județe (Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt) și 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 S.C.U.M. ”Dr. Ștefan Odobleja” Craiova și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul acoperit de acesta*”, analiză care se constituie ca anexă la Planul strategic de dezvoltare al spitalului;

ii. Se postează pe pagina de internet a spitalului (adresă web: <http://www.spital@smucraiova.ro/documente/domiciliu.pdf>) pentru a asigura informații relevante pentru pacienți și asigurați, astfel încât să se realizeze implicit dezideratul de continuitate a procesului de îngrijire ca și componentă a recuperării active a pacientului, mobiliării precoce și promovarea unui stil de viață sănătos.

b) Prin grija personalului Biroului managementul calității serviciilor medicale, 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 să ia act de existența acestor informații. Ulterior, la externarea din spital a pacienților, personalul medico-sanitar are obligația de a informa pe aceștia, raportat la patologiele 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 S.C.U.M. Craiova, medicii curanți ai acestora au obligația de a identifica pe internet și a pune la dispoziție pacienților variante de organizații care asigură servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în zona de domiciliu a pacienților.

e) În situația existenței la nivelul S.C.U.M. Craiova a unor contracte/protocoale de colaborare în vigoare cu organizații care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului, despre existența acestora – prin grija directorului medical – se va aduce la cunoștința personalului medico-sanitar din cadrul S.C.U.M. Craiova, acesta având obligația de a aplica, atunci când situația o impune, prevederile respectivelor contracte/protocoale de colaborare.

Art. 279. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Numărul organizațiilor identificate care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului și care fac obiectul informării pacienților care se externează din S.C.U.M. Craiova.

b) Numărul de contracte/protocoale de colaborare în vigoare cu organizații care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului.

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

Art. 280. – Reglementarea procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare are ca principale scopuri:

a) Stabilește datele medicale necesare să fie culese, consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării

b) Înregistrarea corectă, completă, în timp real a datelor medicale.

c) Evitarea redundanțelor.

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

- o apariția diferențelor între datele înregistrate și cele reale.

Art. 281. – 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 S.C.U.M. Craiova 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 S.C.U.M. Craiova 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 C.P.U., 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 08.00 – 13.00 F.O.C.G. se întocmește la nivelul Biroului internări din S.E.S.M., Pneumologie și Boli Infecțioase prin completarea în format electronic a S.M.D.P., respectiv:

- Codul de identificare a cazului internat.
- Codul de identificare a spitalului
- Codul de identificare a secției
- Numărul foii de observație clinică generală
- Codul de identificare a pacientului - CID
- Codul situației speciale (suspiciune de accident de muncă, suspiciune de boală profesională, accident rutier, vătămare corporală)

- Structura prin care se realizează internarea pacientului
- Sexul
- Data nașterii
- Județul de domiciliu al pacientului
- Localitatea de domiciliu al pacientului
- Cetățenia
- Ocupația
- Nivelul de instruire
- Statut asigurat
- Tipul asigurării de sănătate
- Nr. card european
- Nr. pașaport
- Nr. card național
- Casa de asigurări de sănătate
- Tipul internării
- Serie bilet internare
- Număr bilet internare
- Criteriul de internare
- Data internării
- Ora internării
- Diagnosticul de trimitere

e) Documentele medicale completate cu informațiile menționate sus-menționate se listează și însoțesc pacientul pe secția unde acesta se internează.

f) Ulterior toate informațiile din F.O.C.G. se completează în **format scris** pe suport hârtie, respectiv:

- În situația internării pacientului în afara orelor de program, diagnosticul la internare este cel al medicului din linia de gardă aferentă fiecărei secții și este semnat și parafat; el se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- Diagnosticul la externare se completează și se codifică de către medicul curant în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
- În caz de transfer intraspitalicesc se va stabili pentru o F.O.C.G. un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celelalte diagnostice vor fi trecute, dacă este cazul, la diagnostice secundare și complicații.
- Anamneza și istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea. Se consemnează de medicul curant.
- Investigațiile și procedurile efectuate pe perioada spitalizării (explorări funcționale, investigații radiologice, intervenții chirurgicale) se vor înregistra codificat, specificându-se și numărul acestora, la nivelul serviciilor de profil.
Procedurile medicale se codifică conform Listei tabelare a procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, varianta australiană, CIM-10-AM v.3.
Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.
Explorări funcționale și investigații radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații
În situația că există posibilitatea tehnică necesară, de la caz la caz, rezultatele investigațiilor de laborator/paraclinice și buletinele de analiză/examinare transmise de către serviciile paraclinice în format electronic, se printează și se introduc în F.O.C.G./F.S.Z/Fișa C.P.U..
Pe aceste rezultate/buletine de analize se va înscrie numărul documentului medical de internare a pacientului numai pentru situația că acesta nu este înscris în format electronic.
- Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant.

- Evoluția și tratamentul prescris se consemnează zilnic de medicul curant. Efectuarea tratamentului se consemnează de asistentul de tură.
- Tabelul “Transferuri” din F.O.C.G. se completează de către asistentele șefe de secție în momentul venirii și plecării pacientului dintr-o secție în alta – secția menționând data și ora. Medicul curant verifică informațiile și validează prin semnătură și parafă corectitudinea datelor înscrise de asistente. Medicul curant poartă întreaga responsabilitate privind corectitudinea datelor înregistrate în F.O.C.G.
- Orice incident care apare în legătură cu actul medical pe parcursul spitalizării se consemnează în F.O.C.G. și se anunță medicul șef de secție.
 - g) Planul de îngrijiri, în format hârtie, se completează pe toată durata internării pacientului de către toți asistenții medicali care acordă îngrijiri respectivului pacient.
 - h) Asistentul medical șef de secție verifică, prin sondaj, corectitudinea și completitudinea datelor înscrise în planul de îngrijiri/pacient. Planul de îngrijiri se anexează la F.O.C.G.
 - i) Documentele medicale de externare (epicriză, bilet de externare, scrisoare medicală, certificat medical, certificat constatator al morții, după caz), se întocmesc în format electronic de medicul curant din secția de profil. Acestea se verifică și validează prin semnătură de medicul șef de secție sau persoana desemnată de către acesta.
 - j) Medicul șef de secție sau persoana desemnată de către acesta are obligația de a verifica toate F.O.C.G. - urile pacienților internați în secție, cel puțin la internarea și externarea acestora.
 - k) La nivelul S.C.U.M. Craiova, anual, de regulă în luna aprilie, directorul medical prezintă Consiliului medical analiza completării corecte și complete a datelor din documentele medicale în baza rapoartelor informative ale șefilor de secție sau a persoanelor desemnate cu verificarea F.O.C.G. cel puțin la internare și externare. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.
 - l) La nivelul S.C.U.M. Craiova, semestrial, de regulă în luna martie și septembrie, șeful B.M.C.S.M. prezintă Consiliului medical informări privind corectitudinea completării prin sondaj a documentelor medicale (F.O.C.G., bilet de externare, trimitere etc).

Art. 282. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare sunt următorii:

- a) Procent F.O.C.G. completate conform cerințelor legale din total nr F.O.C.G. analizate.
- b) Procent F.S.Z. completate conform cerințelor legale din total nr F.S.Z. analizate.
- c) Procent situații de redundanțe apărute în procesul de colectare și înregistrare date din total nr F.O.C.G./ F.S.Z. analizate
- d) Procent Plan îngrijire adult anexa la F.O.C.G./F.S.Z. completat conform reglementărilor interne din totalul Planurilor îngrijire adult anexe la F.O.C.G./F.S.Z. analizate.

9.56. Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat

Art. 283. – 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 al activităților de asistență medicală.
- 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. 284. –Etapele procesului de obținere a consimțământului informat presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul S.C.U.M. Craiova 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 unității sanitare;
- iii. regulile pe care trebuie să le respecte pe durata internării;
- iv. starea de sănătate;
- v. intervențiile medicale propuse;
- vi. riscurile potențiale ale fiecărei proceduri care urmează a fi aplicată;
- vii. alternativele existente la procedurile propuse;
- viii. date disponibile rezultate din cercetări științifice și activități de inovare tehnologică referitoare la diagnosticul și tratamentul afecțiunii pacientului;
- ix. consecințele neefectuării tratamentului și ale nerespectării recomandărilor medicale;
- x. diagnosticul stabilit și prognosticul afecțiunilor diagnosticate

b) Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, medic dentist, asistent medical/moașă, pacientului i se solicită acordul scris. Consimțământul pacientului informat este condiție obligatorie și pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul pacientului.

c) Medicii/asistenții medicali/infirmierele care urmează să realizeze actul medical vor obține acordul pacientului utilizând formularul *“Acordul Pacientului Informat”* cuprins în Anexa nr. 1 la O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI *Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*. Identitatea și statutul profesional al întregului personal medical implicat în efectuarea actului medical sunt precizate pacientului și menționate în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul”, cuprins în *“Tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul (numele și prenumele pacientului)”* poziționat la finalul formularului *“Acordul Pacientului Informat”*.

d) *“Acordul Pacientului Informat”* se va obține înainte de realizarea actului medical cu potențial de risc și necesită parcurgerea următoarelor etape:

i. Stabilirea competenței pacientului/reprezentantului legal pentru semnarea formularului *“Acordul Pacientului Informat”* presupune:

- În cazul pacientului minor, acordul scris se va obține de la părinte ori de la reprezentantul legal sau, în lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiată. Prin rudă cea mai apropiată în sensul prezentului alineat se 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/moașa nu poate comunica în mod eficient, din pricina condiției medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimțământului, acordul scris se poate obține de la soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului. Prin ruda cea mai apropiată se înțelege, în ordine, părintele, descendentul, rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv.
- Vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:
 - situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;
 - situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.

ii. Informarea pacientului presupune:

- În obținerea acordului scris al pacientului, medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașa sunt datori să prezinte pacientului informații la un nivel științific

rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia. Informațiile vor fi prezentate folosind un ton conversațional, de preferință în propoziții scurte, evitând construcții gramaticale complexe.

- Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului. Mai mult, acordul pacientului informat trebuie să conțină, descrierea, pe scurt, a informațiilor ce i-au fost furnizate de către medic, medicul dentist, asistentul medical/moașă. În mod obligatoriu, în consimțământul informat se va menționa riscul infecțios asociat manevrelor invazive.
- Informațiile despre actul medical precizate la lit. a) vor fi furnizate pacientului de către personalul medical care are competența să îl realizeze.
- În cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare

iii. Clarificarea informațiilor furnizate presupune:

- Se vor oferi răspunsuri la întrebările pacientului/reprezentantului legal în legătură cu informațiile furnizate
- Se vor oferi toate informațiile suplimentare solicitate de către pacient/reprezentant legal

iv. Obținerea acordului pacientului presupune respectarea de către personalul medico-sanitar a următoarelor reguli:

- După furnizarea informațiilor, clarificarea solicitărilor suplimentare și acordarea timpului de gândire necesar luării deciziei informate pacientul/reprezentantul legal va fi rugat să-și exprime acordul și să semneze formularul “*Acordul Pacientului Informat*”.
- Pacientului major și cu discernământ care nu poate semna din pricina unei infirmități i se va solicita exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul, asistentul medical/moașă urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat. Pacientului major și cu discernământ care nu știe carte sau nu vede i se va citi cu voce tare textul acordului, va fi întrebat dacă acesta reprezintă voința sa, medicul/asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat.
- În situația în care intervențiile medicale sunt refuzate de către pacienți se vor aplica prevederile pct. 9.57 “*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/moașă 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/moașă 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/moașă, după examenul anamnestic și clinic, înaintea începerii activităților medicale specifice diagnosticului și/sau tratamentului.

➤ După completare, formularul “*Acordul Pacientului Informat*” cu privire la investigațiile și tratamentele recomandate se introduce în F.O.C.G./F.S.Z. de către medicul curant și se arhivează împreună cu aceasta.

e) Fotografierea sau filmarea pacienților în spital de către personalul medical, precum și implicarea pacientului în procesul de învățământ medical se realizează potrivit prevederilor pct. 9.41. “*Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale*”.

f) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informațiile medicale prezentate i-ar cauza suferință, precum și dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său. În această situație se aplică prevederile pct. 9.40. “*Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate*” din prezentul Regulament.

Art. 285.- 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 S.C.U.M. Craiova*”, 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 S.C.U.M. Craiova 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. 286. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea continuității sunt următorii:

a) Număr F.O.C.G. fără “*Acordul Pacientului Informat*”, auditate în cadrul auditului clinic intern, per număr total de foi de observație clinică generale auditate;

b) Număr personal medical instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat per număr total de personal medical;

c) Număr personal medical evaluat cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat per număr total de personal medical.

d) Număr de reclamații care au ca obiect obținerea consimțământului informat al pacientului, în ultimul an calendaristic, raportat la număr de pacienți externați din spital.

9.57. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente

Art. 287. – 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:
 - o agravarea stării de sănătate a pacientului / deces.

Art. 288. – Etapele procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Medicul curant, medicul din C.P.U., medicul din Compartimentul A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, aduce la cunoștința pacientului, într-o modalitate cât mai accesibilă, toate informațiile legate de tratament, proceduri și medicație; acest lucru se realizează din prima zi de internare, în cel mai scurt timp posibil după internarea pacientului;

b) În urma aducerii la cunoștință a tuturor informațiilor legate de etapele pe care le presupune tratamentul individualizat al pacientului, acesta are posibilitatea să refuze anumite etape ale tratamentului sau tratamentul în integralitatea sa și să oprească orice intervenție medicală asupra sa;

c) Medicul curant, medicul din C.P.U., 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 din C.P.U., medicul din Compartimentul A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, va consemna în FOCCG/FSZ/Fișa C.P.U./documentele medicale refuzul motivat/nemotivat al pacientului legat de tratamentul propus.

f) Nu în ultimă instanță medicul curant, medicul din C.P.U., medicul din Compartimentul 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. 289. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente sunt următorii:

a) Număr de pacienți care declară pe formularul *”Acordul pacientului informat”* că au înțeles toate informațiile furnizate de către medic/asistentul medical (cuantificarea indicatorului se realizează cu ocazia verificării de către B.M.C.S.M. a modului de completare a documentelor medicale);

b) Număr de pacienți care refuză investigații/tratamente în ultimul an calendaristic și completează în acest sens formularul *”Acordul pacientului informat”*, din total pacienți internați în aceeași perioadă de referință.

9.58. Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului

Art. 290. – 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. 291. – Etapele procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” se întocmesc de către structura de resurse umane urmărindu-se în permanență respectarea următoarelor cerințe:

i. În mod obligatoriu chestionarul de evaluare a satisfacției angajaților va cuprinde întrebări despre percepția calității vieții profesionale a angajaților, îndeosebi în raport cu munca prestată, în contextul în care aceasta este determinată/influențată de următorii factori:

- Perspectivile 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 unității focusarea pe anumite problematici importante în care feed-back-ul din partea angajaților este relevant pentru luarea unor decizii.

c) Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” sunt distribuite de către structura de resurse umane – prin șefii de microstructuri - unui număr cât mai mare de angajați, semestrial, de regulă în prima decadă lunii iunie și a lunii decembrie. Distribuirea acestora se face în cadrul raportului de gardă cu participare largită a personalului spitalului, ocazie cu care se face și instructajul privind modul de completare și de colectare a acestora.

d) Până la sfârșitul lunii iunie și a lunii decembrie a fiecărui an calendaristic, formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” distribuite se vor completa și se vor introduce în cutia de colectare din fiecare secție / compartiment sau în cutia de colectare poziționată la baza scării de acces spre structura de resurse umane dispusă între etajul I și etajul II al pavilionului spitalului.

e) Centralizarea chestionarelor se va face prin grija personalului responsabil din secții și compartimente/șefilor locurilor de muncă, după caz, care vor asigura predarea acestora la structura de resurse umane cel târziu în ultima decadă lunii iunie și a lunii decembrie a fiecărui an calendaristic.

f) Analizarea, interpretarea și finalizarea setului de propuneri rezultate din evaluarea răspunsurilor angajaților din chestionare se va realiza la nivelul structurii de resurse umane, de regulă- cel târziu până la finele lunii iunie și a lunii decembrie a fiecărui an calendaristic, întocmind în acest sens „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*” care se va anexa la o notă raport care va cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind respectiva analiză.

g) Comandantul spitalului, în raport de concluziile și propunerile formulate în „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*”, poate decide ca respectiva analiză să fie prezentată în ședință a Consiliului medical sau/și a Comitetului director.

h) În mod obligatoriu, „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*” se pune de către structura de resurse umane la dispoziția reprezentanților angajaților care, în funcție de concluziile și propunerile formulate în respectiva analiză, vor înainta comandantului un proces-verbal de ședință în care vor formula propriile propuneri. La solicitarea reprezentanților angajaților, structura de resurse umane este obligată să pună la dispoziția acestora, în termen de maxim o zi lucrătoare de la formularea cererii, a formularelor de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” care au fost utilizate la redactarea „*Analizei chestionarelor de satisfacție a angajaților*”.

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

Art. 292. - 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) Număr de „*Chestionare de satisfacție a angajatului*” distribuite în fiecare semestru raportat la existentul de personal al spitalului.

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.

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.

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

Art. 293. - Reglementarea modului de determinare a gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități are ca principale scopuri:

a) Permite culegerea de date în scopul identificării problemelor de îngrijire/diagnosticilor de îngrijire actuale sau potențiale ale pacientului, adică determinarea statusului de sănătate al acestuia.

b) Asigură o evaluare și îngrijire personalizată a pacienților.

c) Asigură o repartizare corectă a personalului medical și a personalului de îngrijire în funcție de gradul mediu de dependență al pacienților de pe secții/compartimente.

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

○ necunoașterea statusului de sănătate al pacientului;

○ repartizarea personalului medico-sanitar fără a ține cont de nevoile pacientului;

○ producerea de EAAAM;

○ agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 294. – Etapele procesului de determinare a gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În prima zi de internare, asistentul medical de tură, care preia pacientul în îngrijire, notează în „*Planul de îngrijire al pacientului*”, gradul de dependență calculat prin însumarea scorurilor de dependență la internare pentru fiecare nevoie a pacientului, obținut în urma anamnezei primare. Scorul de dependență la internare se va calcula o singură dată. Scorul de dependență la internare va fi înregistrat și în „*Situația îngrijirilor la externare*”

b) Scorul de dependență din ultima zi de internare va constitui scorul de dependență la externare și este calculat de asistentul medical de salon aflat pe tură prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi de internare pentru fiecare nevoie a pacientului. Scorul de dependență la externare va fi înregistrat și în „*Situația îngrijirilor la externare*”.

c) Lunar asistentele șefe de pe fiecare secție vor determina gradul mediu de dependență al pacienților astfel:

○ vor centraliza pentru pacienții externați din secție/compartiment din „*Situația îngrijirilor la externare*” următoarele informații:

- numărul FOCC
- gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor total de dependență la internare
- gradul de dependență obținut prin însumarea scorului total de dependență la externare.

- Situația se centralizează, de către asistenții șef, în ultima zi a lunii și se întocmește formularul „Tabel grad mediu de dependență” la nivel de secție/compartiment pentru luna în curs, conform modelului din **Anexa nr. 15** la prezentul Regulament.
- Gradul mediu de dependență la internare, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la internare a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
- Gradul mediu de dependență la externare, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la externare a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
- Rezultatul acestor calcule reprezintă valoarea lunară a indicatorului „gradul mediu de dependență la internare”, respectiv ”gradul mediu de dependență la externare” pentru fiecare specialitate medicală.

d) Semestrial persoana/persoanele nominalizată/nominalizate prin OZU pentru a îndeplini prin cumul atribuțiile directorului de îngrijiri/asistent șef spital întocmește/întocmesc 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.

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

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

f) Corelația între cele trei categorii de îngrijire din tabelul de mai sus și cele 14 nevoi de îngrijire utilizate în “Planul de îngrijire al pacientului” adoptat la nivelul spitalului, este următoarea:

○ ÎNGRIJIREA DE BAZĂ (îngrijiri uzuale, autonome și/sau delegate, acordate zilnic de către personalul sanitar mediu și auxiliar zilnic) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:

- Nevoia de a respira și a avea o bună circulație
- Nevoia de a se alimenta și hidrata
- Nevoia de a elimina
- Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură
- Nevoia de a dormi și a se odihni
- Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca
- Nevoia de a menține temperatura corpului în limite normale
- Nevoia de a fi curat, îngrijit și a proteja tegumentele și mucoasele

○ ÎNGRIJIREA TEHNICĂ (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în contextul unor intervenții delegate și sau sub supravegherea medicului) corespunde următoarelor nevoi fundamentale care se regăsesc și pentru îngrijirea de bază:

- Nevoia de a respira și a avea o bună circulație
- Nevoia de a se alimenta și hidrata
- Nevoia de a elimina

○ ÎNGRIJIREA ÎN RELAȚII EDUCATIONALE ȘI ÎNGRIJIRI SPECIALIZATE (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în cazul nevoilor fundamentale deficitare care au ca și punct comun comunicarea) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:

- Nevoia de a evita pericolele
- Nevoia de a comunica
- Nevoia de a practica religia
- Nevoia de a fi util (a fi preocupat în vederea realizării)
- Nevoia de a se recrea
- Nevoia de a învăța să-și gestioneze sănătatea

g) 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.

h) Delegarea de personal mediu și/sau auxiliar între compartimente/secții medicale se realizează cu respectarea prevederilor art. 297 lit. d) – m) (pct. 9.60.”*Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale*” din prezentul Regulament).

Art. 295. - 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 reclamații ale pacienților/apartinătorilor referitoare la insuficiența îngrijirilor efectuate datorate numărului redus de personal medical mediu și/sau auxiliar, în ultimul an calendaristic.

b) Număr de E.A.A.A.M. declarate în ultimul an calendaristic în care au fost menționate printre cauzele generatoare numărul insuficient de personal medical mediu și/sau auxiliar.

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

Art. 296. – 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:
 - o îngrijiri necorespunzătoare pe secții/compartimente;
 - o producerea de EAAAM.

Art. 297. – Etapele procesului de distribuire a personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Zilnic, în zilele lucrătoare, la nivelul compartimentelor/secțiilor medicale, în raport cu numărul de pacienți programați pentru internare, numărul de potențiali pacienți internați de urgență (calculat ca medie a internărilor zilnice în regim de urgență pe o perioadă de cel puțin 6 luni) și numărul de pacienți internați neprogramați, șefii/coordonatorii de compartimente medicale efectuează o analiză a necesarului de personal mediu pentru asigurarea de îngrijiri corespunzătoare atât pacienților internați cât și a celor programați pentru internare sau/și a celor care potențial se pot interna, în raport direct cu numărul de paturi neocupate din cadrul compartimentelor medicale.

b) În situația în care se constată sau se presupune că personalul mediu existent în cadrul compartimentelor medicale este insuficient, șefii/coordonatorii acestora raportează medicilor șefi de secții solicitând distribuirea de personal mediu din cadrul altor compartimente medicale ale aceleiași secții medicale.

c) În situația prevăzută la lit. b) medicul șef de secție analizează împreună cu șefii de compartimente medicale din subordine, precum și cu asistenta șefă, posibilitatea distribuirii de personal mediu din alt compartiment în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale ale acestuia.

d) În situația că există posibilitatea de distribuire a personalului mediu între compartimentele aceleiași secții, medicul șef de secție solicită în acest sens avizul directorului medical, prezentându-i acestuia spre avizare un proiect O.Z.U., acesta urmând să fie aprobat ulterior de către comandantul spitalului. După obținerea aprobării șeful de compartiment căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă din secție să asigure instruirea respectivului personal mediu, precizându-i cu această ocazie minim următoarele informații: atribuții funcționale, reguli de securitate și sănătate în muncă specifice și graficul de lucru.

e) Dacă nu există posibilitatea de redistribuire a personalului mediu între compartimentele aceleiași secții sau, în situația secțiilor necompartimentate, medicul șef de secție care are nevoie temporar de un surplus de personal mediu, informează în cel mai scurt timp posibil pe directorul medical despre necesitatea redistribuirii de personal mediu din altă secție medicală.

f) În situația prevăzută la lit. e) directorul medical analizează împreună cu medicii șefi de secții, precum și cu asistentele șefe, posibilitatea distribuirii de personal mediu din altă secție în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale ale acestuia.

g) În situația că există posibilitatea de distribuire a personalului mediu între secțiile spitalului, directorul medical solicită în acest sens aprobarea comandantului spitalului. După obținerea aprobării șeful de secție/compartiment căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă din secție să asigure instruirea respectivului

personal mediu, precizându-i cu această ocazie minim următoarele informații: atribuții funcționale, reguli de securitate și sănătate în muncă specifice și graficul de lucru.

h) De regulă, distribuirea de personal mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, se face între secții/compartimente cu profil asmănător (medicale/chirurgicale), ținând în mod obligatoriu cont de competențele profesionale ale respectivului personal.

i) La nivelul spitalului distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale se consemnează în mod obligatoriu în O.Z.U. prin grija medicilor șefi de secție.

j) Pentru personalul mediu care schimbă temporar locul de muncă șeful structurii de resurse umane întocmește în cel mai scurt timp posibil decizii de delegare conforme prevederilor legale incidente, pe care le supune aprobării comandantului spitalului.

k) Deciziile care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al personalului în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor se iau prin consultarea cu reprezentanții angajaților. În acest sens, reprezentanții salariaților se vor întruni de urgență într-o ședință la care vor invita și personalul care urmează să fie delegat. Cu această ocazie reprezentanții salariaților vor consulta personalul 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 o invitație. În caz contrar, reprezentanții salariaților iau act de argumentele salariaților și fac propuneri în consecință comandantului spitalului.

l) În situația delegării personalului sanitar mediu ca urmare a determinării gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități reprezentanții salariaților se vor întruni de urgență într-o ședință la care pot invita pe lângă personalul mediu care urmează să fie delegat și personalul care a realizat calculul gradului mediu de dependență a pacienților internați, pentru a-și justifica propunerile.

m) Avizul reprezentanților salariaților și cel al consilierului juridic pe proiectul deciziilor de delegare este prealabil și obligatoriu aprobării de către comandantul spitalului a deciziilor de delegare temporare sau definitive a personalului mediu între compartimente/secții medicale.

n) 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. 298. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de distribuire a personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale sunt următorii:

a) Numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la distribuirea între secții/compartimente de personal mediu, ținându-se cont de competențele profesionale din total distribuiri efectuate;

b) Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de personal mediu, în ultimul an calendaristic.

c) Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor referitoare la insuficiența îngrijirilor efectuate datorate numărului redus de personal mediu, în ultimul an calendaristic.

d) Număr de evenimente asociate asistenței medicale declarate în ultimul an calendaristic în care au fost menționate printre cauzele generatoare insuficiența de personal mediu în cadrul structurilor medicale.

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

Art. 299. – 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 eficiente și eficiente a C.P.U. și a secțiilor medicale în situații în care se constată că nivelul de competență și/sau dotare al acestora este insuficient pentru asigurarea asistenței medicale optime pentru pacient;

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

o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art. 300. – Etapele procesului de transfer interclinic pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, compartimentul juridic din cadrul S.C.U.M. Craiova încheie un acord de colaborare sau un act adițional la acordul de colaborare existent cu Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoloalelor de transfer interclinic al pacientului critic*. Obiectul respectivului acord de colaborare îl constituie transferul interclinic¹¹ al pacienților. După caz, anual S.C.U.M. Craiova poate încheia acorduri de colaborare similare și cu alte spitale din arealul deservit, pornind de la premisa că acestea se pot regăsi în situația de a avea în anumite specialități medicale un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât S.C.U.M. Craiova sau că există patologii neacoperite de specialitățile medicale existente în cadrul spitalului.

b) Prin grija consilierului juridic, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui acord de colaborare, acestea se vor multiplica și distribui secțiilor medicale, Ambulatoriului integrat și C.P.U., personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin acord/acorduri.

c) În baza acordurilor de colaborare încheiate responsabilitatea de evaluare a pacienților și organizarea transferului interclinic al acestora revine:

i. În timpul programului normal de lucru: șefilor de secții /compartimente sau înlocuitorii legali ai acestora, pentru pacienții internați în acestea, respectiv pentru pacienții prezentați în urgență;

ii. În afara programului normal, medicii din liniile de gardă permanente în fiecare specialitate și medicul de gardă din C.P.U. Pentru secțiile în care nu este organizată linie de gardă permanentă responsabilitatea de evaluare prealabilă a pacienților și organizarea transferului interclinic revine medicului de gardă din C.P.U.

d) Înaintea efectuării transferului interclinic medicii responsabili nominalizați la lit. c) au obligația să evalueze pacientul și să îi asigure tratamentul necesar stabilizării în vederea transferului, evitând întârzierile nejustificate care pot influența negativ tratamentul definitiv în centrul de specialitate. Examinările și manevrele efectuate vor fi consemnate în fișa pacientului. Originalul sau o copie a acestei fișe însoțește pacientul la unitatea unde acesta este transferat.

e) Medicul responsabil cu evaluarea pacientului are obligația să îl informeze pe acesta sau pe aparținătorii acestuia asupra riscurilor și a posibilelor beneficii ale transferului, consemnând această informare. Acceptul pacientului sau al aparținătorilor se obține, dacă este posibil, înaintea începerii transferului, fără ca aceasta să ducă la întârzieri ce ar fi în detrimentul pacientului. În cazul în care acceptul pacientului sau al aparținătorilor nu poate fi obținut, acest lucru este documentat și motivele sunt explicate în fișa pacientului.

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,

¹¹ 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

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 (CT, RX, angiografii etc.), precum și alte teste vor fi trimise cu documentația medicală a pacientului.

i) În vederea organizării transferului interclinic medicului responsabil îi revin următoarele reponsabilități:

- i. identifică pacientul cu indicație pentru transfer;
- ii. inițiază procesul de transfer, prin contactul direct cu medicul din unitatea primitoare;
- iii. asigură stabilizarea maximă posibilă a pacientului, în limita posibilităților existente în cadrul S.C.U.M. Craiova;
- iv. determină modalitatea de transfer, prin consultare cu serviciul care efectuează transferul; transferul se poate face, după caz, în colaborare cu serviciile de ambulanță județene, serviciile mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) sau alte servicii de transport sanitar, abilitate prin lege, care dețin competențele necesare pentru efectuarea acestuia;
- v. evită întârzierile nejustificate din punct de vedere medical;
- vi. asigură păstrarea unui nivel adecvat și constant de îngrijire pe durata transferului, până la preluarea pacientului de către medicul din unitatea primitoare, prin indicarea la solicitarea transferului a competențelor echipajului și a nivelului de dotare necesară pentru realizarea în cele mai bune condiții a transferului;
- vii. transferă documentația și rezultatele investigațiilor pacientului către unitatea primitoare.

j) Înaintea efectuării transferului pacientul este reanimat și stabilizat în limita posibilităților, evitând întârzierile nejustificate, manevrele de stabilizare, atunci când există indicație, fiind cele prevăzute de pct. 3. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

k) Medicul care solicită transferul se asigură că pe timpul acestuia sunt asigurate condițiile prevăzute de pct. 4. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

l) Informațiile minime ce trebuie să însoțească pacientul sunt cele prevăzute de pct. 5. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

m) Fișa medicală de transfer intreclinic a pacientului critic, al cărui model se regăsește în Anexa nr. 3 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*, se completează de către medicul care a solicitat transferul și se trimite serviciului de urgență care urmează să efectueze transferul, precum și spitalul care urmează să primească pacientul la numere de fax prestabilite și /sau adresă de e-mail prestabilă 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) Pentru transferul interclinic al pacienților către alte unități sanitare se poate utiliza și ambulanța din cadrul Serviciului medical militar de urgență, cu următoarele precizări:

- i. pacientul va fi însoțit de un cadru medical (medic, asistent) din C.P.U.;
- ii. pentru cazul transferului cu ambulanta S.M.M.U., C.P.U. asigură continuitatea serviciului prin solicitare de la domiciliu de personal suplimentar. Decizia solicitării de personal suplimentar precum și nominalizarea persoanelor revine medicului coordonator din C.P.U. și medicului de gardă din tură.

o) Materialele sanitare și medicamentele necesare pe durata transferului pacientului, inclusiv produsele sanguine, dacă este cazul, sunt asigurate, pentru toata durata transferului, de către S.C.U.M. Craiova – 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.

p) În cazul pacienților considerați netransportabili din cauza stării lor clinice, dar al căror transfer către o altă unitate sanitară reprezintă unica șansă de salvare a vieții lor, decizia asupra efectuării transferului se ia de către medicii din spitalul în care se află pacientul la momentul respectiv, de comun acord cu medicii din spitalul la care urmează a fi trimis pacientul și cu serviciul care urmează să efectueze transferul. În aceste situații, medicul sau medicii care decid transferul în beneficiul pacientului explică situația și riscurile acestui transfer familiei, care își va da acordul. În lipsa familiei, aceasta va fi reprezentată de medicii din S.C.U.M. Craiova.

q) În cadrul S.C.U.M. Craiova se asigură accesul personalului medical la un fax funcțional 24 de ore din 24, 7 zile din 7, existent în C.P.U. sau/și la ofițerul de serviciu din tura operativă. Coordonatorul C.P.U. și șeful turei operative au obligația de a asigura în locul de dispunere a faxului/faxurilor numere de contact actualizate a tuturor potențialelor spitale/servicii care pot fi implicate în transferul interclinic al pacienților critici.

r) De asemenea, prin grija coordonatorului C.P.U., la nivelul C.P.U. există evidența actualizată permanent a numărului și locației unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile în arealul deservit de către S.C.U.M. Craiova.

Art. 301. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Număr de acorduri de colaborare sau acte adiționale la acorduri de colaborare încheiate în ultimul an calendaristic, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*;

b) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic în raport cu numărul de pacienți externați din fiecare seție medicală a spitalului.

c) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic din C.P.U. în raport cu numărul de pacienți prezentați în C.P.U.

d) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic pentru care au fost întocmite Fișe medicale de transfer intreclinic a pacientului critic în raport cu numărul de pacienți transferați interclinic.

9.62. Colaborarea dintre C.P.U. și serviciile de urgență prespitalicești

Art. 302. –Reglementarea procesului de colaborare dintre C.P.U. și serviciile de urgență prespitalicești are ca principale scopuri:

a) Eficientizarea procesului de îngrijire a pacientului în situații de urgență;

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

o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art. 303. – S.C.U.M. Craiova colaborează cu următoarele categorii de servicii de urgență prespitalicești:

a) Serviciul Mobil de Urgențe, Reanimare și Descarcerare¹² - 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 Dolj¹³ – asigură, după caz, asistență medicală de urgență prespitalicească, consultații medicale de urgență, și transport sanitar neasistat.

c) Ambulanțe private – asigură la cerere transport sanitar asistat și neasistat.

¹² În continuare: „S.M.U.R.D.”

¹³ În continuare : „S.A.J.” Dolj.

Art. 304. – Etapele procesului de colaborare dintre C.P.U. și serviciile de urgență prespitalicești presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Transferul interclinic al pacientului critic se realizează de regulă potrivit prevederilor pct. 9.61. *“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. Dolj pot transporta pacienți critici către C.P.U. al S.C.U.M. Craiova la cererea pacientului sau în lipsa acesteia, în ambele situații decizia aparținând medicului de pe ambulanță care apreciază că în cadrul S.C.U.M. Craiova există nivelul de competență și/sau dotare necesar acordării asistenței medicale de specialitate în raport cu patologia prezentată de către respectivii pacienți.

b) Anual, compartimentul juridic din cadrul S.C.U.M. Craiova încheie un contract de colaborare sau un act adițional la contractul de colaborare existent cu S.A.J. Dolj, 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 refecere de stoc;
- iv. Transportul personalului medical și a altui personal;
- v. Externări asistate în jud. Dolj și în alte județe, cu excepția situațiilor prevăzute în contractul cadru;
- vi. Alte servicii medicale de urgență și transport sanitar nedecontate de casa de asigurări, furnizate la cererea unității sanitare, sau după caz, a pacientului, situație în care costurile sunt suportate de acesta din urmă.

c) Prin grija consilierului juridic, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui contract de colaborare, acestea vor fi multiplicat și distribuite secțiilor, Ambulatoriului integrat și C.P.U., personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin respectivul contract.

d) Pentru pacienții care sunt transportați de serviciile de urgență prespitalicească în cadrul S.C.U.M. Craiova, respectivele servicii vor preda pacienții (cod „Galben”, cod „Verde”, cod „Albastru”), după caz, asistentului medical de triaj sau unui medic de gardă din cadrul C.P.U. La predarea respectivilor pacienți se va preda și o fișă medicală a acestora, completată de șeful echipajului de urgență prespitalicească și semnată de acesta.

e) Personalul C.P.U. are obligația să preia pacienții transportați de serviciile de urgență prespitalicească în cel mai scurt timp posibil, eliberând echipajul respectiv în cel mult 15 minute de la sosirea în C.P.U.

f) Medicii din C.P.U., precum și medicii de gardă din spital nu au dreptul de a reține echipajele serviciilor de urgență prespitalicești, cu excepția cazului în care se constată că pacientul adus de acestea se află în stare critică iar resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile, necesitând transfer imediat către o altă unitate sanitară, situație în care se va obține acordul dispeceratului medical care coordonează echipajul respectiv.

g) Echipajele care transportă pacienți aflați în stare critică au obligația să anunțe sosirea lor din timp, cu cel puțin 10 minute înaintea sosirii, și să aducă la cunoștința personalului din C.P.U., direct ori prin intermediul dispeceratului, datele clinice despre starea pacientului și tratamentul aplicat acestuia până la momentul respectiv.

h) Personalul C.P.U. are obligația, pe baza informațiilor primite de la echipajele de urgență prespitalicească, de a pregăti în prealabil camera de reanimare și de a anunța, după caz și în conformitate cu protocoalele unității, specialitățile care trebuie să fie prezente în mod obligatoriu la sosirea cazului.

i) Funcție de cazuistică, personalul din C.P.U. va informa și personalul Laboratorului clinic de radiologie și imagistică în vederea pregătirii prealabile, în cazul în care se anticipează necesitatea unei examinări CT. Totodată, va fi informat și blocul operator, în cazul în care se anticipează necesitatea unei intervenții de urgență în scurt timp.

j) În cazul unor disfuncționalități sau în cazul în care echipajele de urgență prespitalicească nu respectă competențele sau protocoalele/acordurile existente, medicul-șef al C.P.U. are obligația de a informa în scris conducerea serviciului de ambulanță sau, după caz, medicul-șef al SMURD despre problemele respective.

k) La solicitarea echipajelor de urgență prespitalicească, C.P.U. poate trimite personal medical de specialitate, echipamente, medicamente și materiale sanitare în sprijinul acestora,

folosind, după caz, mijloace de deplasare proprii ale spitalului sau mijloace de deplasare ale serviciului de ambulanță ori ale altor instituții care pot asigura sprijinul în acest sens, cu condiția de a se asigura permanența în C.P.U. propriu.

l) Structurile medicale din cadrul S.C.U.M. Craiova, 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 efectuării acestora și să aștepte confirmarea apelului din partea S.J.A. Timiș. În cazul în care transportul pacientului se face în alt județ, solicitarea se face cu minim 24 de ore înainte. Pentru servicii medicale de transport care urmează a fi decontate de către S.C.U.M. Craiova, în mod obligatoriu, anterior de contactarea acestora, se va cere aprobarea directorului medical și a comandantului spitalului.

m) Transportul sanitar asistat și neasistat al pacienților cu ambulanțe private spre/dinspre S.C.U.M. Craiova, 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. 305. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea continuității sunt următorii:

a) 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.

b) Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.

c) 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.

d) Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.

e) 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.

f) Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.

g) Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.

h) Număr pacienți transportați de SMURD la spital per total prezentări la UPU/CPU, pe ultimul an calendaristic încheiat.

i) Număr pacienți transportați de Ambulanțe private la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.

9.63. Preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă

Art. 306. – 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 admisie în Compartimentul A.T.I.;

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

o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului neadmis în Compartimentul A.T.I.

o acuzații de malpraxis în situația medicilor care nu aplică criteriile clinice de prioritizare

la admiterea pacienților în ATI.

- Etapele procesului de preluare/admisie a pacienților în Compartimentul A.T.I. a S.C.U.M. Craiova presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Prelucarea și internarea/admisia pacienților din secții non-A.T.I. în Compartimentul A.T.I. a S.C.U.M. Craiova se realizează în baza următoarelor criterii de 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: tamponada cardiacă sau obstrucție de căi respiratorii).

Prioritatea 4: Această categorie include pacienții care nu sunt în general admiși în terapie intensivă. Admisia acestora se face pe bază individuală, în circumstanțe deosebite. Acești pacienți sunt:

- pacienți care nu au un beneficiu anticipat din cauza riscului mic;
- pacienți cu boli terminale ireversibile în iminență de deces.

ii. Criterii de diagnostic:

A. Sistem cardiac:

- infarct miocardic acut cu complicații;
- șoc cardiogen;
- aritmii complexe necesitând monitorizare continuă și intervenție terapeutică imediată;
- insuficiență cardiacă acută cu insuficiență respiratorie și/sau necesitând suport hemodinamic;
- urgențele hipertensive;
- angina instabilă, în mod deosebit însoțită de aritmii, instabilitate hemodinamică sau durere toracică persistentă;
- pacienții resuscitați după oprire cardiacă și care necesita ulterior terapie intensivă;
- stări postoprire cardiacă;
- tamponada cardiacă sau constricție cu instabilitate hemodinamică;
- aneurisme disecante de aortă;
- bloc cardiac complet;
- hipovolemia de orice cauză care nu răspunde la repleția volemică de rutină, incluzând și sângerările postoperatorii, hemoragiile gastrointestinale, hemoragiile date de coagulopatii;
- necesitatea administrării continue de droguri vasoactive pentru menținerea tensiunii arteriale și/sau a debitului cardiac.

B. Sistem pulmonar:

- insuficiență respiratorie acută ce necesită suport ventilator cu intubație traheală sau ventilație noninvazivă;
- embolie pulmonară cu instabilitate hemodinamică;
- pacienții din terapie intermediară care prezintă deteriorarea funcției respiratorii (necesită oxigen pe mască > 50%);
- hemoptizie masivă;
- insuficiența respiratorie cu iminența de intubație (riscul de apariție a unei insuficiențe respiratorii care ar necesita intubație endotraheală și suport ventilator);
- pacienți intubați pentru protecția căilor respiratorii, chiar dacă nu au alte disfuncții de organ și nu necesită suport ventilator.

C. Tulburări neurologice:

- stroke acut cu alterarea stării de conștiență;
- coma: metabolică, toxică sau anoxică;
- hemoragie intracraniană cu potențial de herniere;
- hemoragie subarahnoidă acută;

- 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;

D. Ingestie de droguri și supradozare de droguri:

- instabilitate hemodinamică la pacienți cu ingestie de droguri;
- alterarea stării de conștiență cu protecție inadecvată a căilor respiratorii la pacienți cu ingestie de droguri;
- convulsii după ingestia de droguri.

E. Tulburări gastrointestinale:

- sângerari digestive amenințătoare de viață, inclusiv hipotensiune, angină, sângerare activă sau cu condiții de comorbiditate;
- insuficiență hepatică fulminantă;
- pancreatita acută severă;
- perforație esofagiană cu sau fără mediastinită.

F. Tulburări endocrine:

- cetoacidoză diabetică complicată cu instabilitate hemodinamică, alterarea stării de conștiență, insuficiență respiratorie sau acidoză severă;
- comă tiroidiană cu instabilitate hemodinamică;
- stare hiperosmolară cu comă și/sau instabilitate hemodinamică;
- crizele adrenale cu instabilitate hemodinamică;
- hipercalcemie severă cu alterarea stării de conștiență, necesitând monitorizare hemodinamică;
- hipo- sau hipernatremia cu convulsii și/sau alterarea stării de conștiență;
- hipo- sau hipermagneziemia cu aritmii sau afectare hemodinamică;
- hipo- sau hipercalemia cu disritmii sau afectare musculară;
- hipofosfatemia cu slăbiciune musculară.

G. Renal:

- necesitatea terapiei de epurare extrarenală - hemodializa, hemofiltrare, hemodiafiltrare în acut.

H. Chirurgicale:

- pacienți în postoperator care necesită monitorizare hemodinamică/suport ventilator sau îngrijire specială la nivel de terapie intensivă.

I. Diverse:

- 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 < 70 mmHg sau 20 mmHg sub TA obișnuită a pacientului;
- TA medie < 60 mmHg;
- PA diastolică > 130 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 Compartimentul A.T.I., cu acordul medicului de gardă A.T.I. și al șefului Compartimentului 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 Secției ATI sau înlocuitorului de drept, după caz, ori medicului de gardă și trebuie făcută explicit.

c) Vârsta, originea etnică, rasa, sexul, statutul social, preferințele sexuale sau starea financiară a pacienților nu trebuie să influențeze decizia de triaj.

d) Situațiile de conflict de opinii vor fi analizate de către Consiliul etic al S.C.U.M. Craiova.

Art. 307. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de preluare a pacienților în Compartimentul A.T.I. sunt următorii:

a) Număr de ședințe ale Consiliului etic al spitalului care au ca subiect conflictul de opinii în legătură cu criteriile de preluare a pacienților în Compartimentul A.T.I., în ultimul an calendaristic;

b) Număr de reclamații ale pacienților și /sau aparținătorilor ca urmare a agravării stării de sănătate/decesul unor pacienți care nu au fost admiși în Compartimentul A.T.I. prin aplicarea criteriilor clinice de prioritizare în ultimul an calendaristic;

c) Număr de situații de malpraxis în situația medicilor care nu aplică criteriile clinice de prioritizare la admiterea pacienților în Compartimentul A.T.I., ;

d) Număr de evenimente în mass-media care s-au concretizat în deficit de imagine a S.C.U.M. Craiova determinate de reclamații ale pacienților și /sau aparținătorilor ca urmare a agravării stării de sănătate/decesul unor pacienți care nu au fost admiși în Compartimentul A.T.I. prin aplicarea criteriilor clinice de prioritizare în ultimul an calendaristic.

9.64. Anestezia și asistarea respirației pacientului infecto-contagios, accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I.

Art. 308. – Reglementarea anesteziei și asistării respirației pacientului infecto-contagios precum accesul 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 multidroge rezistente sau cu afecțiuni cu contagiozitate crescută.

b) Stabilește măsurile de prevenire a contaminării infecțioase a pacienților cu imunitate compromisă ce necesită izolare.

c) Anestezia și asistarea respirației pacientului infecto-contagios se desfășoară în spațiul de izolare (salon aseptice) din cadrul compartimentului ATI sau în blocul operator prin asigurarea filtrelor, circuitelor anestezice (tubulaturi) și mașinilor de ventilație de unică folosință.

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

- o contaminarea mediului spitalicesc cu bacterii multidroge rezistente
- o producerea de I.A.A.M;
- o agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art. 309. – 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 destină în mod obligatoriu, prin grija medicului șef de secție, o rezervă pentru următoarele cazuri/situații care necesită izolare epidemiologică severă, astfel:

- i. pacienți susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidroge rezistente;
- ii. pacienți cu boli infecțioase cu contagiozitate ridicată;
- iii. pacienți în stare critică cu infecții parazitare cu contagiozitate mare (scabie, pediculoză etc);
- iv. pacienți cu imunitate compromisă.

b) Prin grija medicului șef al Compartimentului A.T.I. și a responsabililor din cadrul structurii Administrative a S.C.U.M. Craiova, în cadrul încăperii dedicate pentru care necesită izolare epidemiologică severă, se asigură următoarea infrastructură:

- i. grup sanitar propriu (toaletă, chiuvetă și duș) cu dotări pentru pacienți cu dizabilități și sistem de alarmare;
- ii. uși care să permită accesul cu targa și fără praguri;
- iii. sistem de alarmare la nivelul patului;
- iv. sistem de semnalizare vizuală a încăperii destinate izolării;
- v. sistem de igienizare a mâinilor la intrarea (pe exterior) și ieșirea din salon (în interiorul salonului);
- vi. în situația că respectiva rezervă este cu un singur pat se asigură program adaptat și afișat de vizitare a pacientului de către personalul medical;
- vii. program de igienizare a salonului afișat și adaptat condițiilor de izolare.

c) Personalul medico-sanitar care asigură asistență medicală/îngrijirea pacientului care necesită izolare epidemiologică severă ce este internat în respectiva rezervă, are obligația de a lua următoarele măsuri de protecție:

- i. Dezinfecția mâinilor se realizează cu soluția dezinfectantă, timp de 30 de secunde/până la uscare, înainte de intrarea în rezervă, după acordarea de îngrijirilor precum și înaintea ieșirii din rezervă.

- ii. Ca echipament de protecție se va utiliza: suprabluză (halat textil sau impermeabil)- pentru îngrijiri cu risc de contaminare, mănuși (curate, nesterile), mască (în cazul portajului orofaringian), capelină, ochelari de protecție. În mod obligatoriu echipamentul de protecție menționat se îmbracă înainte de intrarea în salon și, după utilizare, echipamentul se va colecta în recipientul pentru deșeurilor contaminate situat în interiorul rezervei, în imediata proximitate a ieșirii din respectiva rezervă.
- iii. Materialul medico - chirurgical va fi pe cât posibil de unică folosință, iar în cazul utilizării la mai mulți pacienți, acesta se va decontamina imediat după folosire (stetoscop, termometru etc).
- iv. Stocul de articole critice ale Unitatii de Transfuzie Sanguina (UTS) este asigurat, prin grija Coordonatorului UTS, un stoc pentru minimum o luna de articole critice UTS (seruri Test, grup ABO si RhD, cartele grup si compatibilitate pentru linia de micrometoda, cartele de determinare grup sanguin la patul pacientului, transfuzoare si alte consumabile proprii activitatii UTS).
- v. F.O.C.G. nu se va introduce în spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I.
- vi. Lichidele biologice (ex: urina) – nu se păstrează decât în caz de necesitate (teste biochimice), în borcane prevăzute cu capac, care se arunca la deseuri biologice imediat după analizarea probelor/golire;
- vii. Dezinfecția curentă se realizează conform programului de igienizare a rezervei afișat și adaptat condițiilor de izolare. Dezinfecția finală se realizează la eliberarea rezervei.
- viii. 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. 310. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a accesului și regimului vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I. sunt următorii:

a) Numărul de instruiri realizate în ultimul an calendaristic specifice procesului de acces, regimului vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I.

b) Numărul de I.A.A.M. înregistrate în 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.

c) Rezerva / salonul septic pentru cazurile care necesită izolare epidemiologică severă (pentru pacienți susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente, precum și pentru pacienții cu boli infecțioase cu contagiozitate ridicată, a pacienților în stare critică cu infecții parazitare cu contagiozitate mare (scabie, pediculoză etc) sau a pacienților cu imunitate compromisă) are asigurată infrastructura minim obligatorie prevăzută de prezenta reglementare în permanentă stare de funcționare.

9.65. Accesul în Compartimentul A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia

Art. 311. –Reglementarea accesului în Secția A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia are ca principale scopuri:

- a) Stabilește reguli de conduită pentru aparținători/vizitatori.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o producerea de I.A.A.M.
 - o agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art. 312. – Accesul în Secția A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Pentru a limita accesul în Secția A.T.I. a S.C.U.M. Craiova, ușile de acces în aceasta se prevăd cu sisteme de acces cu cartele prin grija serviciului Administrativ al spitalului.

b) Accesul vizitatorilor/apartinătorilor și a personalului medical din alte secții în Secția A.T.I. se face doar dinspre Secția chirurgie generală. În acest sens, ușa respectivă este prevăzută cu sonerie care să permită vizitatorilor să se anunțe înainte să primească autorizația să intre în Secția A.T.I.

c) În situația nefuncționării sistemului de acces cu cartele precum și a soneriei de la ușa de acces, personalul Secției A.T.I. are obligația de a solicita prin șeful Secției A.T.I. remedierea cât mai urgentă a defecțiunilor constatate.

d) În zona de acces a Secției A.T.I. este asigurat un filtru pentru echiparea vizitatorilor/apartinătorilor, inclusiv a personalului medical din alte secții. Funcționarea respectivului filtru și asigurarea acestuia cu echipament de protecție adecvat pentru vizitatori/apartinători, inclusiv pentru personalul medical din alte secții, este în responsabilitatea asistentului șef din Secția A.T.I.

e) Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în 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, înscrierea în registru doar a vizitatorilor/apartinătorilor inapți la triajul epidemiologic) care se află în cabinetul asistenței medicali din cadrul Compartimentului A.T.I.

f) Întreg personalul medical din Secția A.T.I. precum și din cadrul celorlalte secții medicale ale S.C.U.M. Craiova, are obligația de a efectua triajul epidemiologic zilnic, acesta fiind consemnat în registrele special destinate acestui scop care se completează de către asistentele șefe/înlocuitorii desemnați ai acestora. Șefii secțiilor medicale din cadrul S.C.U.M. Craiova răspund de efectuarea de către asistentele șefe de secție a triajului zilnic al personalului din subordine și declararea oricărei suspiciuni de boala transmisibilă către compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.

g) Vizitarea pacienților în Secția A.T.I. este permisă zilnic doar membrilor familiei, adulți, respectiv părinți, copii, surori/frăți, cu condiția ca vizita să se facă individual sau cel mult două persoane. Pe timpul vizitei/prezenței în Secția A.T.I. aparținătorii au obligația de a avea un comportament civilizată, să vorbească cu un ton scăzut și să respecte indicațiile personalului medico-sanitar din secție. Pe timpul vizitei este interzisă utilizarea telefoanelor mobile, acestea vor fi setate pe modul silențios.

h) Prin excepție de la prevederile literei g), în cazul pacienților în stare terminală, familia are dreptul de a vizita pacientul indiferent de oră, cu acordul medicului curant și a șefului de compartiment A.T.I., cu păstrarea conduitei menționată la litera g).

i) Durata vizitei pacienților în Compartimentul A.T.I. este de maxim 15 minute. La finalul intervalului orar de vizită asistenta șefă/înlocuitorul desemnat al acesteia și/sau asistentul medical de tură va anunța acest fapt vizitatorilor.

j) Programul de vizită al aparținătorilor pacienților internați în Secția A.T.I. se realizează de luni până vineri în intervalul orar 15.00 – 17.00, iar în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale programul de vizită se realizează între orele 10.00 – 12:00 și 15:00 – 17:00. Respectivul program orar este afișat atât pe ușa de acces în Secția A.T.I. cât și pe site-ul S.C.U.M. Craiova, prin grija asistentei șefe din Secția A.T.I. și a personalului din Biroul informatică.

k) În situații excepționale (epidemii, carantină) vizitarea pacienților internați în cadrul Secției A.T.I. va fi strict interzisă, aspect ce se va comunica în timp util pacienților internați în cadrul secției (pentru a exista posibilitatea de comunicare către aparținători) și prin afișare la intrarea în secție precum și pe site-ul spitalului.

l) În cadrul Secției A.T.I., cât și pe site-ul S.C.U.M. Craiova, este afișat un număr de telefon prin care se asigură informarea familiei de către medicul curant sau medicul de gardă despre starea și evoluția pacientului. Aparținătorii vor fi informați despre acest număr de telefon la internarea sau la transferul pacientului în secția respectivă, prin grija personalului medico-sanitar din Secția A.T.I. care realizează efectiv transferul.

Art. 313. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de admitere a accesului în Secția A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia sunt următorii:

a) Număr infecții asociate asistenței medicale raportate în ultimul an calendaristic datorate neefectuării triajului epidemiologic la intrarea de acces în Secția A.T.I.

b) Număr de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/apartinătorilor datorate nerespectării programului de vizite al Secției A.T.I. în ultimul an calendaristic.

9.66. Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română

Art. 314. – Reglementarea modalității de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de servicii medicale complete pacienților prin implicarea acestora în toate etapele de diagnostic, tratament și îngrijire;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o imposibilitatea/greutatea comunicării cu pacientul.
 - o reclamații ale pacienților cauzate de neacordarea unor servicii medicale specifice patologiei.

Art. 315. – Etapele procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul spitalului este întocmit de către coordonatorul Ambulatoriului integrat împreună cu șeful personalului 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 cunoaștere 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 atât ofițerului de serviciu cât și pentru fiecare dintre liniile de gardă existente în cadrul S.C.U.M. Craiova;

c) În timpul programului orar de dimineață, în situația în care se constată că un pacient internat sau prezentat în C.P.U. are nevoie de un translator, ofițerul de serviciu pe unitate sau medicul șef de gardă pe spital (anunțat de oricare dintre medicii din liniile de gardă), după caz (funcție de momentul din zi în care apare această necesitate) va lua legătura telefonică cu una dintre persoanele înscrise pe *”Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine”*, apelând la aceasta să se prezinte la structura medicală în care se află internat / prezentat pacientul.

d) În afara programului orar de dimineață din zilele lucrătoare, în situația în care se constată că un pacient internat sau prezentat în C.P.U. are nevoie de un translator, ofițerul de serviciu pe unitate sau medicul șef de gardă pe spital (anunțat de oricare dintre medicii din liniile de gardă) vor solicita aprobarea comandantului 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”* ofițerul de serviciu pe unitate sau medicul șef de gardă pe spital vor solicita prezentarea la spital a uneia dintre persoanele înscrise pe *”Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine”* luând în considerare următoarele criterii de prioritizare:

- i. Existența la programul orar a respectivei persoane;
- ii. Se va verifica dacă aceasta se află în garnizoană sau dacă beneficiază de concediu de odihnă, recuperare, permisiu, învoiri, etc;
- iii. Diagnosticul prezumtiv al pacientului, pentru a identifica specialitatea medicală căreia i se adresează patologia pacientului pentru care este necesar să se asigure translația;
- iv. Profesia / funcția pe care este încadrată persoana înscrisă pe *”Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine”*. Ordinea în care se va apela la serviciul de translator va fi: 1. Medic; 2. Asistent medical; 3. Alte profesii;
- v. Nivelul de cunoaștere al limbii străine în care este necesar să se facă translația, de către persoanele înscrise pe *”Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine”*.
- f) Prezentarea la program în afara timpului normal de lucru a persoanei solicitate în vederea efectuării de translație se va consemna, după caz, în documentele ofițerului de serviciu / al

liniei de gardă, urmând ca timpul lucrat peste program (la care se adaugă timpul necesar deplasării de la / la domiciliu la / de la spital) să fie recuperat ulterior de către respectiva persoană la solicitarea acesteia.

g) Personalul structurii de resurse umane are obligația de a actualiza permanent ”*Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine*” existent la ofițerul de serviciu și la fiecare dintre liniile de gardă, pe măsura completării dosarelor personale/memoriilor originale ale sariaților / cadrelor militare cu competențe care certifică dobândirea de competențe lingvistice, precum și în situația încadrării funcțiilor vacante de personal.

Art. 316. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română sunt următorii:

a) Număr de pacienți nevorbitori de limba română pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic, servicii de translație de către personalul propriu al S.C.U.M. Craiova înscris pe ”*Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine*”.

b) Număr de reclamații ale pacienților datorate acordării de servicii medicale specifice patologiei de care suferă aceștia cauzate de imposibilitatea transmiterii de către pacient a simptomatologiei acesteia, în ultimul an calendaristic.

9.67. Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice

Art. 317. – Reglementarea accesului și traficului personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice are ca principale scopuri:

a) Identifică principalele zone cu risc infecțios din cadrul S.C.U.M. Craiova și stabilește măsuri de supraveghere pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale (I.A.A.M);

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

o producerea de I.A.A.M.

o punerea în pericol a vieții pacienților.

Art. 318. – La nivelul S.C.U.M. Craiova în următoarele spații se execută manevre/intervenții invazive:

a) Blocul operator

b) Spațiile destinate pregătirii pacientului pentru C.T. (cu substanța de contrast)

c) Cabinetul de endoscopie

Art. 319. – (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 pct. 9.90. ”*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 strict interzis accesul în sălile de operații a personalului care nu face parte din echipa de intervenție, răspunzător de această chestiune fiind șefii fiecărei echipe de intervenție chirurgicală.**

d) Accesul și traficul personalului sanitar la nivelul blocului operator este detaliat în Regulamentul de organizare și funcționare al blocului operator existent la nivelul S.C.U.M. Craiova.

(2) Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile destinate pregătirii pacientului pentru C.T./R.M.N. pe perioada desfășurării activității specifice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În Laboratorul clinic de radiologie și imagistică medicală nu se delimitează zone supravegheate: toate spațiile imediat vecine zonei controlate¹⁴ 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 și tomografie se închid în timpul procedurilor și cu avertizarea luminoasă activă sau afișe de atenționare dispuse pe acestea, după caz.

c) În raport cu spațiile în care desfășoară activitatea în cadrul Laboratorului clinic radiologie și imagistică medicală, personalul medico-sanitar din cadrul acestuia va utiliza numai echipamentul individual de protecție autorizat conform prevederilor legale în vigoare, pentru care s-a emis autorizație de protecție radiologică de către Comisia Nationala pentru Controlul Activitatilor Nucleare. Echipamentul individual cu protecție cu plumb, care poate fi șorț, mănuși, guler de protecție pentru tiroidă, ochelari de protecție, etc., trebuie să respecte specificațiile tehnice ale producătorului și standardelor specifice.

d) Accesul personalului medico-sanitar în spațiul din cadrul Laboratorului clinic radiologie și imagistică medicală unde se pregătește pacientul pentru manevre invazive și în spațiul unde se desfășoară efectiv manevre invazive (administrare de substanță de contrast) se va face numai în ținuta de lucru: se recomandă în acest sens echipament de spital, mănuși, mască și în caz de anticipare de producere de stropi/picături/jeturi cu produse biologice potențial contaminate, se impune portul ochelarilor de protecție. **Accesul în încăperile unde se execută manevre invazive este strict interzis în ținuta de stradă!**

e) În încăperea unde se execută manevre invazive, 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, 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. 320. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Număr de I.A.A.M. raportate în ultimul an calendaristic pentru fiecare din spațiile în care se execută manevre invazive.

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.

¹⁴ 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.

9.68. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian

Art. 321. – 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. 322. – (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 nominalizată anual în O.Z.U. nr. 1 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. 323. - 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.

b) Număr de sesizări scrise a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariției unor germeni multirezistenți la antibiotice, în ultimul an calendaristic.

c) Număr de propuneri formulate de către Comisia medicamentului privind introducerea, după caz, a unui nou produs antibacterian, care au fost aprobate în ședințe ale Consiliului medical în ultimul an calendaristic.

d) 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.

9.69. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe

Art. 324. –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. 325. – (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, 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. 326. –Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Pentru identificarea prezenței sepsisului, medicii curanți din cadrul S.C.U.M. Craiova vor observa următoarele semne și simptome ale acestuia, care sunt adesea nespecifice:

- Febră, frisoane
- Confuzie
- Anxietate
- Deficiență de respirație
- Oboseală și indispoziție
- Grețuri și vărsături
- Simptomele tipice ale inflamației sistemice pot fi absente în sepsisul sever, mai ales la pacientul vârstnic

b) În acest sens, medicii curanți vor localiza semnele și simptomele referitoare la sistemele de organ, deoarece acestea pot furniza informații folositoare pentru etiologia sepsisului, după cum urmează:

- Infecții la nivelul capului și gâtului: durere de cap severă, rigiditatea gâtului, alterarea statusului mental, dureri de ureche, durere de gât, durere de sinus, linfadenopatie cervicală sau submandibulară.
- Infecții pulmonare și toracice: tuse (în special dacă este productivă), durere toracică pleuritică, dispnee, matitate la percuție, raluri localizate, orice evidențiază o condensare.
- Infecții gastrointestinale și abdominale: diaree, durere abdominală, distensie abdominală, sensibilitate spontană sau la palpare, sensibilitate la tușeul rectal sau umflături.
- Infecții pelvine sau genitourinare: durere pelvină sau în flanc, sensibilitate anexială sau mase la palpare, secreții vaginale sau uretrale, disurie, polakiurie.

○ Infecții ale oaselor și țesuturilor moi: durere localizată la nivelul membrelor, eritem focalizat, edem, articulații umflate, crepitații în infecțiile necrozante, efuziuni articulare.

○ Infecții ale pielii: peteșii, purpură, eritem, vezicule, ulcerații.

c) Medicii curanți din cadrul S.C.U.M. Craiova 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 șocului septic, medicii curanți din cadrul S.C.U.M. Craiova 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

○ Teste renale și hepatice: uree, creatinina, bilirubina, fosfataza alcalina, ALAT, ASAT, albumina, lipaza

○ Hemocultura

○ Examen de urina și urocultura

○ Culturi din secreții și țesuturi

○ Imagistica: Rx toracic, abdomen sau extremități; Ultrasonografie abdominală; CT abdominal sau cap; RMN

e) Managementul pacienților aflați în șoc septic presupune desfășurarea de către medicii curanți din cadrul S.C.U.M. Craiova a următorului algoritm:

i. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe se realizează la nivelul S.C.U.M. Craiova în echipă formată de medicul curant, împreună cu infecționist sau medic cu pregătire specială în antibioterapie, epidemiolog, medic specialist de medicină de laborator (microbiolog). Abordarea multidisciplinară se realizează îndeosebi pentru respectarea așa-numitelor „standarde de aur“ în alegerea antibioticului și în asocierea de antibiotice. Cerințele „standardului de aur“ în alegerea antibioticului de către echipa multidisciplinară sunt următoarele:

○ recoltarea probelor microbiologice se face înainte instituirii oricărei antibioterapii;

○ se administrează antibiotice numai când există argumente clinico-biologice evidente pentru prezența infecției bacteriene sau constituie o urgență pentru prognosticul pacientului;

○ se alege antibioticul în funcție de sensibilitatea cunoscută a florei microbiene incriminate, dar cu efectul cel mai redus asupra florei comensale;

○ efectul antibioticoterapiei se reevaluează după 24–72 de ore și se consemnează în foaia de observație; dirijarea antibioticoterapiei se face numai după antibiogramă;

○ posologia și ritmul de administrare se individualizează luând în considerare particularitățile cazului (vârsta, patologiile asociate – insuficiență renală, hepatică, aplazie medulară etc.);

○ decizia prelungirii antibioticoterapiei peste șapte-zece zile trebuie să fie argumentată clinic și biologic (în terapia prelungită, raportul beneficiu/risc este nefavorabil);

○ se preferă calea de administrare orală, dacă este posibil.

ii. La determinarea gradului de comă în care se află pacienții în șoc septic, medicul curant va utiliza metoda de calcul a scorului Glasgow (GCS):

Deschiderea ochilor:

- Spontan = 4
- La comanda verbala = 3
- La stimul dureros = 2
- Nu deschide = 1

Răspuns verbal:

- Orientat = 5

- Confuz = 4
- Cuvinte nepotrivite = 3
- Sunete incomprehensibile = 2
- Nu răspunde = 1

Răspuns motor:

- La comandă = 6
- Localizează stimulul dureros = 5
- Flexie necoordonată = 4
- Decorticare = 3
- Decerebrare = 2
- Areactiv = 1

Interpretarea GCS:

- GCS: 8 – coma gradul I
- GCS: 7-6 – coma gradul II
- GCS: 5-4 – coma gradul III
- GCS: 3 – coma gradul IV (depășită)

iii. Tratamentul inițial include suportul funcției respiratorii și suportul funcției circulatorii, suplimentare de oxigen, ventilație mecanică și infuzie de volum. Echipa multidisciplinară formată la solicitarea medicului curant va urmări atingerea în cadrul tratamentului pacienților cu șoc septic a următoarelor scopuri majore:

- Începerea antibioterapiei cât mai precoce posibil
- Resuscitarea pacientului cu măsuri suportive pentru corectarea hipoxiei, hipotensiunii și hipoperfuziei.
- Identificarea sursei infecției și tratarea cu terapie antimicrobiană, chirurgicală sau ambele (controlul sursei).
- Menținerea adecvată a funcției sistemelor de organ ghidată de monitorizarea cardiovasculară și întreruperea progresiei către MODS.

iv. Funcție de cazuistică, echipa multidisciplinară va propune medicului curant adoptarea următorului tratament medicamentos:

- Agoniști α și β adrenergici: norepinefrina, dopamina, dobutamina, epinefrina, vasopressina
- Cristaloide izotone: ser fiziologic, ringer lactat
- Volum expandermi: albumina
- Antibiotice: Piperacilina/Tazobactam, Imipenem/Cilastatin, Meropenem, Clindamicyna, Metronidazol, Ceftriaxona, Moxifloxacina, Levofloxacina, Cefepime, Vancomicina, Linezolid.
- Corticosteroizi: hidrocortizon hemisuccinat, dexametazonă.

v. Terapia antibiotică trebuie administrată intravenos, în prima oră după recunoașterea șocului septic și a sepsisului sever. Când sursa nu este cunoscută antibioticul trebuie să fie cu un spectru larg, să acopere germeni Gram pozitivi, Gram negativi și anaerobi. Trebuie luată în considerare posibila prezență a bacteriilor cu rezistență la antibiotice cum ar fi: *Staphilococcus aureus* meticilino rezistent (MRSA), specii de *Pseudomonas*, ESBL (organism Gram negativ cu activitate betalactamaza cu spectru extins).

vi. Antibioterapia empirică se aplică de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare conform ghidurilor atât în cazul infecției cu unul cât și cu mai mulți agenți patogeni în prima oră de la recunoașterea șocului septic sau a sepsisului. Agentul antibiotic trebuie să acopere spectrul microbial și să prezinte putere de penetrare la nivelul sursei septică. Reevaluarea antibioterapiei se face zilnic în cadrul echipei multidisciplinare, pentru o potențială descaladare. Durata este de 7-10 zile cu prelungirea perioadei la neutropenici și în prezența unui răspuns clinic redus. Se folosește procalcitonina sau alt risc-marker (CRP) pentru a ușura decizia de întrerupere a antibioterapiei, coroborat cu îmbunătățirea clinică și dispariția semnelor clinice de infecție. Combinațiile de antibiotice se recomandă în cazul infecțiilor cu microorganisme multirezistente (*Pseudomonas*, MRSA, ESBL), infecții severe asociate cu insuficiență respiratorie și șoc septic, șoc septic și

bacteriemie în pneumonii. După 3-5 zile se trece la monoterapie antibiotică după 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. Tratamentul chirurgical se adoptă de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare la pacienții cu infecții localizate care trebuie trimiși pentru tratament chirurgical definitiv, după resuscitarea inițială și administrarea de antibiotice. Amânarea procedurilor invazive, cel puțin 24h, poate fi posibilă dacă pacientul primește monitorizare clinică foarte strânsă și antibioterapie corespunzătoare. Când este posibil drenaj percutan al abceselor sau a altor colecții fluide, bine localizate, este de preferat drenajul chirurgical. Oricum orice abces profund sau suspiciune de fasciită necrozantă, trebuie drenate în blocul operator.

ix. Suportul respirator constă în suplimentare de oxigen la toți pacienții suspecți de sepsis. Intubația trebuie considerată precoce la toți pacienții cu: necesitate de oxigen, dispnee sau tahipnee, hipotermie persistentă, evidența unei proaste perfuzii tisulare.

x. Suportul circulator constă în perfuzarea a 30ml/kgc (102l) soluție cristaloïdă în 30-60 minute. Presiunea venoasă centrală (CVP) trebuie să fie cuprinsă în intervalul de 8-12 mm Hg. Dacă $CPV \geq 12$ mm Hg, sau apar semne de încărcare de volum (dispnee, 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). Când cantitatea de cristaloid pentru resuscitare este semnificativă, se indică administrarea de Albumina 4%.

xi. Corectarea anemiei și a coagulopatiei - dacă nivelul hemoglobinei este mai mic de 7g/dl este bine tolerat de pacient, transfuzia nu este necesară decât în cazul unei rezerve cardiace slabe și se evidențiază semne de ischemie miocardică. Targetul nivelului de hemoglobină este de minim 9-10g/dl. Trombocitopenia și coagulopatiei este specifică pacientului cu sepsis. Se administrează masa trombocitară sau PPC dacă apar semne de sângerare activă. Se administrează masa trombocitară la un nivel ≤ 20.000 trombocite/ml. În caz de intervenție chirurgicală, nivelul trombocitelor trebuie să fie $\geq 50 \times 10^9/l$. PCC este indicată doar în caz de sângerare activă. Agenți antitrombolizina III nu sunt indicați în șoc septic și sepsis sever.

xii. Controlul temperaturii prin scăderea febrei se poate face prin termoliză fizică – gheață, sau cu droguri: paracetamol, metamizol, AINS.

xiii. Suportul nutrițional și metabolic determină corectarea anomaliilor electrolitice ale: Na, K, Mg, Ca, 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 $\mu g/minut$ (nu este calculată pe greutatea pacientului). Administrarea se face printr-o venă centrală după montarea prealabilă a unui CVC. Se preferă Noradrenalina 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 $\mu g/kgc/minut$ până la 20

µg/kgc/minut. Low-doză nu este recomandată pentru protecția renală. Linia a II de vasopresor este Epinefrina care crește MAP la pacientul neresponsiv la alte vasopresoare, în principal datorită efectului inotrop potent pe cord. Ca efect advers este ischemia miocardică, splahnica, tahiaritmii și creșterea lactatului sistemic.

xv. În terapia inotropă Dobutamina este indicată dacă există evidența hipoperfuziei tisulare, după ce parametrii PVC, MAP și hematocrit sunt optimizați.

xvi. Pentru realizarea controlului glicemic se recomandă menținerea glicemiei < 180 mg/dl.

xvii. Profilaxia trombembolia venoasă profundă (DTV) se face cu heparină fracționată administrată subcutan.

xviii. Medicul curant este responsabil de monitorizarea antibioterapiei astfel:

- o 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.
- o Durata tratamentului – va fi stabilit în funcție de criteriul farmacologic și evoluția clinică a pacientului
- o Doza, ritm, cale de administrare – vor fi menționate în F.O.C.G. și vor fi stabilite în funcție de criteriul farmacologic
- o Stoparea terapiei- va fi stabilită de către medicul curant după consultarea cu echipa multidisciplinară.

Art. 327. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de abordare multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe sunt următorii:

- a) Procentul de pacienți decedați din totalul pacienților diagnosticați cu infecții severe în ultimul an calendaristic.
- b) Procentul pacienților la care s-au administrat antibiotice pe baza antibiogrammei, în ultimul an calendaristic.
- c) Ponderea infecțiilor asociate asistenței medicale în ultimul an calendaristic.

9.70. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal

Art. 328. – Reglementarea procesului de verificare a stării de portaj pentru personal la nivelul S.C.U.M. Craiova are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea procesului de supraveghere, prevenție și limitare a I.A.A.M. și a bolilor transmisibile până la nivelul fiecărei structuri;
- b) Prezintă măsuri de asigurare a procesului de supraveghere a stării de sănătate a angajaților până la nivelul fiecărei structuri și de prevenire și limitare a I.A.A.M.;
- c) Asigurarea stabilirii sursei de infecție și carantinarea purtătorilor față de colectivitatea cu risc în cazul focarelor epidemice cu transmitere aeriană.
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o apariția I.A.A.M.;
 - o apariția de boli profesionale.

Art. 329. – Etapele procesului de verificare a stării de portaj pentru personal presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Depistarea portajului la angajare a personalului din cadrul S.C.U.M. Craiova este în atribuția medicului de medicina muncii din cadrul spitalului și se desfășoară astfel:
 - i. Pentru personalul militar examenul medical la angajare constă în completarea dosarului medical conform Anexei nr. 1 la *Dispoziția Șefului Direcției Medicale Nr. A2377/10.03.2011 pentru aprobarea metodologiei de aplicare a Ordinului Ministrului Apărării nr. M113/14.11.2008 privind supravegherea stării de sănătate a personalului din Ministerul Apărării*¹⁵ și a fișei de examinare medicală tip Ministerul

¹⁵ Denumită în continuare în prezenta reglementare ca și "Dispoziția"

Apărării Naționale conform Anexei nr. 2 la *Dispoziție*. Conform prevederilor legale, în cadrul acestor examinări se verifică în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului:

- Ac anti HIV 1,2
 - VDRL
 - AgHBs
 - Ac anti HCV.
- ii. Pentru personalul civil 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*¹⁶. 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

b) Depistarea portajului la examenul medical periodic a personalului din cadrul S.C.U.M. Craiova este în atribuția medicului de medicina muncii din cadrul spitalului și se desfășoară astfel:

i. Pentru personalul militar examenul medical periodic constă în completarea dosarului medical conform Anexei nr. 1 la *Dispoziție* și a fișei de examinare medicală tip Ministerul Apărării Naționale conform Anexei nr. 2 la *Dispoziție*. Conform prevederilor legale în cadrul acestor examinări se verifică în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului:

- VDRL
- Ac anti HIV 1,2 (la recomandarea medicului internist/medicul de medicina muncii)
- AgHBs (la recomandarea medicului internist/medicul de medicina muncii)
- Ac anti HCV (la recomandarea medicului internist/medicul de medicina muncii).

ii. Pentru personalul civil examenul medical periodic se face în conformitate cu metodologia prevăzută în *HG nr. 335/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor cu modificările și completările ulterioare*. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului la următoarele categorii de personal:

- Pentru infirmiere se verifică:
 - Examen coproparazitologic anual
 - Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III
- Pentru angajații în blocul alimentar se verifică:
 - Examen coproparazitologic anual
 - Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III

¹⁶ Denumită în continuare HG 355/2007

- Pentru angajații din spălătorie se verifică:
 - Examen coproparazitologic anual
 - Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III
- c) Depistarea portajului pentru personalul militar la plecarea/înapoierea în/din misiune în afara teritoriului statului român este în atribuția medicului de medicina muncii din cadrul spitalului și constă în efectuarea examenelor medicale prevăzute în fișa medicală tip Ministerul Apărării Naționale conform modelului prevăzut în Anexa nr. 7 la *Dispoziție*. Conform prevederilor legale în cadrul acestor examinări se verifică în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului:
 - Ac anti HIV 1,2
 - VDRL
 - AgHBs
 - Ac anti HCV
- d) 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 deservește spitalul urmărește seroconversia pentru HIV și/sau VHB și/sau VHC la persoana expusă, pe baza testelor efectuate imediat după expunere și la 6 luni de la data expunerii în cadrul Laboratorului de analize medicale sau, în cazul în care este posibil în cadrul laboratorului propriu, prin determinarea viremiei HIV/VHC la 1 lună, cu respectarea confidențialității, conform legislației în vigoare. La nivelul S.C.U.M. Craiova medicul de medicina muncii asigură evidența cazurilor expuse accidental la produse biologice.

e) 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

f) 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/comandantului spitalului în vederea alocării de resurse financiare, după caz.

g) Prin grija coordonatorului C.P.I.A.A.M., la nivelul C.P.I.A.A.M. se realizează și se actualizează în permanență o evidență a purtătorilor sănătoși *Staphylococcus aureus*, pe secții și categorii profesionale.

h) Anual, de regulă în trimestrul IV, coordonatorul C.P.I.A.A.M. prezintă în Consiliul medical "*Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor*". Acesta va conține planul de acțiune, responsabilii, indicatorii și resursele necesare îndeplinirii acestuia, fiind aprobat în acest sens și de Comitetul director/comandantului spitalului. Printre acțiunile înscrise în respectivul program se vor prevedea în sarcina C.P.I.A.A.M. măsuri de recoltare probe sanitație mâini din fiecare sector de lucru al spitalului. Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat la nivelul S.C.U.M. Craiova, 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. 330. 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.
- b) Numărul de portaje apărute postexpunere accidentală la sânge și la alte produse biologice în ultimul an calendaristic, luate în evidență de către medicul de medicina muncii.

c) Numărul de portaje depistate în cazul izbucnirii unor focare epidemice în ultimul an calendaristic.

d) Număr de portaje evidențiate în urma evaluărilor periodice ale personalului angajat în sectorul alimentar cu privire la portajul de germeni patogeni, în ultimul an calendaristic.

e) Număr probe sanitație mâini, cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini, recoltate din fiecare sector de lucru, pe an.

9.71. Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic

Art. 331. –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:

o producerea de I.A.A.M.;

o producerea de E.A.A.A.M.

Art. 332. – (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 șef 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 S.C.U.M. Craiova, prin grija asistentelor șefe, respectiv prin grija personalului Biroului Informatică

- purtarea obligatorie a echipamentului de protecție de unică folosință de către vizitatori (halat, măști, botoșei), iar pentru personal echipamentul de protecție specific. Echipamentul de protecție se va ridica din zona de filtru care se găsește la intrarea în fiecare secție/compartiment;

- afișarea de către asistenta șefă la intrarea în spital și în fiecare secție/compartiment a regulilor care trebuie respectate de către pacienți/vizitatori/apartinători astfel cum au fost acestea stabilite în ședință a Consiliului medical, la propunerea 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 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 din linia de gardă a Compartimentului primiri urgențe. 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 șef din Compartimentul A.T.I. a unui triaj epidemiologic riguros al vizitatorilor la intrarea în Secția ATI, care se va consemna într-un registru special destinat acestui scop, în care se vor înscrie persoanele cărora li se interzice accesul în respectiva secție și motivul interzicerii accesului. Responsabilitatea verificării Registrului de triaj epidemiologic al aparținătorilor/vizitatorilor în Compartimentul A.T.I. revine personalului C.P.I.A.A.M.

(2) În situații cu risc epidemiologic C.P.I.A.A.M. instruieste medicii și asistentele șefe cu privire la regulile instituite, aprobate în ședință a Consiliului medical. Asistentele șefe au la rândul lor obligația de a instrui personalul din subordine, pe bază de proces verbal de instruire.

Art. 333. -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.

b) Amploarea măsurilor propuse de către C.P.I.A.A.M. în raport direct cu situațiile concrete cu risc epidemiologic sau episoadele epidemice existente la nivelul spitalului.

c) Numărul de angajați scoși temporar din colectivitate atunci când situația o impune, în situații cu risc epidemiologic sau la izbucnirea unor episoade epidemice.

d) Numărul de vizitatori/aparținători cărora li se interzice accesul în Compartimentul A.T.I. ca urmare a triajului epidemiologic efectuat.

e) Numărul de cazuri de îmbolnăviri produse în rândul personalului spitalului sau a pacienților ca urmare a lipsei/neluării de măsuri corespunzătoare situațiilor cu risc epidemiologic sau în urma izbucnirii unor episoade epidemice în cadrul spitalului.

9.72. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții

Art. 334. (1) Reglementarea modului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții are ca principale scopuri:

a) Monitorizarea managementului medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în spital;

b) Retragerea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate în vederea reintroducerii acestora în circuitul farmaciei;

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

o expirarea unor medicamente (inclusiv antibiotice);

o utilizarea de medicamente (inclusiv antibiotice) expirate.

(2) Un management corect al medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) presupune: aprovizionarea, depozitarea, prescrierea, eliberarea, administrarea în condiții de siguranță și recuperarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții. În urma acestei activități se respectă înregistrarea corectă a datelor necesare asigurării transabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) returnate.

Art. 335. – Etapele procesului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) neutilizate pe secții presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) medicamentele (inclusiv unitățile de antibiotice) neutilizate pe secții, ca urmare a transferării, decesului sau a unor alte situații decise de medicul prescriptor se returnează la solicitarea personalului acestora în farmacie, pe baza unei ”*Solicitări de returnare medicamente/materiale sanitare în Farmacie*” aprobat de directorul medical (prevăzut în **Anexa nr. 14 la prezentul Regulament**);

b) personalul farmaceutic verifică dacă medicamentul neutilizat și propus spre returnare respectă condițiile de calitate prevăzute în prospect, corespondența între denumirea produsului, data

de expirare a medicamentului eliberat și cel returnat și numai dacă produsul este conform este acceptat spre returnare.

c) Pentru o monitorizare corectă a antibioticelor, farmacistul șef efectuează următoarele activități:

- exprimă consumul de antibiotice pe secții și pe spital, cantitativ și valoric, precum și în DDD¹⁷;
- informează lunar, în cadrul Consiliului medical, medicii prescriptorii din structurile medicale și Laboratorul analize medicale cu privire la modificările disponibilității antibioticelor;
- informează lunar Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice și returul acestora, pe fiecare secție și compartiment;
- informează lunar Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice pe medic, sub forma raportului consum mediu din fiecare antibiotic/pacient;
- asigură existența antibioticelor/antifungicelor utilizate pentru executarea antibiogramelor/antifungigramei.

Art. 336. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții sunt următorii:

a) Numărul de procese-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) de pe secții în farmacie într-un an calendaristic;

b) Numărul de erori făcute în timpul înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor).

9.73. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate

Art. 337. – Reglementarea procesului de respectare a înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate are ca principale scopuri:

a) Monitorizarea managementului medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în spital;

b) Evitarea riscurilor privind erorile ce se pot face la managementul medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în spital (aprovizionare, recepție, depozitare, eliberare, administrare, returnare);

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

- existența în circuit a produselor care prezintă neconformități;
- erori la eliberarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) conform condiții de prescripții sau rețetei;
- erori la eliberarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în regim de urgență;
- erori/întârzieri la recuperarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) neutilizate pe secții.

Art. 338. – (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).

¹⁷ **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.

Comenzile se vor face numai la furnizorii cu care spitalul are încheiate contracte comerciale (conform legislației în vigoare și care îndeplinesc condițiile legale de funcționare), aspect verificat de către farmacistul șef.

În aplicarea reglementării, se desfășoară următoarele activități:

- urmărirea stocurilor în scopul optimizării aprovizionării (se realizează de către asistenții de farmacie);
- organizarea și programarea comenzilor pe furnizori, se realizează de către farmacistul șef;
- efectuarea comenzilor de aprovizionare de către farmacistul șef, semnate de farmacistul șef, șeful biroului achiziții și contractări¹⁸, directorul financiar-contabil și aprobate de comandant;
- controlul realizării comenzilor în timp util, se realizează de către farmacistul șef;

b) Depozitarea va fi organizată în cadrul farmaciei de către farmacistul șef. În acest sens, depozitarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) va respecta condițiile de depozitare impuse de producător (temperatură, grad de luminozitate, umiditate), însă pentru creșterea siguranței se va evita depozitarea în apropiere a medicamentelor cu etichete sau denumiri asemănătoare, în vederea prevenirii eliberării/administrării greșite și pentru facilitarea unei identificări corecte a medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice).

c) Prescrierea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) se realizează pe condicile de prescripții medicale electronice, parafate de medicii curanți.

d) Prescrierea antibioticelor cu regim special se face cu aprobarea directorului medical, pe baza unui raport care se atașează foilor de condică. Eliberarea condicilor se face de către farmacie, în urma închiderii documentului solicitat de secție; documentul apare roz pe fond negru, fără a vizualiza prețul și cantitatea eliberată; după eliberarea condicii cu medicamente (inclusiv a unităților de antibiotice) de către farmacie, apare prețul și cantitatea în momentul afișării documentului.

Modalități de eliberare:

- eliberarea nominală: plecând de la prescrierea medicală, medicamentele sunt pregătite individual, pentru fiecare pacient, notându-se numele acestuia și numărul foii de observație, pe o durată determinată (24-72 h), pentru antibioticele orale, existând riscul de a nu fi identificate corect;
- eliberarea globalizată: plecând de la un ansamblu de prescrieri pe condiții, suma medicamentelor necesare se eliberează globalizat, într-un singur ambalaj pentru antibioticele parenterale, ce pot fi identificate ușor;
- eliberarea scriptică: medicamentele (inclusiv antibioticele) sunt eliberate pe baza unei solicitări scrise făcute de secție, atunci când nu funcționează sistemul informatic de gestiune al farmaciei.

Ora eliberării antibioticelor din farmacie este consemnată în condicile de prescripții medicale și în foile de observații.

Secțiile au obligația de a trimite, în timp util, condicile de prescripții medicale în format electronic, pentru a asigura respectarea ritmului de administrare al antibioticelor din partea farmaciei și, de asemenea, după pregătirea condicilor electronice, au obligația de a ridica condica în maxim 15 minute după ce au fost anunțate, pentru a evita riscul neadministrării la timp a antibioticelor.

Protocol privind eliberarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor):

1. primirea condicii de prescripții medicale:

- verificarea antetului secției solicitante și a parafei medicului curant;
- 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;
- în cazul în care se efectuează o substituție, se cere acordul medicului prescriptor.

¹⁸ În continuare: „B.A.C.”

2. analiza terapiei medicamentoase prescrise presupune:
 - o identificarea claselor farmacologice din care fac parte antibioticele prescrise;
 - o verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
 - o evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;
 - o depistarea eventualelor erori de prescriere.

3. pregătirea medicamentelor pentru eliberare:
 - o medicamentele sunt aduse pe masa de eliberare din oficiu;
 - o se verifică integritatea ambalajelor și termenul de valabilitate pe durata utilizării;
 - o în cazul în care antibioticele nu se eliberează în ambalajul original, reambalarea acestora se face în ambalaje de bună calitate, pe care se inscripționează: foaia de observație, denumirea medicamentului, cantitatea eliberată, condiții speciale de păstrare.

4. finalizarea eliberării condițiilor de prescripții medicale:

- medicamentele sunt predate delegatului secției prescriptoare, care semnează de primire; un exemplar al condiției rămâne în farmacie, al doilea exemplar fiind returnat secției.

e) 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.

f) Returnarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în farmacie – se desfășoară conform prevederilor art. 335 din prezentul Regulament.

(2) La nivelul spitalului sunt definite și comunicate medicilor curanți antibioticele cu regim special și este stabilită „*Lista cu antibiotice pentru antibioprolaxie*”, în funcție de antibioticorezistența analizată.

(3) Responsabilitățile personalului spitalului care privesc asigurarea trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) sunt următoarele:

- medic șef secție/coordonator: verifică respectarea regulilor de bună practică, asigură instruirea periodică a personalului în privința administrării în siguranță a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) și returnarea celor neutilizate.

- medic prescriptor: indică în F.O.C.G. tratamentul specificând în clar: medicamentul, doza, concentrația, orarul de administrare.

- asistentul medical: scrie condica electronică, preia de la farmacie medicația, administrează medicația, aplică metodele de prevenire a erorilor de administrare și returnează antibioticele neutilizate.

- farmacistul șef: verifică respectarea regulilor de bună practică în farmacie și întocmește următoarele rapoarte/informări statistice pe care le prezintă în ședință de Consiliu medical pentru a fi cunoscute atât de către medicii din structurile medicale cât și de personalul Laboratorului analize medicale:

- o lista lunară cu privire la antibioticele disponibile;

- consumul de antibiotice și returnul acestora, pentru fiecare secție și compartiment;
 - consumul de antibiotice pe medic;
- asistenții de farmacie: depozitează, eliberează medicația, respectă regulile de bună practică.

Art. 339. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de respectare a înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate sunt următorii:

- a) Numărul de procese-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) de pe secții în farmacie într-un an calendaristic;
- b) Numărul de erori făcute în timpul înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor).

9.74. Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice

Art. 340. 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. 341. Studiile clinice trebuie să fie în concordanță cu principiile etice privind ”Declarația pentru drepturile omului”, cu regulile conform Hotărârii nr. 39 / 27.10.2006a Președintelui Consiliului Științific al Agenției Naționale a Medicamentului cuprinse în Ghidul privind buna practică în studiul clinic.

1. Studiul clinic trebuie să fie corect din punct de vedere științific și să fie descris într-un protocol clar și detaliat;
2. Studiul clinic trebuie să fie în conformitate cu protocolul aprobat de Comisia Națională de Etică;
3. Supravegherea medicală și deciziile medicale luate în numele subiecților trebuie să fie în responsabilitatea unui medic calificat;
4. Fiecare persoană implicată în desfășurarea unui studiu clinic trebuie să fie calificată prin studii, instruire și experiență pentru a putea îndeplini sarcinile respective;
5. Consimțământul exprimat în cunoștință de cauză trebuie să fie obținut în mod liberde la fiecare participant la studiul clinic;
6. Informațiile privind studiul clinic se păstrează de către medicul care efectuează studiul (investigator) astfel încât să fie asigurată exactitatea raportării, interpretării și verificării lui;
7. Responsabilitatea pentru ținerea evidenței medicamentului / medicamentelor pentru investigația clinică la locul / locurile aparține investigatorului / instituției;
8. Investigatorul / instituția trebuie să desemneze un farmacist care să fie sub supravegherea investigatorului / instituției pentru o parte sau toate obligațiile sale referitoare la medicamentul / medicamentele supuse studiului clinic al locul / locurile studiului;
9. Medicamentele pentru studii clinice se depozitează separat în farmacie într-o zonă special amenajată pentru această destinație în conformitate cu specificațiile sponsorului;
10. Investigatorul / farmacistul desemnat trebuie să păstreze înregistrările referitoare la distribuția medicamentului la locul studiului, inventarul la locul respectiv, utilizarea medicamentului de către fiecare subiect și returnarea medicamentului nefolosit sponsorului sau către o altă destinație dacă asta a fost prevăzută;

11. Farmacistul trebuie să includă în aceste înregistrări datele, cantitățile, numărul seriei, data expirării și numerele de cod unic destinate medicamentului / medicamentelor pentru investigația clinică a subiecților studiului. Toate aceste înregistrări trebuie să fie confidențiale;

12. Investigatorul trebuie să garanteze că medicamentul utilizat pentru studiul clinic este folosit numai în concordanță cu modelul aprobat;

13. Investigatorul are obligația de a explica fiecărui subiect modul de utilizare corectă medicamentului și să verifice la anumite intervale în funcție de studiu dacă subiectul respectă instrucțiunile;

14. Investigatorul trebuie să păstreze documentele studiului și să ia măsuri pentru prevenirea distrugerii accidentale a acestora, conform reglementărilor legale cel puțin 7 ani de la punerea pe piață a medicamentului dar nu mai mult de 15 ani de la închiderea oficială a studiului pentru medicamentul aflat în investigație clinică;

15. Fabricarea, ambalarea, etichetarea și codificarea medicamentului pentru investigație clinică revine sponsorului care asigură medicamentul pentru investigația clinică, inclusiv medicamentul de referință este fabricat în concordanță cu regulile de bună practică de fabricație;

16. Medicamentele pentru studiul clinic pot fi oferite de către sponsor doar dacă au obținut documentația necesară (aprobarea C.E. și a A.N.M.D.)

Art. 342. – (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 condiției de prescripții medicale constă în:

- verificarea antetului secției solicitante, a parafei medicului coordonator studii clinice;
- verificarea valabilității condiției (data);
- identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare și duratei de prescriere a condiției;
- 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 comandantul unității, 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. 343. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de monitorizare a produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice sunt următorii:

- a) Gradul utilizarea a produselor farmaceutice și materialelor destinate studiilor clinice, pentru fiecare dintre etapele acestuia;
- b) Păstrarea acurateții studiilor clinice în raport cu modul în care a fost realizată monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în acestea.

9.75. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților

Art. 344. – Reglementarea procesului de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților are ca principale scopuri:

- a) Păstrarea bunurilor de valoare aparținând pacienților internați în spital în condiții optime de siguranță;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o pierderea/deteriorarea valorilor și efectelor personale ale pacienților;
 - o părăsirea spitalului fără aprobare.

Art. 345. Etapele procesului de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul S.C.U.M. Craiova, 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 încadrată pe funcția de magaziner în cadrul magaziei echipament bolnavi din S.E.S.M., nominalizată în acest sens anual prin O.Z.U. nr. 1.

b) Predarea / preluarea bunurilor de valoare se realizează pe bază de semnături în „*Registrul de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților*” aflat în cadrul magaziei echipament bolnavi din S.E.S.M.

c) În cazul în care la spital este adus un pacient în stare de inconștiență / ebrietate / cu deficiențe psiho-comportamentale / cu status mental alterat sau sub influența drogurilor, care nu este însoțit de către un aparținător, predarea bunurilor de valoare și a efectelor personale ale acestuia (în cazul lipsei unui aparținător legal) se face de către personalul ambulanței care a adus pacientul către personalul din C.P.U. al S.C.U.M. Craiova. Respectivul proces-verbal va conține: data prezentării pacientului în spital, datele pașaportale ale pacientului, descrierea stării de conștiență a pacientului, descrierea detaliată a fiecăruia dintre bunurile de valoare avute asupra sa de către pacient și semnăturile persoanelor care predau / preiau bunurile de valoare ale pacientului. Ulterior, predarea bunurilor de valoare ale respectivului pacient către persoana încadrată pe funcția de magaziner în cadrul magaziei echipament bolnavi din S.E.S.M. se face de către personalul din C.P.U. care a preluat pacientul prezentat în urgență, pe baza respectivului proces-verbal care se predă către magaziner și prin completarea „*Registrului de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților*” în care se vor face mențiuni privind procesul-verbal în discuție.

d) Bunurile de valoare sunt descrise în amănunt, în rubrica dedicată din respectivul registru, se semnează de predare / primire și sunt depuse în caseta / seif de valori aflată în magazia echipament bolnavi din S.E.S.M., într-un plic pe care se menționează numele bolnavului și secția în care urmează să fie internat acesta.

e) Păstrarea cheilor casetei / seifului de valori este în responsabilitatea magazinerului. Pe perioadele de absență ale acestuia, cheile sunt predate înlocuitorului nominalizat prin O.Z.U., pe bază de proces-verbal simplu, menționat în registrul sus-amintit.

f) 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.

g) 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. 346. 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 în ultimul an calendaristic.

b) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor care sesizează faptul că nu li s-a adus la cunoștință la internare faptul că există posibilitatea predării bunurilor de valoare spre păstrare în raport cu numărul de pacienți internați în spital în ultimul an calendaristic.

c) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor care sesizează faptul că la internare li s-a refuzat dreptul de a preda bunurile de valoare spre păstrare în raport cu numărul de pacienți internați în spital în ultimul an calendaristic.

9.76. Controlul calității hranei

Art. 347. Reglementarea procesului de control al calității hranei preparate are ca principale scopuri:

a) Stabilirea de responsabilități clare care să asigure îndeplinirea cerințelor care privesc cantitatea și calitatea hranei preparate în cadrul S.C.U.M. Craiova;

b) Creșterea gradului de satisfacție al pacienților privind condițiile de hrănire asigurate pe perioada internării;

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

- producerea de toxiinfecții alimentare;
- agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art. 348. 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, de către reponsabilii nominalizați, astfel:

- bucătarul care a preparat mâncarea;
- responsabilul cu dieta și nutriția;
- ofițerul de serviciu;
- medicul șef de gardă de specialitatea medicină internă, nominalizat zilnic prin O.Z.U.

b) În afară de persoanele menționate mai sus are dreptul să guste din hrana gata preparată comandantul spitalului și personalul care organizează, îndrumă și controlează hrănirea în unitate, după cum urmează:

- directorul administrativ;
- șeful Biroului aprovizionare și evidență materiale¹⁹.

c) La terminarea procesului de preparare a hranei bucătarul care a preparat hrana va recolta probe din fiecare fel de mâncare, probe care se păstrează 48 de ore

d) Verificarea 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 administrativ

Membri: - șeful BAEM

- bucătarul care a preparat mâncarea;
- bucătarul șef;
- responsabilul cu dieta și nutriția;

¹⁹ În continuare: „B.A.E.M.”

- ofițerul de serviciu;
- medicul șef de gardă pe spital, nominalizat zilnic prin O.Z.U.

care sistează distribuirea felurilor de hrană neconforme din cadrul meniului pe secții și dispune într-o primă etapă pregătirea unui meniu în regim de urgență compus, după caz, astfel:

- o meniu cald: felul 1: supă de legume cu tăiței
felul 2: pilaf de orez cu polonez (crenwurst sau salam de vară)
- o meniu rece: ou fiert, brânză pizza, iaurt.

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 comandantului spitalului măsuri, după caz.

Art. 349. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de control al calității hranei preparate sunt următorii:

- a) Numărul de toxiinfecții alimentare produse pe parcursul ultimului an calendaristic;
- b) Număr de reclamații ale pacienților care au ca subiect cantitatea și calitatea hranei servite;
- c) Gradul de satisfacție a pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor la calitatea hranei servite, consemnat în analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților

9.77. 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. 350. Reglementarea procesului de înlăturare a gheții / zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș are ca principale scopuri:

- a) Stabilește atribuții clare pentru personalul S.C.U.M. Craiova cu responsabilități în înlăturarea gheții / zăpezii din curte precum și a zăpezii și gheții de pe acoperișurile clădirilor;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o accidente / pierderea de vieți;
 - o imposibilitatea accesului / accesul greu în spital;
 - o întreruperea furnizării energiei electrice;
 - o blocarea evacuării.

Art. 351. 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 acoperișuri presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cazul ninsorilor abundente produse în timpul programului, ofițerul de serviciu pe serviciul operativ anunță directorul administrativ și șeful formațiunii lucru și întreținere clădiri, care împreună cu personalul din formațiune ia măsuri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, în funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă / gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirilor se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirilor din incinta spitalului. Activitățile se vor desfășura sub directa coordonare a directorului administrativ.

b) În afara orelor de program sau pe timpul weekend-ului / sărbătorilor legale în cazul ninsorilor abundente, ofițerul de serviciu pe serviciul operativ anunță ofițerul la continuitatea conducerii și comandantul unității. La ordinul comandantului ofițerul de serviciu pe serviciul operativ anunță directorul administrativ și formațiunea lucru și întreținere clădiri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, în funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă / gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirilor se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului. Activitățile se vor desfășura sub directa coordonare a ofițerului de serviciu pe serviciul operativ.

c) Indiferent de momentul în care se constată formarea de turțuri mari de gheață pe streșinile acoperișurilor clădirilor spitalului, directorul administrativ, din proprie inițiativă sau la solicitarea comandantului / ofițerului de serviciu pe serviciul operativ, va anunța prin fax echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Dolj în vederea asigurării suportului tehnic necesar înlăturării acestora.

d) Până la sosirea echipei de intervenție din cadrul I.S.U. Dolj, directorul administrativ din proprie inițiativă sau la solicitarea ofițerului de serviciu pe serviciul operativ, va coordona activitatea personalului din cadrul formațiunii lucru și întreținere clădiri care, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirilor 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 clădirilor din incinta spitalului.

e) După intervenția de îndepărtare a țurțurilor de pe streșinile clădirilor din incinta spitalului de către echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Dolj, directorul administrativ / ofițerul de serviciu pe serviciul operativ va coordona formațiunea de lucru și întreținere clădiri în vederea curățării spațiilor în care au căzut respectivii țurțuri.

Art. 352. - 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.

b) Număr de accidente cauzate de căderea pe gheață în curte a pacienților, aparținătorilor, propriilor angajați sau a pietenonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului.

c) Număr de accidente cauzate persoanelor care se deplasează atât în interiorul cât și în exteriorul spitalului determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișurile clădirilor spitalului.

d) Valoarea pagubelor materiale cauzate autovehiculelor care staționează sau se deplasează în curtea interioară a spitalului sau în exteriorul acestuia, determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișurile clădirilor spitalului.

e) Număr de procese penale sau de amenzi administrative deschise/date personalului spitalului în situația producerii unor accidente sau a unor pagube materiale determinate de căderea pe gheață în curte a pacienților, aparținătorilor, propriilor angajați sau a pietenonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc incinta spitalului sau avarierea de bunuri cauzate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișurile clădirilor spitalului.

9.78. Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale

Art. 353. – 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:

- o accidente de muncă;
- o boli profesionale;
- o producerea de pagube materiale;
- o întreruperea accesului la energie;

Art. 354. – (1) În cadrul S.C.U.M. Craiova există următoarele locuri de muncă nominalizate prin O.Z.U. de către responsabilul S.S.M. și cu protecția mediului în care există substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc de explozie:

- o Cabinet medicină dentară din Ambulatoriu integrat,
- o Blocuri operatorii,
- o Oficii de preluare – servire hrană din secții și compartimente medicale,
- o Sectorul sterilizare,
- o Bloc alimentar,
- o Stație oxigen,

- o Formație întreținere și reparații clădiri și instalații.

(2) În cadrul S.C.U.M. Craiova există următoarele locuri de muncă nominalizate prin O.Z.U. de către responsabilul S.S.M. și cu protecția mediului în care există substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc radioactiv:

- o Laborator clinic radiologie și imagistică medicală
- o Computer tomograf,
- o Bloc operator/Secția chirurgie,
- o C.P.U.

Art. 355. – (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 locurilor de muncă specificate la art. 363 alin. (1) și alin. (2) din prezentul Regulament, respectându-se normele de securitate a muncii generale precum și cele specifice S.C.U.M. Craiova.

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, ocupându-se în același timp de întreruperea alimentării 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 măsurărilor și verificărilor efectuate de personalul autorizat în acest domeniu, la sesizarea responsabililor cu radio-protecția nominalizați prin O.Z.U.

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, intemperii și/sau intervenției persoanelor străine). În cazul depozitării în încăperi, ușile trebuie să se deschidă spre exterior, iar geamurile să fie mate sau vopsite în alb. Recipientele vor fi depozitate cu capacul de la racordul robinetului și capacul de protecție înșurubate. Depozitarea recipientelor în locuri umede sau în mediu cu acțiune corozivă asupra materialului din care este construit este interzisă. De asemenea este interzis a se depozita recipientele în spații liber accesibile, pe scări, holuri, ganguri sau camere cu circulație de persoane.

e) Comandantul spitalului organizează, conduce, controlează și răspunde pentru activitatea de apărare împotriva incendiilor la clădirile, spațiile și instalațiile tehnologice pe care le dețin cu orice titlu și are obligațiile instituite prin normele în vigoare aplicabile în Ministerul Apărării Naționale pe linia apărării împotriva incendiilor.

f) Responsabilul cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor se subordonează comandantului spitalului și are obligațiile instituite prin normele în vigoare aplicabile în Ministerul Apărării Naționale pe linia apărării împotriva incendiilor.

g) La nivelul S.C.U.M. Craiova este nominalizat prin O.Z.U. 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:

- o ia măsuri de înlăturare imediată a stărilor de pericol și a cauzelor cu risc de explozie constatate și raportează operativ comandantului unității situațiile respective;
- o interzice folosirea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv ce ar putea provoca accidente de muncă.
- o verifică cu regularitate, respectarea de către personalul unității a normelor de securitate a muncii.

h) Recipientele pot fi utilizate numai pentru acel caz pentru care au fost construite și verificate și a cărui denumire este înscrisă pe recipient. Întreg personalul spitalului care execută

activități de utilizare, manipulare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive este obligat:

- să utilizeze substanțele, echipamentele și recipientele cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv potrivit instrucțiunilor tehnice și a normelor proprii de securitate a muncii și apărare împotriva incendiilor la locul de muncă;
- să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la echipamentele și recipientele cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv;
- în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, nu va mai utiliza respectivele substanțe și materiale și va opri alimentarea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive.

i) Întreg personalul spitalului care execută activități de utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie este obligat:

- să utilizeze substanțele periculoase, instalațiile, utilajele, mașinile, aparatura și echipamentele potrivit instrucțiunilor tehnice și a normelor proprii de apărare împotriva incendiilor specifice locului de muncă;
- în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, nu va mai utiliza respectivele substanțe și materiale și va opri alimentarea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive;
- să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la sistemele și instalațiile de apărare împotriva incendiilor.

(2) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, instruirea personalului care execută activități de utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie se va realiza după caz, de către responsabilul SSM și/sau conducătorului locului de muncă, prin următoarele instructaje:

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 înainte de începerea unor lucrări în timpul cărora pot apărea situații generatoare de incendiu din cauza manifestării unor surse specifice de aprindere. Lucrările care fac obiectul acestui instructaj, se referă în principal la:

- executarea unor operațiuni de manevră ori de comandă a unor instalații sau utilaje tehnologice de importanță ori intervenția asupra acestora;
- lucrări de reparații sau întreținere, distrugerea unor 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 flacără;
- 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. 356. – 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 prin ofițerul de serviciu/ serviciul operativ;
- personalul își continuă activitatea normal, conform specificațiilor de la articolele anterioare;
- prin ofițerul de serviciu/ serviciul operativ se solicită acțiunea subunității 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 comandantului (înlocuitorului legal), ofițerul de serviciu/ serviciul operativ 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;
- prin ofițerul de serviciu/ serviciul operativ se iau 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. 357. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive sunt următorii:

a) număr de accidente de muncă determinate de gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive în ultimul an calendaristic;

b) număr de boli profesionale determinate de gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive în ultimul an calendaristic;

c) numărul de instruiți privind gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive în ultimul an calendaristic.

9.79. Gestionarea resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia

Art. 358. –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:

- o lipsa unor produse / materiale din depozitul de calamități;
- o expirarea unor produse / materiale din depozitul de calamități;
- o afectarea / blocarea activității medicale în caz de calamități.

Art. 359. – Etapele procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul spitalului a fost stabilită ca locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru materialele și echipamentele de resortul cazarmare - spațiul situat în pavilionul T3 (magazie) și în Pavilionul B3 (în incinta farmaciei spitalului) locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru medicamente și materiale sanitare.

b) În baza aceleiași decizii a Comitetului director a fost aprobată ”*Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități*”. Modificarea și/sau completarea acesteia se face cu aprobarea Comitetului director, la propunerea directorului administrativ și a șefului farmaciei.

c) Responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu materiale de resortul cazarmare a depozitului pentru calamități situat în pavilionul T3 (magazie) este atribuită șefului B.A.E.M. directorului administrativ, iar responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu medicamente și materiale sanitare în cadrul a depozitului pentru calamități situat în farmacia spitalului este atribuită șefului farmaciei.

d) Medicamentele și materialele sanitare aflate în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului (în dulapuri inscripționate în acest sens) vor fi monitorizate lunar de către un asistent farmacist nominalizat de șeful farmaciei.

e) În cazul în care se constată că în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului există medicamente sau materiale sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, asistentul de farmacie nominalizat va informa pe șeful farmaciei despre acest lucru, acesta din urmă va lua măsuri pentru preschimbarea lor, dacă există în stoc, sau va întocmi documentele necesare în vederea achiziționării lor.

f) Medicamente și/sau materialele sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, care au fost preschimbate din depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului vor fi introduse spre consum în cadrul structurilor medicale din cadrul spitalului prin grija șefului farmaciei.

Art. 360. – 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 produselor înscrise în *”Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități”* aprobată de către Comitetul director.

b) Rularea fără sincope a materialelor perisabile din cadrul depozitului de calamități, astfel încât în acesta să se regăsească doar produse în termen de valabilitate.

9.80. Modul de realizare al meniurilor zilnice

Art. 361. – 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 igienico-dietetice corespunzătoare patologiei fiecăruia dintre aceștia;

b) Dispune măsurile necesare pentru ca alimentația pacienților să fie adaptată 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. 362. – Etapele modalității de realizare al meniurilor zilnice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Dieta zilnică recomandată pacienților și factorii alergeni alimentari sunt consemnați în F.O.C.G. de către medicii curanți.

b) Dieta zilnică recomandată pacienților de către medicii curanți va ține cont de patologia și alergiile pacienților precizate în F.O.C.G.

c) La solicitarea expresă a pacientului adresată medicilor curanți vor fi asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacienți, în măsura în care acestea nu contravin patologiei și alergiilor pacienților precizate în F.O.C.G.

d) *„Situția zilnică cu mișcarea bolnavilor, evidența paturilor și cu alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor din ziua de _____”* realizată de asistentele șefe în baza înscrisurilor din F.O.C.G. este transmisă zilnic la serviciul evidență și statistică medicală până la ora 12.00. Pentru pacienții internați în Secția A.T.I. respectiva situație se întocmește de către asistentele șefe ale secțiilor medicale din care provin pacienții.

e) În cazul prezentării pentru internare la S.C.U.M. Craiova pacienții se vor alocă la masă în ordinea prezentării la orele sau 12.00 întocmidu-se o notă de distribuție suplimentară de

către asistentul medical dietetician sau de către responsabilul cu întocmirea notelor de distribuție din cadrul B.A.E.M.

f) Asistentul medical dietetician/responsabilul nominalizat cu dieta și nutriția întocmește meniurile zilnice pe zile calendaristice a meselor ce urmează a fi servite (dimineața/gustare, prânz, seara) raportat la „Situțiile...” menționate la lit. d) întocmită de către asistentele șefe.

g) Asistentul medical dietetician/responsabilul nominalizat cu dieta și nutriția din cadrul serviciului alocare întocmește planul meniu săptămânal și îl prezintă comandantului spre aprobare.

h) În baza planului meniu aprobat, responsabilul din structura administrativă împreună cu asistentul medical dietetician întocmesc documentele justificative pentru distribuție și scădere din depozit a alimentelor.

Art. 363. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de realizare al meniurilor zilnice sunt următorii:

a) Numărul de F.O.C.G. în care sunt specificate alergiile pacienților raportat la numărul de pacienți externți în ultimul an clendaristic.

b) Numărul de „Situții...” menționate la art. 362 lit. d) întocmite de către asistentele șefe în care au fost preluate informațiile privind dieta zilnică recomandată pacienților și factorii alergeni alimentari consemnați în F.O.C.G. de către medicii curanți.

c) Numărul de meniuri realizate/utilizate la nivelul S.C.U.M. Craiova adaptate în concordanță cu convingeriile proprii sau exprimate de către pacienți.

9.81. Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă

Art. 364. – (1) Reglementarea procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă are ca principale scopuri:

a) Stabilirea responsabilităților privind întocmirea, avizarea și aprobarea și transmiterea documentelor aferente acestei activități.

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

o producerea de daune asupra personalului și/sau instituției.

Art. 365. – (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 medical/ă;

b) accidentul de muncă care produce invaliditate – accidentul care determină pierderea totală sau parțială a capacității de muncă, confirmată prin decizie de încadrare într-un grad de invaliditate, emisă de organele medicale în drept;

c) accidentul de muncă mortal – accidentul ce presupune decesul accidentatului imediat sau după un interval de timp, dacă acesta este confirmat, în baza unui act medico-legal, ca fiind urmare a accidentului suferit;

d) accidentul de muncă colectiv – accidentul care a determinat accidentarea a cel puțin 3 persoane în același timp și din aceleași cauze.

(2) Etapele procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Fiecare dintre membrii personalului S.C.U.M. Craiova are obligația să aducă la cunoștința conducătorului locului de muncă și/sau angajatorului accidente suferite de propria persoană.

b) Responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă încadrat la nivelul S.C.U.M. Craiova are obligația să țină evidența accidentelor de muncă ce au ca urmare o incapacitate de muncă mai mare de 3 zile de lucru, a accidentelor ușoare, a bolilor profesionale, a incidentelor periculoase, precum și a accidentelor de muncă, astfel cum sunt definite la art. 5 lit. g) din *Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă, cu modificările și completările ulterioare.*

c) Cercetarea, înregistrarea și evidența accidentelor de muncă și a bolilor profesionale produse în S.C.U.M. Craiova 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) Comandantul spitalului este obligat să informeze organul de urmărire penală competent, imediat ce a luat la cunoștință de producerea accidentului de muncă, 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. Ulterior, datele despre accident se comunică, ierarhic, de îndată structurilor centrale prin Direcția Medicală.

e) În cazul producerii unui accident de către o persoană detașată de la o altă unitate militară, comandantul/șeful unității militare la care este detașat cel care a săvârșit accidentul raportează prin notă telefonică sau fax despre acesta și informează telefonic unitatea militară de care aparține cel în cauză.

f) Despre accidentul în care sunt implicate și alte persoane din alte structuri ale sistemului de apărare națională, ordine publică și siguranță națională se informează și aceste structuri.

g) În conformitate cu reglementările în vigoare accidentele de muncă se cercetează de o comisie stabilită prin ordin de zi pe unitate de comandantul S.C.U.M. Craiova. Din comisia de cercetare face parte personalul militar sau civil cu responsabilități în domeniul în care s-a săvârșit accidentul. La cercetarea accidentului nu pot participa persoanele implicate în producerea acestuia.

h) Concluziile comisiei de cercetare se prezintă comandantului S.C.U.M. Craiova în termen de 5 zile lucrătoare pentru incapacitate temporară de muncă și 10 zile lucrătoare pentru deces, invaliditate, accident colectiv, persoane dispărute, de la data săvârșirii accidentului sau, după caz, de la data luării la cunoștință despre accidentul respectiv și sunt cuprinse în procesul-verbal de cercetare al accidentului de muncă, document în baza căruia se realizează înregistrarea respectivului accident de muncă la nivelul spitalului de către responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă.

i) În cazul în care comandantul S.C.U.M. Craiova sau unul dintre locuitorii acestuia este implicat în săvârșirea unui accident, comisia de cercetare este numită de către șeful Direcției medicale.

j) La producerea unui accident de muncă ofițerul de serviciu pe unitate consemnează principalele date despre accident în registrul de adnotări 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 comandantul spitalului a luat la cunoștință despre producerea accidentului, măsurile ordonate de către comandantul spitalului, ora la parchetul de pe lângă instanța competentă a fost informat cu privire la producerea accidentului, potrivit legislației în vigoare.

k) Comandantul spitalului poate solicita, prin raport, schimbarea încadrării evenimentului la un alt cod. Schimbarea încadrării la un alt cod se face în baza propunerii comisiei de cercetare formulată în procesul-verbal de cercetare.

l) Competențele privind schimbarea încadrării evenimentului la un alt cod revine directorului de cabinet, șefului structurii centrale care funcționează în subordinea nemijlocită a ministrului apărării naționale.

Art. 366. 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 produse la nivelul spitalului din numărul total de evenimente produse și raportate în anul calendaristic precedent.

b) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului care au fost raportate de membrii personalului S.C.U.M. Craiova care au suferit respectivele accidente, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

c) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost nominalizat personal militar sau civil cu responsabilități în domeniul în care s-a săvârșit accidentul, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

d) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost întocmit proces-verbal de cercetare în termenul legal, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

e) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost transmis raport ca urmare a săvârșirii unui accident în termenul legal, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

9.82. Circuitul documentelor în cadrul spitalului

Art. 367. – Reglementarea circuitului documentelor în cadrul Spitalului are ca principale scopuri:

- a) Implementarea la nivelul instituției a legislației naționale și departamentale privind gestionarea documentelor clasificate și neclasificate;
- b) Asigurarea protecției, confidențialității, disponibilității și accesibilității informațiilor cu respectarea principiului ”necesității de a cunoaște”;
- c) Cunoașterea permanentă a transabilității documentelor emise/ primite de/ în instituție;
- d) Eliminarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o accesul neautorizat la informații clasificate, informații cu caracter personal sau informații militare care nu sunt libere la publicare.

Art. 368. – (1) Gestionarea documentelor și informațiilor în cadrul Spitalului se face în baza prevederilor ordinului ministrului apărării naționale nr. M-9 din 06.02.2013 pentru aprobarea Normelor privind protecția informațiilor clasificate în Ministerul Apărării Naționale și a ordinului ministrului apărării naționale nr. M.S-22 din 17.02.2014 pentru aprobarea Normelor privind protecția informațiilor clasificate în sistemele informatice și de comunicații - INFOSEC din Ministerul Apărării Naționale.

(2) Protecția documentelor/ informațiilor în unitate are la bază:

- a) Respectarea regulilor privind redactarea, dactilografierea, evidența, multiplicarea, manipularea, păstrarea, transmiterea, împachetarea, transportul și distrugerea documentelor clasificate și neclasificate;
- b) Respectarea regulilor privind evidența și lucrul cu mediile de stocare a informațiilor;
- c) Respectarea regulii ”biroul curat”;
- d) Respectarea regulilor privind păstrarea confidențialității conținutului documentelor;
- e) Interzicerea utilizării, pentru transmiterea informațiilor clasificate a mijloacelor electronice neprotejate;
- f) Respectarea regulilor privind transportul documentelor;
- g) Păstrarea documentelor clasificate numai în locurile special destinate, separate de celelalte documente;
- h) Evitarea discuțiilor despre probleme confidențiale în locuri publice;
- i) Evitarea prezentării unor informații care, combinate, pot alcătui o imagine completă a unor probleme confidențiale;
- j) Respectarea cu strictețe a reglementărilor în domeniu în cazul procesării, stocării sau transmiterii unei informații clasificate prin sistemul informațional sau de comunicații;
- k) Respectarea reglementărilor privind asigurarea măsurilor de protecție fizică;
- l) Respectarea reglementărilor privind managementului cheilor/ parolelor de acces în incinte/ încăperi în care se gestionează informații clasificate ori de acces în sisteme care procesează informații clasificate;

Art. 369. – (1) Măsurile organizatorice stabilite la nivelul S.C.U.M. Craiova în partea care se referă la circuitul documentelor sunt următoarele:

- a) Pentru evidența, prelucrarea, procesarea, păstrarea, manipularea, multiplicarea, transmiterea, distrugerea și arhivarea documentelor clasificate în cadrul Spitalului sunt organizate 2 compartimente documente clasificate, respectiv C.D.C. documente generale și C.D.C. mobilizare.
- b) Procesele verbale de predare – primire a documentelor de evidență în situațiile în care personalul încadrat/ titular pleacă în concediu de odihnă, cursuri, etc., vor fi avizate de șeful structurii de securitate (înlocuitorul legal).
- c) Accesul la documentele clasificate în cadrul Spitalului este permis numai personalului care deține certificat de securitate/ autorizație de acces la informații clasificate de nivel corespunzător și în baza principiului „necesitatea de a cunoaște”.

d) Nicio persoană din cadrul unității nu are acces la informații clasificate în virtutea gradului militar și a funcției pe care o deține.

e) Pentru implementarea măsurilor de protecție a informațiilor clasificate, la nivelul Spitalului este constituită structura de securitate cu atribuții clare în acest domeniu, consemnate în fișele posturilor.

f) Pregătirea personalului privind lucrul cu documentele clasificate/ neclasificate se execută periodic de către structura de securitate în baza planului de pregătire specifică aprobat de către comandant.

g) Pentru buna desfășurare a activității în cadrul CDC, personalul care încadrează acest compartiment nu execută alte misiuni sau sarcini, inclusiv serviciul de interior, care l-ar sustrage, chiar temporar de la îndeplinirea atribuțiilor funcționale.

(2) – Protecția documentelor naționale clasificate la nivelul S.C.U.M. Craiova, presupune:

a) Pentru protecția documentelor clasificate la nivelul unității se numește, prin cumul, un responsabil care face parte din structura de securitate. Documentele naționale clasificate se înregistrează, obligatoriu în evidențele C.D.C.-urilor constituite la nivelul Spitalului.

b) Accesul în încăperile CDC, în afara personalului încadrat/ titular este permis doar comandantului, personalului structurii de securitate și persoanelor cu atribuții de control pe linia P.I.C.

c) Documentele secrete de stat se păstrează în afara programului numai în încăperile aprobate și amenajate în acest sens, desemnate prin ordin de zi pe unitate, în cadrul C.D.C.-urilor constituite la nivelul Spitalului, în încăperile Biroului resurse umane sau cu aprobarea comandantului în încăperi special amenajate care corespund cerințelor de securitate prevăzute de legislația în vigoare.

d) Documentele secrete de serviciu se pot păstra în afara programului și în birourile dotate cu containere de securitate din clasa C, încuiate și sigilate, care sunt nominalizate în OZU nr.1 ca fiind zone administrative.

e) Unitățile arhivistice constituite în cadrul Spitalului se păstrează în încăperile special amenajate, care corespund normelor de protecție fizică prevăzute de legislația în vigoare. Consultarea documentelor care au fost arhivate se face numai după ce în prealabil a fost obținută aprobarea comandantului în registrul special destinat (anexa 14/ I.A.-98).

f) Protecția fizică a informațiilor se asigură în scopul de a interzice accesul neautorizat, clandestin sau prin forță la acestea, pentru a detecta și împiedica acțiunile subversive, pentru a contribui la realizarea accesului la informații clasificate numai pe baza principiului „necesitatea de a cunoaște” și pentru a preveni orice alte situații, împrejurări sau fapte de natură a periclita ori compromite securitatea informațiilor clasificate.

g) În timpul programului, protecția fizică se realizează de către personalul care încadrează microstructurile Spitalului. După terminarea orelor de program, personalul din serviciul de permanență verifică fizic și prin mijloacele electrono-optice, încăperile/ incintele din zonele de securitate și integritatea elementelor sistemului de securitate al acestora. În afara orelor de program și în zilele nelucrătoare, personalul din serviciul de permanență execută obligatoriu verificarea zonelor/ încăperilor de securitate prin aspectare cel puțin o dată la 4 ore.

h) În afara orelor de program, ușile încăperilor din zonele de securitate/ administrative se închid și se sigilează, iar sistemul de aerisire al acestora se asigură împotriva accesului neautorizat și introducerii de materiale periculoase.

i) La terminarea programului, titularii încăperilor din zonele de securitate predau personalului din serviciul de permanență, în cutii sigilate cu sigiliul personal, pe bază de semnătură în „Registrul pentru evidența mapelor și cutiilor cu chei” (combinațiilor/ cifrurilor, codurilor/ cartelelor de acces), următoarele elemente:

- codurile/ cartelele de acces și cheile de serviciu de la incintele în care sunt păstrate informații clasificate, după caz;
- cheia și/ sau combinația cifrului containerului de serviciu în care sunt păstrate celelalte elemente de deschidere a containerelor cu informații clasificate, aflate într-o incintă/ încăpere.

j) Utilizarea codurilor/ cartelelor de acces și cheilor de serviciu de către alte persoane decât cele care le dețin, se face numai în situații de urgență, precizate în atribuțiile personalului din serviciul de permanență, de către o comisie consemnată în O.Z.U. și care deține autorizație de acces la informații clasificate de nivel cel puțin egal cu cele gestionate în încăpere.

k) În cazul încăperilor în care se află mai multe containere de securitate, în afara celui de serviciu, cheile și/ sau combinațiile cifrurilor celorlalte containere se introduc, la sfârșitul programului, în cutii/ tuburi separate, sigilate de titulari cu sigiliul personal, care se păstrează în containerul de serviciu.

l) Cheile, codurile/ cartelele de acces, precum și combinațiile cifrurilor, containerelor de securitate și/ sau încăperilor de securitate, nu pot fi scoase din zonele de securitate. Codurile de acces și combinațiile cifrurilor se introduc individual, sub formă scrisă, în plicuri mate, sigilate cu sigiliul personal al fiecărui titular.

m) Cheile de rezervă, codurile și combinațiile scrise ale containerelor/ incintelor în care se păstrează informații clasificate, se predau structurii de securitate pe bază de semnătură în „Registrul pentru evidența mapelor și cutiilor cu chei (combinațiilor cifrurilor, codurilor/ cartelelor de acces)”, în plicuri mate, sigilate cu sigiliul personal al deținătorului. Fiecare combinație/ cod se păstrează în plic separat.

n) Cheile, codurile/ cartelele de acces și combinațiile cifrurilor încuietorilor, trebuie să aibă asigurată aceeași securitate ca și cea a nivelului de secretizare a informațiilor clasificate la care acestea permit accesul.

o) Schimbarea cheilor, codurilor de acces și a combinațiilor încuietorilor cu cifru se face: ori de câte ori are loc o schimbare în rândul personalului care le manipulează, când există suspiciunea că securitatea acestora a fost compromisă sau la defectarea ori funcționarea nesigură a acestora.

p) La începerea programului, în cazul încăperilor în care se păstrează informații clasificate, se verifică starea sigiliilor de la ușă și grilaj și numai dacă acestea sunt intacte se deschid încăperile, procedând apoi în același mod și cu containerele și ferestrele. În cazul în care se constată violarea sigiliilor de la intrare sau din interior, nu se mai deschide încăperea (containerul) respectiv, se instalează pază și se anunță șeful structurii de securitate, raportându-se imediat comandantului care dispune constituirea unei comisii de cercetare la fața locului, aceasta întocmind un act de constatare în care propune măsurile ce se impun. Comisia de cercetare este constituită numai din persoane care sunt autorizate să aibă acces la informațiile clasificate cu care ar putea intra în contact pe timpul activității

q) În cazuri deosebite, când sunt necesare anumite documente, iar personalul Compartimentului documente clasificate nu poate fi adus în unitate în timp util, comandantul poate aproba deschiderea încăperilor și a containerelor. Operațiunea de deschidere a încăperilor și containerelor, se efectuează de către o comisie formată din cel puțin două persoane autorizate să aibă acces la informațiile cu care intră în contact pe timpul activității. Cu aprobarea comandantului, această procedură se aplică și pentru celelalte încăperi unde s-au aprobat păstrarea informațiilor clasificate.

r) Membrii comisiei încheie un proces-verbal aprobat de comandant. În procesul-verbal se consemnează: data și ora începerii și cea a finalizării activității și scopul pentru care s-a ordonat deschiderea; persoanele care au participat; cutiile (tuburile, plicurile) cu chei (combinațiile cifrurilor, codurile/ cartelele de acces) utilizate; încăperile, containerele (fișetele, seifurile, dulapurile, mobilierul de birou) care au fost deschise și seriile de sigilii găsite la desigilare; numărul de înregistrare al documentelor consultate sau preluate și ce s-a făcut cu acestea; sigiliile folosite la resigilare; semnăturile participanților. Procesul-verbal menționat se înscrie în Registrul pentru evidența personală al șefului Compartimentului documente clasificate, păstrat în acest scop permanent pe masa de lucru, sau în cel al deținătorului documentelor, aflat în containerul sau mapa personală, după caz.

s) În prima zi lucrătoare care urmează operațiunii de deschidere, șeful Compartimentului documente clasificate sau deținătorul documentelor consultate sau preluate, după caz, este informat, acesta luând măsuri de verificare a concordanței datelor procesului-verbal întocmit de comisie, cu situația reală. La terminarea verificării, șeful Compartimentului documente clasificate sau deținătorul documentelor raportează constatările sale comandantului și responsabilului cu protecția documentelor, semnând de conformitate pe procesul-verbal.

t) În timpul programului, încăperile în care se păstrează documente clasificate se încuie ori de câte ori personalul părăsește încăperea, indiferent de motiv sau perioadă de timp, luându-se și măsuri de activare a sistemelor tehnice de securitate fizică, acolo unde acestea sunt instalate. Aceste măsuri se iau și în cazul documentelor ce se află în lucru la echipamentele de multiplicare, imprimare, transmitere ori distrugere.

(3) Primirea corespondenței în cadrul S.C.U.M. Craiova se poate realiza astfel:

- a) Letric sau pe suporturi electronice de informație, clasificată sau neclasificată, la C.D.C., direct ori prin sistemul de curierat protejat asigurat de S.R.I., prin Poșta Română, prin curieri autorizați ai altor structuri militare și prin alte firme specializate de curierat;
- b) Prin fax sau e-mail, doar neclasificată, la ofițerul de serviciu;
- c) Electronic, prin sistemul de corespondență electronică al M.Ap.N./ INTRAMAN, la responsabilul RDE.

(4) Corespondența primită se prezintă de către șeful C.D.C./ ofițerul de serviciu/ responsabilul RDE, după caz, comandantului spitalului. Acesta o va analiza și va înscrie rezoluții pe documente în vederea soluționării acestora.

(5) Circuitul documentelor în cadrul spitalului presupune următoarele responsabilități:

- a) Personalul C.D.C. desfășoară următoarele activități:
 - i. primește documentele sosite pe adresa unității și verifică integritatea sigiliilor/ ștampilelor și a ambalajelor în care acestea au fost împachetate, precum și cele întocmite de personalul unității;
 - ii. verifică documentele, exemplar cu exemplar și filă cu filă;
 - iii. înregistrează documentele primite și le prezintă comandantului unității după care, pe baza rezoluției înscrise pe ele, le predă pe bază de semnătură, persoanelor cărora le-au fost repartizate;
 - iv. distribuie documentele numai pe baza rezoluției înscrise pe acestea, respectiv persoanei nominalizate, dacă aceasta se regăsește în tabelul cu personalul aprobat de comandantul unității care deține documente de acces la informații clasificate, pe niveluri de clasificare, întocmit de structura de securitate și are nivelul de acces la informații cel puțin egal cu al documentului primit.
- b) Persoana căruia i-au fost repartizate documentele desfășoară următoarele activități:
 - i. se prezintă la C.D.C. pentru ridicarea documentelor;
 - ii. verifică documentele, exemplar cu exemplar și filă cu filă;
 - iii. semnează la C.D.C. de primirea documentelor în Anexa nr.8 – Registrul pentru evidența documentelor sau Anexa nr.5 – Registrul pentru evidența specială;
 - iv. ia în evidență documentele în Registrul pentru evidența personală a documentelor;
 - v. rezolvă documentele, conform termenelor și rezoluției de pe acestea, respectând măsurile de protecție și nivelul de clasificare al informațiilor conținute. Dacă situația impune păstrarea corespondenței asupra persoanei un timp îndelungat, aceasta este introdusă în mapă care se sigilează și se predă la C.D.C., zilnic, pe bază de tichet (în cazul documentelor secret de stat, dacă încăperea respectivă nu este nominalizată în O.Z.U. pentru păstrarea în afara orelor de program a acestor documente).
 - vi. după soluționare, distruge sau clasează documentul, după caz, justificând astfel înregistrarea din registrul pentru evidența personală a documentelor;
- c) Alte reguli privind circuitul documentelor:
 - i. Circuitul unui document se consideră încheiat atunci când acesta este justificat în C.D.C. prin îndosariere, distrugere sau este returnat la emitent.
 - ii. Documentele adresate comandantului Spitalului, se prezintă acestuia de către șeful CDC, iar după înscrierea rezoluției pe acestea, se înapoiază la CDC, pentru a fi distribuite spre soluționare, personalului nominalizat pe acestea.
 - iii. La mutarea din unitatea militară, schimbarea sau suspendarea din funcție, punerea la dispoziție, trecerea în rezervă, pensionarea, plecarea în concediu fără plată sau pentru creșterea și îngrijirea copilului, personalul predă la CDC toate documentele și literatura militară pe care le are în primire.
 - iv. La detașarea în alte unități militare, plecarea în străinătate în interes de serviciu sau în interes personal, concediu de odihnă sau misiuni mai mari de 30 zile calendaristice, personalul predă documentele necesare desfășurării activităților compartimentului, pe bază de semnătură în Registrul pentru evidența personală a documentelor, înlocuitorului, iar pe celelalte, în mapa sigilată cu sigiliul personal, la CDC.
 - v. Documentele clasificate elaborate, care necesită avizul eșalonului superior sau al altor structuri, se transmit după ce au fost luate în evidență în Anexa nr. 8.

- vi. Documentele elaborate de personalul unitatii se predau la CDC pentru înregistrare după ce acestea sunt semnate și ștampilate de către persoanele în drept.
 - vii. Este interzisă predarea documentelor între persoane, fără semnătură și fără ca acestea să fie luate în evidență în registrele Anexa 1 proprii.
 - viii. Orice încălcare a reglementărilor de securitate și situație de compromitere a informațiilor clasificate, se raportează, imediat șefului structurii și comandantului.
- (6) Regulile privind gestionarea corespondenței în formă electronică prin sistemul de corespondență electronică al M.Ap.N./ INTRAMAN sunt stabilite prin procedura internă specifică.
- (7) Fluxul documentelor gestionate de către SC.U.M. Craiova este prezentat în Anexa nr. 7
- (8) Regulile privind gestionarea ordinului de zi pe unitate și a proiectelor de ordin de zi pe unitate sunt stabilite prin procedura internă specifică.
- (9) În situația în care răspunderea pentru elaborarea răspunsului sau desfășurarea unor activități privește mai multe microstructuri/ persoane din cadrul Spitalului, prima microstructură/ persoană nominalizată în rezoluție de comandantul Spitalului pe documente, se consideră a fi răspunzătoare de executarea respectivei activități, fiind obligată să se consulte cu celelalte microstructuri/ persoane înscrise de către comandant în rezoluție, pentru soluționare. Șefii microstructurilor, după formularea rezoluției, dispun monitorizarea documentelor și transmiterea lor la persoanele angajate în execuție. *Fotocopii* ale acestor documente se realizează/ trimit, doar atunci când este *absolut necesar*, însoțite de precizările de rigoare, cu respectarea strictă a legislației privind multiplicarea documentelor.
- (10) Pe tot parcursul anului, documentele soluționate, cu valoare practică, juridică sau istorică sunt clasate în mape/ dosare de către responsabilii din cadrul microstructurilor funcționale care gestionează problematica. *Annual*, până la începerea inventarierii documentelor clasificate, această activitate precum și justificarea documentelor în evidențe, se încheie. Fiecare șef de microstructură funcțională răspunde de clasarea corectă a informațiilor în mape/ dosare.
- (11) La redactarea documentelor se respectă obligatoriu următoarele reguli:
- i. Pentru aplicarea măsurilor de securitate corespunzătoare, persoanele care redactează documente clasificate au obligația încadrării informației într-un nivel de clasificare care subzistă atât timp cât dezvăluirea sau diseminarea acesteia neautorizată ar putea prejudicia apărarea țării și securitatea națională, perioadă dată de termenul de clasificare;
 - ii. Persoanele care elaborează documente clasificate stabilesc nivelul de clasificare în funcție de conținutul acestora, pe baza Listei cuprinzând informațiile secrete de stat, pe niveluri de secretizare, specifice Ministerului Apărării Naționale și termenile de clasificare ale acestora, Ghidului de clasificare a informațiilor secrete de stat în Ministerul Apărării Naționale și listei cu informațiile secrete de serviciu specifice unității militare;
 - iii. În cazul în care informația elaborată nu se regăsește în Ghidul de clasificare a informațiilor secrete de stat în Ministerul Apărării Naționale, aceasta se asimilează cu una existentă în Lista cuprinzând informațiile secrete de stat, pe niveluri de secretizare, specifice Ministerului Apărării Naționale, în funcție de prejudiciul pe care 1-ar putea aduce securității naționale prin diseminarea neautorizată sau compromiterea acesteia;
 - iv. Șeful ierarhic al persoanei care întocmește documentul are obligația să verifice dacă informațiile au fost clasificate corect, în conformitate cu Lista cuprinzând informațiile secrete de stat, pe niveluri de secretizare, specifice Ministerului Apărării Naționale și termenile de clasificare ale acestora, Ghidul de clasificare a informațiilor secrete de stat în Ministerul Apărării Naționale și lista cu informațiile secrete de serviciu specifice unității militare, iar în caz contrar să dispună clasificarea corectă;
 - v. Termenul de clasificare al unei informații se stabilește de către emitent în funcție de perioada în care conținutul informației subzistă ca importanță și necesită aplicarea ansamblului de măsuri privind securitatea acesteia;
 - vi. Termenul de clasificare al informației nu trebuie să depășească perioada stabilită în Ghidul de clasificare a informațiilor secrete de stat în Ministerul Apărării Naționale sau termenul de clasificare stabilit prin Lista cuprinzând informațiile secrete de stat, pe niveluri de secretizare, specifice Ministerului Apărării Naționale.

- vii. Menționarea, în antet, a instituției și unității emitente, a numărului și datei înregistrării, a clasei sau nivelului de secretizare, a termenului de clasificare, a numărului de exemplar și, după caz, a destinatarului;
- viii. Înscrierea numerelor de înregistrare pe toate exemplarele documentului și pe anexele acestuia. Numerele de înregistrare sunt precedate de un zero (0) pentru documentele secrete, de două zerouri (00) pentru cele strict secrete, sau de litera „S” pentru secrete de serviciu. Pentru documentele cu destinație specială se aplică:
 - o litera „M”, pentru documentele de mobilizare;
 - o grupul de litere „PM”, pentru documentele planului de mobilizare;
- ix. Înscrierea în clar, la sfârșitul documentului, a funcției, gradului, numelui și prenumelui comandantului unității emitente, semnătura acestuia, ștampila unității precum și gradul, numele, prenumele și semnătura persoanei care a întocmit documentul și nr. telefon.
- x. Înscrierea pe fiecare pagină a documentului, a clasei sau nivelului de secretizare atribuit acestuia (cu excepția documentelor care se adresează persoanelor private sau entităților din afara sistemului național de OPSNAJ);
- xi. Înscrierea pe fiecare pagină a documentului, a numărului curent al paginii, urmat de numărul total al acestora.
- xii. Modul de inscripționare, marcare și identificare a unui document clasificat se realizează conform modelului prevăzut în anexa nr. 22 din M-9/ 2013.

(12) În cazul multiplicării unui document clasificat, pentru expedierea la alte unități, se procedează astfel:

- i. Se stabilește numărul de exemplare în care documentul se multiplică;
- ii. Se completează, avizează și aprobă cererea pentru multiplicare după care aceasta se înregistrează de către personalul C.D.C. în Registrul de evidență;
- iii. Documentul original, împreună cu cererea pentru multiplicare, se predă operatorului pe bază de semnătură;
- iv. După verificarea exemplarelor rezultate, a cererii și documentului original, beneficiarul semnează în Registrul de multiplicare;
- v. Repartiția în vederea difuzării exemplarelor multiplicare se consemnează pe verso cererii pentru multiplicare, cu avizul structurii de securitate;
- vi. Cererea pentru multiplicare, împreună cu exemplarele multiplicare se predau pe bază de semnătură la C.D.C.

(13) Reguli privind semnarea și expedierea corespondenței:

- i. Documentele clasificate și neclasificate se transmit către eșaloanele superioare numai cu aprobarea comenzii unității, prin curieri sau pe canale de comunicații protejate.
- ii. Documentele clasificate se împachetează în vederea expedierii în plicuri/ ambalaje opace, astfel încât conținutul acestora să nu fie vizibil. Documentele strict secrete se împachetează separat de celelalte documente clasificate în plicuri/ ambalaje duble care să asigure integritatea și siguranța deplină pe timpul transportului.
- iii. Pe plic/ colet este obligatorie înscrierea următoarelor elemente: destinatarul, expeditorul, localitatea destinatarului/ expeditorului, județul, clasa sau nivelul de secretizare și numărul de înregistrare.
- iv. Pe plicurile/ coletele în care se împachetează documente clasificate destinate unei persoane strict determinate se înscrie mențiunea „PERSONAL”.
- v. Pentru sigilarea plicurilor/ coletelor se utilizează ștampila rotundă care imprimă denumirea „EXPEDIȚIE”, iar pentru cele care conțin documente strict secrete se utilizează sigiliul rotund cu ceară.
- vi. În cazuri de urgență, corespondența secret de stat care urmează a fi expedită, poate fi transportată și de către curierii proprii, situație în care se respectă următoarele reguli:
 - o Se numește prin Ordin de Zi pe Unitate o echipă de curieri formată din cel puțin două persoane, din care una înarmată și se organizează instruirea acestora de către structura de securitate;
 - o Se asigură mijloace de transport corespunzătoare;
 - o Se emite certificat de curier;

- Se interzice folosirea curierilor pentru executarea altor activități pe timpul transportului documentelor.
- Muniția, armamentul și documentele necesare curierilor se găsesc la ofițerul de serviciu/ serviciul operativ.
- Cu aprobarea comandantului, documentele secrete de serviciu pot fi transportate de cadre militare sau personal civil contractual, fără armament și însoțitori.

Art. 370. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului *Circuitul documentelor în cadrul spitalului* sunt următorii:

- a) Numărul de instruirii planificate și executate privind punerea în practică a măsurilor stabilite pentru reglementarea procesului în ultimul an calendaristic;
- b) Numărul verificărilor/ controalelor privind cunoașterea, înțelegerea și aplicarea corectă de către personal a reglementărilor care privesc circuitul documentelor.

9.83. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului

Art. 371. –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. 372. – (1) Gestionarea datelor și informațiilor medicale/ nemedicale cuprinde operațiunile de centralizare, administrare, protejare și asigurare a back-up-ului datelor, atât a celor cu caracter general cât și a celor cu caracter confidențial sau clasificate.

(2) Sistemul de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului se constituie din trei elemente:

a) **Fluxul informațional** - reprezintă circulația stabilă a unei cantități de date/ informații între organele structurale ale sistemului informațional al S.C.U.M. Craiova, independent de natura purtătorului material de informație și procedeele folosite pentru colectarea, transmiterea, prelucrarea și diseminarea lor. Conținutul fluxului informațional este format de documentele și comunicările scrise sau verbale, exprimate printr-un volum de date, acest volum fiind stabilit în mod statistic. În cadrul acestui volum se iau în considerare nu numai datele purtătoare de informații formale (cele stabilite prin regulamente și alte acte normative), ci și cele informale. Colectarea datelor se face într-un sistem unitar, planificat, atât la nivelul managementului spitalului, cât și al microstructurilor funcționale.

b) **Circuitul informațional** - reprezintă drumul parcurs de diferite categorii de date/ informații, din momentul generării acestora de către o anumită sursă, până la punctul de prelucrare a datelor și elaborare a deciziilor, precum și de datele/ informațiile care conțin deciziile conducerii adresate organelor de execuție.

c) **Rețeaua informațională.**

Art. 373. – (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 periodică cu omologii de la eșalonul superior;
 - ii. Activitatea de informare în cadrul spitalului prin 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 mass-media și al publicațiilor de specialitate;
- vi. Canale informaționale din surse deschise (tv, internet);
- vii. Ordinul de zi pe unitate;
- viii. Analizele și ctivitățile protocolare la nivelul garnizoanei;
- ix. Ieșiri la raport, audiențe, cereri, reclamații, petiții și sesizări;
- x. Lecții învățate;
- xi. Relaționarea cu celelalte structuri din sistemul o.p.s.n.a.a.j. dislocate în zona de responsabilitate.

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*”. Predarea/ primirea documentelor persoanele microstructurilor din Spitalul se face pe bază de semnătură în *Registrul pentru evidența personală a documentelor*. 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 CDC- urilor prin crearea dosarelor/ mapelor cu documente în conformitate cu prevederile arhivistice în vigoare. Prin centralizarea datelor, se realizează ansamblul cu privire la un domeniu sau activitate.

c) Principalul purtător de date prin care se asigură circulația informațiilor, în cadrul spitalului, îl constituie *documentul*, în toate formele sale, acesta trebuind să corespundă necesităților obiective de informare, atât a factorilor de decizie cât și a celor de execuție.

d) Raționalizarea și tipizarea documentelor reprezintă o prioritate avută în vedere de către toți șefii de microstructuri din cadrul S.C.U.M. Craiova, 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 ale regulamentelor militare sau a unor date curente. Tipizarea documentelor reprezintă o cale importantă de perfecționare a procesului de conducere, în acest proces urmărindu-se următoarele cerințe:

- i. Creșterea ponderii formatului electronic al documentelor în detrimentul celor în format printat;
- ii. Tipizarea trebuie să cuprindă documentele de bază utilizate în procesul de conducere;
- iii. Documentele purtătoare de informații să aibă o destinație practică și o funcționalitate multiplă;
- iv. Concentrarea maximă a datelor într-un număr cât mai redus de documente și micșorarea volumului de date înscrise în acestea, prin creșterea gradului de concizie și sintetizare;
- v. Fiecare document tipizat trebuie să fie concretizat într-un formular cu titlu, destinatar și cod propriu de identificare;
- vi. Datele imprimare pe formulare să fie prezentate într-o succesiune logică;
- vii. Să se asigure minimalizarea sau eliminarea operațiilor manuale de trecere a informațiilor de pe un document pe altul în procesul de prelucrare a datelor;
- viii. Să conducă la micșorarea însemnată a cantității de hârtie folosită pentru elaborarea documentelor prin reducerea la maxim a numărului de exemplare;

ix. Separarea conținutului informațional al documentelor în parte fixă (informație permanentă) și parte variabilă care exprimă mărimile concrete sau categorii de date specifice.

e) Specific, datele/ informațiile clinice la nivel de pacient se culeg din F.O.C.G./ F.S.Z., introdusă în sistemul informațional al spitalului conform *O.M.S. nr. 1.782/ 2006 cu modificările și completările ulterioare, privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi*. Datele astfel colectate formează setul minim de date la nivel de pacient – 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 care încadrează structurile S.C.U.M. Craiova este obligat să respecte, pe lângă măsurile de protecție a informațiilor clasificate, 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. 374. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Deciziilor/ executarea sarcinilor se fac cu încadrarea în termenele legale.

b) Fluxul informațional de gestionare a datelor și informațiilor răspunde cerințelor actuale de gestionare a problematicilor specifice Spitalului.

9.84. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului

Art. 375. – Reglementarea procesului de protecție a sistemului informatic la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizare/ adoptarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului;

b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;

c) Stabilirea fluxurilor operațiunilor desfășurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informațiilor proprietate privată

d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- distrugerea fizică a echipamentelor - situații de forță majoră;
- indisponibilitatea sistemului cauzată de număr redus de persoane care cunosc informația;
- divulgarea de informații;
- fraude produse prin intermediul sistemului informatic;
- furturi de echipamente și informații.

Art. 376. – 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, utilizatori în conformitate cu prevederile *Programului de prevenire a scurgerii de informații clasificate* din unitate și al Procedurilor Operaționale de Securitate – Pr.Op.Sec.

b) Mediile de stocare a informațiilor în formă electronică se predau zilnic, la terminarea programului, la responsabilul cu evidența și distribuirea mediilor de stocare a informațiilor, cu excepția componentelor SIC-urilor acreditate să funcționeze în locațiile specificate în ordinul de zi pe unitate.

c) Sistemele informatice proprietate personală, ale personalului unității sau din afara acesteia, (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe neînregistrate, telefoane mobile sau alte

dispozitive care au posibilitatea tehnică de filmare/ fotografiere/ înregistrare/ stocare/ transmitere de informații, unități zip, etc) pot fi introduse și utilizate în perimetrul S.C.U.M. Craiova, cu respectarea strictă a prevederilor procedurii specifice aplicabile la nivelul unității.

ESTE INTERZISĂ INTRODUCEREA SIC-urilor PORTABILE PROPRIETATE PRIVATĂ ÎN ZONELE DE SECURITATE, indiferent de scop, durată sau funcția deținută de proprietar/ utilizator, fără aprobarea comandantului.

SIC proprietate privată se pot utiliza numai pentru stocarea, procesarea sau transmiterea informațiilor de interes public.

Este interzisă conectarea SIC proprietate privată la SIC ale Ministerului Apărării Naționale.

d) Fișierele personale și documentele în format electronic ale personalului care a participat la activități naționale și internaționale, cursuri, sesiuni de comunicări științifice, misiuni, grupuri de lucru, pe suporturi electronice de informație, pot fi introduse în perimetrul Spitalului cu respectarea procedurii specifice aplicabile la nivelul unității. Persoanele care intenționează să introducă astfel de informații sunt obligate să informeze structura de securitate și șeful A.O.S.S.I.C.

e) 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:

- o să completeze o cerere pentru crearea contului de acces în sistemul informatic și să semneze un angajament de confidențialitate;
- o să nu lucreze pe contul altui utilizator,
- o să nu înstrăineze și să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate credențialele de acces proprii;
- o să utilizeze sistemele informatice numai pentru rezolvarea problemelor de serviciu având grijă să înștiințeze structura informatică și structura de securitate despre orice problemă tehnică sau de securitate sesizată;
- o să nu permită accesul la sistemele informatice persoanelor neautorizate;
- o să mânănuască și să utilizeze suportii de informații conform regulamentelor în vigoare;
- o să respecte procedurile operaționale de securitate specifice categoriei de sistem informatic la care are acces;

f) 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;

g) Accesul la sistemele informatice din dotarea S.C.U.M. Craiova de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezența cel puțin a unui specialist din structura informatică, după semnarea angajamentelor și îndeplinirea formalităților prevăzute de legile și regulamentele în vigoare și numai cu avizul structurii de securitate;

h) Accesul personalului S.C.U.M. Craiova la Internet se va face numai pe sistemele informatice special destinate acestui scop cu respectarea următoarelor reguli:

- o utilizatorul trebuie să completeze o cerere tip după a cărei aprobare va primi un cont și o parolă de utilizator pe care nu le va înstrăina;
- o este interzisă transmiterea pe Internet de informații confidențiale sau clasificate și se va raporta imediat structurii de securitate dacă se observă o astfel de situație;
- o 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..)
- o structura informatică va monitoriza permanent traficul pe Internet.

i) Persoanele desemnate și autorizate să utilizeze aparatura de comunicații de tip FAX și copiatoarele vor fi menționate în O.Z.U. împreună cu specificarea încăperilor unde se află instalate echipamentele și cu nivelul de clasificare;

j) Orice eveniment de securitate trebuie raportat comandantului și structurii de securitate;

k) Instruirea personalului pentru utilizarea și exploatarea sistemele informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică se va face conform procedurilor și Planului specific anual aprobat.

l) În scopul protejării informațiilor și a sistemelor informatice care le stochează/ procesează, înainte de punerea în funcțiune/ exploatare, structura AOSSIC și structura de securitate parcurg etapele specifice procesului de acreditare, potrivit nivelului de clasificare și categoriei de informații vehiculate;

m) Deținătorul sistemelor informatice specificate la litera c), înainte de a le scoate din unitate este obligat să se prezinte la administratorul de securitate; acesta primește temporar sistemul informatic, verifică configurația, respectarea măsurilor de securitate implementate în ziua în care este solicitată scoaterea din unitate, îl înapoiază proprietarului pe bază de semnătură și informează șeful structurii de securitate;

n) Pentru a reintroduce în unitate sistemele informatice specificate la litera c), se parcurg aceleși etape ca și la cea inițială;

o) În scopul protejării informațiilor și a sistemelor informatice care le stochează/ procesează, structura de securitate a unității va efectua periodic controale anunțate sau inopinate atât la punctul de acces în unitate cât și în interiorul acesteia;

p) Toți utilizatorii sistemelor informatice sunt verificați și avizați privind accesul la informații, în funcție de categoria și de nivelul de clasificare al acestora. de acces la informații clasificate. Accesul este permis doar la acele informații care îi sunt necesare pentru îndeplinirea sarcinilor de serviciu

q) 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.

r) Administratorul de sistem/ rețea răspunde de instalarea corectă, întreținerea și modificarea setărilor componentelor hardware.

s) Structura de comunicații și informatică din cadrul S.C.U.M. Craiova răspunde de actualizarea în permanență a protecției antivirus pentru sistemul informatic al spitalului.

t) Este interzisă îndepărtarea sau deteriorarea de către utilizatori a sigiliilor aplicate pe carcasa și porturile neutilizate ale sistemelor informatice pe care le exploatează. În cazul constatării lipsei sau deteriorării sigiliului, utilizatorul este obligat să anunțe imediat administratorul de securitate;

u) Mutarea sistemelor informatice în alte încăperi se face doar de personalul structurii AOSSIC cu avizul structurii de securitate și aprobarea sau la ordinul comandantului;

v) Este interzisă conectarea la sistemele informatice ale unității a altor sisteme informatice, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată

w) Lucrările de mentenanță a sistemelor informatice sunt efectuate numai de către administratorul de sistem/ rețea sau administratorul de securitate sau de către personalul autorizat care posedă autorizație de acces la informații clasificate, numai după ce s-au luat toate măsurile pentru asigurarea securității informațiilor conținute de mediile de stocare.

x) Instalarea de software se efectuează numai de către administratorul de rețea/ securitate. În cazul constatării nefuncționării sau funcționării anormale a sistemului de operare sau a unor aplicații software, utilizatorii sunt obligați să nu intervină din proprie inițiativă pentru remediere și să informeze imediat administratorilor de sistem/ rețea sau de securitate, care vor întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;

y) Informațiile vehiculate în REȚEAUA INTERNET și aplicațiile software sunt supuse controalelor în toate domeniile securității și protejate corespunzător.

z) Toate informațiile cu caracter militar precum și cele 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 structura de securitate.

aa) Prin grija structurii de comunicații și informatică, precum și a șefului structurii de securitate, pentru serverele pe care se stochează informațiile, se asigură spații securizate și protejate.

Art. 377. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Număr de evenimente/ incidente de securitate în ultimul an calendaristic;

b) Număr de angajamente de confidențialitate existente în raport cu numărul de personal angajat din S.C.U.M. Craiova;

c) Număr de cereri pentru crearea contului de acces în sistemul informatic depuse în raport cu numărul de utilizatori ai sistemului informatic în cadrul S.C.U.M. Craiova.

d) Număr de instruiți pentru utilizarea și exploatarea sistemelor informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică efectuate în raport cu numărul de instruiți planificat în ultimul an calendaristic.

9.85. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului

Art. 378. – Reglementarea procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizarea/ adoptarea măsurilor de arhivare a documentelor la nivelul spitalului;

b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează documente la nivelul spitalului pentru aplicarea regulilor de arhivare și manipulare a acestora;

c) Stabilește reguli privind păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor astfel încât să se asigure confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor

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

o pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în cadrul spitalului.

Art. 379. – Etapele procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul S.C.U.M. Craiova, toate structurile sunt obligate să înregistreze și să țină evidența tuturor documentelor intrate/ primite, a celor întocmite pentru uz intern și a celor ieșite.

b) Documentele/ înregistrările în formă fizică și/ sau electronică, se păstrează de către creatori/ autori/ elaboratori și de către utilizatori la locul de muncă (cu excepția celor secrete de stat), 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 unitate (și în mod excepțional, cele primite/ intrate) cu valoare practică, juridică sau istorică, se clasează în mape/ dosare, iar celelalte se distrug sau se returnează la expeditor, după caz, în cadrul/ de către structurilor/ e gestionare, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

d) După clasare, documentele se scad din evidențele curente de către gestionarii acestora. (aceeași operațiune, de scădere din evidență/ justificare – se execută și în cazul distrugerii/ expedierii documentelor).

e) Clasare documentelor în mape/ dosare/ unități arhivistice se face prin gruparea acestora pe problematici, în funcție de termenele de păstrare, în conformitate cu Indicatorul termenelor de păstrare și Nomenclatorul arhivistic întocmit și aprobat la nivelul spitalului, anual, până la 31 ianuarie pentru anul care începe și precizările Instrucțiunilor Arhivistice specifice Ministerului Apărării Naționale - IA 98, aprobate prin ordinul ministrului apărării naționale nr. MS 63/ 98, cu modificările și completările ulterioare.

f) Nomenclatorul arhivistic este întocmit, la propunerea structurilor gestionare, de șeful compartimentului documente clasificate, este avizat de șeful structurii de securitate, aprobat de comandant și înscris în ordinul de zi pe unitate. Modificarea și/ sau completarea acestuia se poate face cu respectarea aceluiași algoritm, pentru realizarea corecțiilor necesare, pe tot parcursul anului calendaristic, prin înscrierea în O.Z.U.

g) Fiecare dosar/ mapă/ unitate arhivistică creată, conține în mod obligatoriu o pagină de titlu care prezintă și problematica conținută și după caz un opis. Toate filele vor fi numerotate de creatorii de unități arhivistice, în creion, în ordine crescătoare.

h) Responsabilii cu crearea unităților arhivistice le predau gestionarului fondului arhivistic care certifică prin semnătură numărul total al filelor acestora și aplică ștampila instituției.

i) Evidența intrărilor/ ieșirilor în/ din FONDUL ARHIVISTIC se completează/ actualizează permanent de gestionarului fondului arhivistic în registrul special constituit.

j) Scoaterea/ scăderea din evidența curentă a arhivei se face doar conform precizărilor Instrucțiunilor Arhivistice specifice Ministerului Apărării Naționale - IA 98, aprobate prin ordinul

ministrului apărării naționale nr. MS 63/ 1998, cu modificările și completările ulterioare, în urma selecționării sau predării în alt depozit de arhivă.

k) Pentru selecționarea arhivei, anual, prin ordin de zi pe unitate, se numește o comisie de selecționare. Procesul de selecționare anuală se încheie cel mai târziu la 31 octombrie. Selecționarea unităților arhivistice se execută conform reglementărilor specifice în vigoare la nivelul Ministerului Apărării Naționale.

l) Anual, de regulă în prima zi lucrătoare a anului, sau ori de câte ori apar modificări, prin ordin de zi pe unitate, se numesc persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic.

m) Pentru păstrarea arhivei curente create la nivelul unității se alocă și se amenajează spații corespunzătoare care să respecte cerințele specifice prevăzute de legislația în vigoare.

n) Păstrarea documentelor în arhivă se face pe durata prevăzută în Nomenclatorul arhivistic.

o) Persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic verifică periodic modul de păstrare în timp a unităților arhivistice.

p) Persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic asigură diseminarea, în părțile care îi privesc, a conținutului Nomenclatorului către creatorii de unități arhivistice;

q) Personalul structurii de securitate, și personalul din serviciul interior cu responsabilități, verifică periodic asigurarea măsurilor de protecție fizică a fondului arhivistic.

Art. 380. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Număr de unități arhivistice create pe parcursul ultimului an calendaristic.

b) Număr de documentele nejustificate în registrele acestora de evidență pentru ultimul an calendaristic.

c) Număr de unități arhivistice selecționate în vederea distrugerii în ultimul an calendaristic.

9.86. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului

Art. 381. – 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. 382. (1) Protecția sistemului informațional este reglementată la nivelul spitalului prin Programul de prevenire a scurgerii informațiilor clasificate – P.P.S.I.C. care a fost întocmit, avizat și aprobat, acesta fiind analizat și actualizat periodic, conform legislației naționale în vigoare și prin Procedurile Operaționale de Securitate – Pr.Op.Sec.

(2) **Este INTERZISĂ scoaterea din unitate, fără aprobare, a informațiilor clasificate sau neclasificate aparținând unității, indiferent de formă, tip, conținut sau scop.**

(3) Particularități privind măsuri de protecție a sistemului informațional, specifice informațiilor neclasificate:

○ Redactarea, evidența, împachetarea și transportul documentelor neclasificate se face cu respectarea cerințelor minime impuse de prevederile P.P.S.I.C.;

○ Pentru gestionarea documentelor interne specifice microstructurilor din cadrul Spitalului, la nivelul acestora se nominalizează prin ordin de zi pe unitate un responsabil (și un înlocuitor) și se consemnează în ordinul de zi pe unitate intrarea în funcțiune a registrelor de evidență;

○ Manipularea documentelor neclasificate 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 neclasificate trebuie să permită în orice moment posibilitatea identificării cu ușurință a acestora și să poată fi justificate în cadrul verificării anuale sau la solicitare comisiilor de control sosite în unitate;
- Distrugerea documentelor neclasificate se execută pe baza a două semnături, în registrele pentru evidență primară, cea a deținătorului și cea a responsabilului CDC sau, dacă sunt supuse unei forme de evidență specifice, ale persoanei care le gestionează și șefului structurii de resort;
- Prin excepție, distrugerea registrelor unice neclasificate se face pe bază de proces-verbal;
- Clasarea în dosare a documentelor neclasificate se face în conformitate cu respectarea cerințelor specifice fiecărui domeniu și a instrucțiunilor arhivistice în vigoare.

Art. 383. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Număr de reclamații/ sesizări privind pierderea disponibilității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de reclamații/ sesizări privind pierderea confidențialității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului în ultimul an calendaristic;
- c) Număr de evenimente de securitate produse la nivelul instituției în ultimul an calendaristic.

9.87. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului

Art. 384. – 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 unității;
 - Distrugerea accidentală a documentelor.

Art. 385. – Distrugerea înregistrărilor/ documentelor arhivate la nivelul spitalului se face cu respectarea prevederilor Instrucțiunilor arhivistice IA-98, aprobate prin ordinul ministrului apărării naționale nr. MS-63/ 1998 cu modificările și completările ulterioare și a Metodologiei privind selecționarea și predarea arhivei create sau deținute de structurile din Armata României aprobată prin ordinul șefului statului major general, nr. SMG/ 2010.

(2) Distrugerea înregistrărilor/ documentelor arhivate la nivelul spitalului, componentă a procesului de selecționare, presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Selecționarea documentelor se realizează anual de către comisia de selecționare și constă în studierea fiecărei unități arhivistice și a fiecărui document existent în arhivă pentru a se aprecia importanța lor istorică, documentară sau practică. Funcție de importanța lor, stabilită de comisiile de selecționare, documentele valoroase vor fi pastrate permanent sau un timp îndelungat, iar cele lipsite de valoare vor fi eliminate, în vederea predării la macerat. Se supun acțiunii de selecționare documentele lipsite de valoare, cele cu termene de păstrare temporare, numai după expirarea termenelor în care ele au fost încadrate.

b) Termenul de păstrare al unei unități arhivistice se măsoară în ani calendaristici și se calculează de la 1 ianuarie a anului următor celui în care a fost încheiată, până la 31 decembrie a anului anterior celui în care se efectuează selecționarea acesteia;

c) Anual, pentru selecționarea unităților arhivistice, comandantul numește o comisie formată din 3 persoane avizate să aibă acces la informațiile care fac obiectul selecției;

d) Sarcina comisiei constă în selecționarea unităților arhivistice cu termen de păstrare temporar, cu termenul de păstrare expirat pe care le propune pentru scoaterea/ eliminarea din arhivă prin înscrierea în procesul verbal de selecționare;

e) Unitățile arhivistice propuse prin procesele-verbale de selecționare să fie eliminate vor fi păstrate în condițiile și în ordinea anterioară selecționării, până la primirea lucrărilor de selecționare avizate și aprobate;

f) Documentele cu valoare practică și termene de păstrare temporare, pe baza cărora se eliberează copii, certificate, extrase privind drepturile individuale ale cetățenilor, după expirarea termenului de păstrare, înainte de a fi distruse, pot fi înregistrate pe medii de stocare pentru a putea fi folosite în interes practic. În categoria documentelor cu valoare practică pot intra: foile de observație clinică, statele de plată, dosare de pensie, condici de clasă, registre maticole, fișele de evidență ale personalului, etc.;

g) Înregistrările/ documentele arhivate se scot din evidență doar pe baza procesului verbal de selecționare sau de distrugere, aprobat și avizat;

h) Documentele clasificate cu termenul de clasificare expirat se marchează corespunzător, în momentul selecției;

i) Documentele clasificate selecționate, cu termenul de clasificare care nu a expirat se distrug după aceleași reguli ca și documentele clasificate în uz;

j) Unitățile arhivistice care au termenul de păstrare până la 5 ani exclusiv, după îndeplinirea termenului de păstrare, se distrug în unitate, de către o comisie numita prin ordin de zi pe unitate, pe bază de proces-verbal, după aceleași reguli ca și documentele clasificate în uz;

k) Distrugerea înregistrărilor/ documentelor arhivate, cu termen de păstrare temporar se poate face și în situația în care emitentul acestora dispune în mod expres executarea acestei operațiuni;

l) După avizarea și aprobarea proceselor-verbale de selecționare, înregistrările/ documentele arhivate/ unitățile arhivistice stabilite pentru a fi eliminate se vor preda, potrivit ordinelor și dispozițiilor legale în vigoare privind valorificarea deșeurilor de hârtie, la macerat, doar la societățile agreeate, expres înscrise în avizul selecției. Delegatul unității, care însoțește obligatoriu transportul documentelor la topit, va supraveghea procesul de macerare a tuturor documentelor, până la stadiul când din ele nu se mai pot deduce nici un fel de date.

m) Mențiunile despre predarea unităților arhivistice la topit se vor face pe versoul proceselor-verbale de selecționare, astfel: *"Astăzi au fost predate, pentru macerat, toate documentele înscrise în prezentul proces verbal. În acest scop s-a emis actul de cântar nr. din pentru cantitatea dekilograme."*

n) Procesele-verbale de selecționare și/ sau distrugere aprobate și avizate se păstrează împreună cu inventarul fondului arhivistic și vor avea termenul de păstrare permanent, constituind actele legale de justificarea lipsei unor unitati arhivistice înscrise în inventarul fondului de arhivă.

o) Toate cazurile de pierdere, distrugere nelegală/ accidentală sau sustragere a documentelor arhivistice se vor raporta imediat după constatare, ierarhic.

Art. 386. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului distrugere a înregistrărilor/ documentelor arhivate la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Număr de cazuri de pierdere a documentelor arhivistice raportate anual, pentru care au fost luate măsuri adecvate;

b) Număr de cazuri de distrugere nelegală/ accidentală a documentelor arhivistice raportate anua, pentru care au fost luate măsuri adecvate;

c) Număr de cazuri de sustragere a documentelor arhivistice raportate anual, pentru care au fost luate măsuri adecvate.

9.88. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului

Art. 387. – 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. 388. - 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 condițiile legale și regulamentale privind securitatea sistemelor informatice înainte de a li se permite accesul la un cont. Acest lucru se asigură în timpul instructajului la locul de muncă efectuat la angajare.
- b) Utilizatorii cu drepturi administrative sau speciale de acces nu trebuie să folosească în mod abuziv aceste drepturi și trebuie să facă investigații numai sub îndrumarea membrilor din structura de securitate sau a 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 parolelor pentru fiecare cont cu drepturi administrative se înregistrează și se păstrează la CDC.

Art. 389. - În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, condițiile generale de acces la datele/ informațiile spitalului pentru utilizatorii cu drepturi restricționate sunt următoarele:

- a) Accesul la datele/ informațiile spitalului stocate/ gestionate în sistemele informatice este permis doar dacă pentru îndeplinirea atribuțiilor funcționale este necesar acest lucru, pe baza cererii de cont acces.
- b) Utilizatorii completează o cerere de cont și un angajament înainte de a accesa sistemele informatice și sunt obligați să păstreze confidențialitatea informațiilor privind contul de acces.
- c) Cererile sunt analizate de șeful locului de muncă (responsabil direct de nivelul, categoria, volumul informațiilor și sistemul informatic la/ prin care se face accesul la informațiile de care are nevoie pentru îndeplinirea atribuțiilor funcționale), avizate de structura AOSSIC (responsabilă cu crearea conturilor de utilizator și acordarea drepturilor de acces) și structura de securitate și aprobate de comandantul spitalului.
- d) Prin acorduri de confidențialitate, fișa postului, verificări de securitate și/ sau alte documente toți utilizatorii acceptă prevederile regulamentelor privind securitatea sistemului informatic.
- e) Accesul la informații clasificate și la date/ informații cu caracter personal se face cu respectarea strictă a principiului ”Necesitatea de a cunoaște”, care limitează accesul strict la informațiile necesare îndeplinirii atribuțiilor funcționale.

f) Pentru asigurarea confidențialității, disponibilității și protecției informațiilor în cadrul Spitalului este desemnată prin ordin de zi pe unitate o structură AOSSIC (autoritatea operațională de securitate în sistemele informatice și de comunicații) cu atribuții specifice. În cadrul AOSSIC sunt nominalizați minim: un administrator de securitate, administratori de sistem/ rețea, administrator web, administrator bază de date, gestionar al amdiilor de stocare a informațiilor.

g) Fiecare utilizator accesează sistemul informatic al spitalului, în baza dreptului de acces acordat, doar de pe contul personal, utilizând parola personală.

h) Este STRICT INTERZIS comunicarea către altă persoană a datelor personale de acces precum și utilizarea contului altei persoane.

i) Personalul spitalului este instruit periodic privind asigurarea confidențialității, disponibilității și protecției informațiilor conform Planului anual specific de pregătire întocmit de structura de securitate. Activitatea este consemnată în fișa individuală de pregătire.

j) Utilizatorii folosesc resursele informatice ale spitalului doar în scopul îndeplinirii atribuțiilor funcționale.

k) Începând de la angajare/ încadrare în cadrul spitalului, personalul semnează un angajament de confidențialitate în fața șefului structurii de securitate.

l) Abaterile de la regulile privind asigurarea confidențialității, disponibilității și protecției informațiilor, atrage răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, după caz.

m) 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 AOSSIC și structurii de securitate.

n) Structura AOSSIC întocmește PrOpSec specifice pentru fiecare categorie de SIC/ rețea, utilizatorii fiind obligați să ia cunoștință despre acestea, să le respecte și să le aplice.

o) Structura AOSSIC ține evidența tuturor sistemelor informatice, rețelelor, aplicațiilor, licențelor, conturilor și drepturilor de acces.

p) 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).

q) 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.

r) Administratorul de securitate/ sistem asigură ștergerea conturilor persoanelor (utilizatorilor) care nu mai lucrează în S.C.U.M. Craiova. Acest aspect este necesar să fie consemnat în Fișa de lichidare.

s) Parolele utilizate de către utilizatorii sistemului informatic trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- o să fie schimbate de utilizator în mod regulat, o dată la 90 de zile;
- o să aibă o lungime minimă de 9 caractere;
- o să fie parole complexe;
- o reutilizarea parolelor este interzisă;
- o parolele de cont utilizator nu trebuie divulgate nimănui, nici măcar angajaților care răspund de securitatea sistemelor informatice.

t) Dacă se suspectează că o parolă fost divulgată sau a fost descoperită aceasta trebuie schimbată imediat. Această situație trebuie ulterior raportată către Structura de securitate.

u) În situația în care un utilizator își blochează contul introducând de trei ori la rând parola greșită, acesta va înștiința administratorul de securitate/ sistem pentru deblocarea contului și schimbarea parolei.

v) Utilizatorii nu pot folosi programe de stocare a parolelor.

w) Sistemele informatice nu trebuie lăsate nesupravegheate fără a activa un sistem de blocare a accesului la acestea; deblocarea trebuie să se facă folosind parola.

x) **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").

y) Periodic, administratorul de rețea/ SIC face copii de siguranță ale bazelor de date pe suporturi de date independente, supuși măsurilor de protecție corespunzătoare.

Art. 390. – 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, CPU, laborator analize medicale, laborator radiologie și imagistică, farmacist șef și ambulatoriu integrat: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI;
 - Asistenții medicali/ de laborator din secții, compartimente, CPU, laborator analize medicale, laborator radiologie și imagistică, farmacie și ambulatoriu integrat: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI;
- b) Personalul din structurile nemedicale:
- Comandantul/director general: rețeaua militară clasificată INTRAMAN, INTERNET, e-mailul spitalului, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
 - Loctiitorul comandantului pentru probleme de stat major: rețeaua militară clasificată INTRAMAN, INTERNET, e-mailul spitalului, rețeaua internă, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
 - Directorul medical: rețeaua militară clasificată INTRAMAN, INTERNET, e-mailul spitalului, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
 - Director financiar-contabil, structura financiar-contabilă (personalul militar și civil): rețeaua militară clasificată INTRAMAN, INTERNET, e-mailul spitalului, rețeaua internă, aplicația Extranet, AXEL - contabilitate de gestiune, SIUI-Asigurați, aplicații ANAF;
 - Director administrativ: rețeaua militară clasificată INTRAMAN, INTERNET, e-mailul spitalului, rețeaua internă, aplicația Extranet;
 - Structura de securitate: acces la toate sistemele informatice – pentru implementarea măsurilor de protecție, control și cercetare a evenimentelor de securitate, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora), acces la aplicația STEF;
 - AOSSIC (personalul militar și civil): 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: rețeaua militară clasificată INTRAMAN, INTERNET, e-mailul spitalului, rețeaua internă, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora), aplicația RESMIL, REVISAL;
 - Birou achiziții și contractări (personalul militar și civil): rețeaua militară clasificată INTRAMAN, INTERNET, e-mailul spitalului, rețeaua internă, aplicația Extranet-XAchiziții, SEAP;
 - Serviciu statistică și evaluare medicală: rețeaua militară clasificată INTRAMAN, INTERNET, rețeaua internă, e-mailul spitalului, aplicația Extranet, SIUI, DRG, aplicații raportări statistice;
 - Birou managementul calității serviciilor medicale: rețeaua militară clasificată INTRAMAN, INTERNET, e-mailul spitalului, rețeaua internă, aplicația CAPESARO;
 - Personalul din structurile administrative, altul decât cel mai sus-nominalizat: rețeaua militară clasificată INTRAMAN, INTERNET, rețeaua internă.

Art. 391. – (1) **În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, accesul fizic la toate încăperile** în care sunt instalate sisteme informatice trebuie să fie documentat și monitorizat. Pe ușile de acces se vor indica persoanele care își desfășoară activitatea în fiecare încăpere.

(2) Toate încăperile în care sunt instalate sisteme informatice trebuie să fie protejate fizic, în funcție de importanța acestora și tipul datelor prelucrate sau stocate. Dacă încăperea rămâne goală, ușa de acces trebuie asigurată împotriva accesului.

(3) Personalul care are drepturi de acces trebuie să dețină legitimație de serviciu/ ecuson și acte de identitate care să-i ateste calitatea.

(4) Nu este permis transferul dreptului de acces indiferent de motiv.

(5) Accesul publicului, vizitatorilor sau a persoanelor străine în cadrul instituției se va face doar pe baza declarării identității și scopului vizitei. Vizitatorii și persoanele străine trebuie să fie însoțiți în zonele cu acces restricționat.

Art. 392. – (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 doar credențialele proprii pentru conectarea la rețea specificate 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. 393. – (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 S.C.U.M. Craiova 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 CPU, Spital, Ambulatoriu integrat, Radiologie și imagistică medicală, Laborator de analize medicale, Farmacie se introduc în format electronic în aplicații informatice medicale dedicate.

(4) Calculatoarele operatorilor/ asistenților medicali ce introduc datele pacienților sunt parolate și nu are nimeni acces la acestea, fiind securizate după încetarea programului, deasemenea accesul în aplicațiile informatice se face pe baza de utilizator și parolă.

Art. 394. – (1) Completarea bazei de date și actualizarea acesteia este necesară în vederea acumulării progresive și constante a datelor despre pacienți, importante pentru realizarea situațiilor în vederea decontării serviciilor medicale oferite.

(2) Baza de date este securizată (parola de utilizare) și utilizată la nivelul tuturor serviciilor medicale.

(3) Datele necodificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (numele și prenumele), nu vor fi transmise în raportările statistice.

(4) Datele codificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (codul numeric personal), vor fi transmise în forma criptată, utilizându-se mecanismul de criptare folosit în sistemul informatic unic integrat pentru generarea CID-lui.

Art. 395. – (1) **Informarea pacienților referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal se realizează cu respectarea următoarelor reguli:**

(2) Datele cu caracter personal destinate a face obiectul prelucrării sunt prelucrate cu bună credință și în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

(3) Prelucrările de date cu caracter personal se efectuează după informarea pacientului și obținerea consimțământului în mod expres și neechivoc pentru acea prelucrare.

(4) Pacienții sunt informați în formularul de consimțământ adoptat de spital, cu privire la:

a) Identitatea operatorului și a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;

b) Scopul în care se face prelucrarea datelor;

c) Informații suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie și consecințele refuzului de a le furniza; existența drepturilor de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, precum și condițiile în care pot fi exercitate;

d) Orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziție a autorității de supraveghere, ținând seama de specificul prelucrării.

Art. 396. – (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 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 cerințelor Legii nr. 677/ 2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, modificată și completată 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 Legii nr. 677/ 2001, 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. 397. – (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 ordinele, dispozițiile și reglementările nou intrate în vigoare/ ale eșaloanelor superioare 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, INTRAMAN, INTERMAN, 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.
- Ordinele comandantului spitalului înscrise în O.Z.U.;
- Procedurile documentate aplicabile fiecărui sector de activitate;
- Protocoalele medicale aplicabile structurilor medicale;
- Orice modificări/ completări/ abrogări/ revizuirii ale reglementărilor interne aplicabile în S.C.U.M. Craiova (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.

(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. 398. – (1) **Accesul diferitelor categorii de personal din cadrul S.C.U.M. Craiova 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.).
- 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 pentru 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, etc. 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

o 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:

- o Nivel < 100: scriere cereri
- o Nivel 150: ștergere + validare rezultat
- o Nivel 100: scriere rezultate + adaugare doze
- o Nivel 200: validare rezultat
- o 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:

- o Nivel 100 este nivel de administrator.
- o Nivel 75 este nivel de farmacie are drepturi peste intrari, ieșiri, raportări, configurări de medicamente și furnizori.
- o Nivel 50 este nivel de secție cu drepturi peste condici, transferuri și unele raportări
- o Nivel 1 este nivel folosit doar pentru operatori care au dreptul doar pentru raportări
- o Administratorul de sistem poate aloca gestiunile de pe care se pot scrie și elibera condici de medicamente.

Art. 399. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- o Număr de sesizări adresate comenzii S.C.U.M. Craiova în ultimul an calendaristic încheiat, privind restricționarea accesului în sistemul informatic al spitalului care a avut ca urmare imposibilitatea executării unor atribuții funcționale;
- o Număr de incidente de securitate săvârșite în ultimul an calendaristic încheiat, care au avut ca urmare divulgarea neautorizată a datelor;
- o Număr de conturi de utilizator existente în sistemul informatic, raportat la numărul de parole utilizat la un moment dat;
- o Număr de sesizări adresate comenzii S.C.U.M. Craiova în ultimul an calendaristic încheiat, privind accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital;
- o Număr de sesizări adresate comenzii S.C.U.M. Craiova în ultimul an calendaristic încheiat, privind transmiterea cu întârziere a setului de date/ informații stabilite a se transmite cu prioritate către utilizatori.

9.89. Consultarea unităților arhivistice. Eliberarea adevărilor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii

Art. 400. – Reglementarea procesului de consultare a unităților arhivistice și de eliberare a adevărilor sau duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii are ca principale scopuri:

a) Stabilirea modului în care se consultă documentele din fondul arhivistic al unității, cum se pot elibera adevăre/ copii/ duplicate (prin procedee xerox, fotocopiare, scanare) ale documentelor, pentru personalul propriu, personalul care face parte din comisiile de control și persoanele/ structurile care nu fac parte din Ministerul Apărării Naționale;

b) Stabilirea modului de eliberare a copiilor/ duplicatelor documentelor arhivate;

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

- o pierderea confidențialității datelor pacientului;
- o utilizarea datelor de către terți;

- compromiterea informațiilor;
- multiplicarea într-un număr mai mare de exemplare;
- diseminarea neautorizată.

Art. 401. – Consultarea unităților arhivistice și eliberarea duplicatelor documentelor se realizează cu respectarea următoarelor reguli și responsabilități generale, prevăzute de legislația în vigoare:

- a) În locurile în care se află 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 (art. 142, al.1/ M9/ 2013).
- b) La intrarea sau la ieșirea în/ din zonele de securitate sau zonele administrative, inopinat sau pe baza planificării, se execută controlul bagajelor, care constă în verificarea coletelor, genților și altor suportți, în vederea împiedicării scoaterii neautorizate a informațiilor clasificate, precum și a introducerii unor obiecte interzise (art. 141/ M9/ 2013).
- c) În obiectivele militare, este permisă folosirea aparatelor cu posibilități tehnice de fotografiere/ filmare, de înregistrare audio-video, de copiat sau de comunicare la distanță, numai cu aprobarea comandantului/ șefului unității militare (art. 142, al.2/ M9/ 2013).
- d) Documentele clasificate secrete de stat și de serviciu, se studiază în condițiile legislației în vigoare privind accesul la informațiile clasificate (art. 105, al.2/ MS63/ 1998).
- e) Fondurile arhivistice, existente asupra unităților militare, pot fi folosite pentru cercetare științifică, rezolvarea unor lucrări administrative sau de documentare, activități cultural-educative, eliberarea de certificate, adevărințe, extrase sau copii/ duplicate (art. 105, al.1/ MS63/ 1998).
- f) În principiu, documentele create de Ministerul Apărării Naționale și structurile sale pot fi studiate, de către cetățeni români sau străini, după trecerea a 30 de ani de la crearea lor (art. 106, al.1/ MS63/ 1998).
- g) Aprobarea studierii documentelor, precum și eliberarea unor copii/ duplicate de pe acestea, este de competența șefilor unităților deținătoare de arhive (art. 106, al.3/ MS63/ 1998).
- h) Dacă solicitarea provine de la un cetățean străin aprobarea pentru studiu și eliberarea de copii/ duplicate de pe documentele care nu au împlinit 30 de ani de la crearea lor, se dă numai de către șeful Statului Major al Apărării, la propunerea deținătorului arhivei, ori a șefului Arhivelor Militare Române (art. 107, al.2/ MS63/ 1998).
- i) Pentru rezolvarea unor probleme de serviciu, personalul Ministerului Apărării Naționale poate cerceta documentele aflate în arhivă, la oricare din deținători, indiferent de perioada în care au fost create. Documentele arhivistice create de o unitate militară pot fi consultate de personalul acesteia, cu aprobarea comandantului/ șefului (art. 108 și 108.1/ MS63/ 1998).
- j) În cazul documentelor secrete de stat sau secrete de serviciu, care nu au îndeplinit termenul de 30 de ani de la creare, pe copii/ duplicate (extrase) se va scrie sub „exemplarul nr.” cuvântul „COPIE/ DUPLICAT (EXTRAS)”, iar sub acesta, într-o paranteză, numărul și categoria de secret a documentelor din care provin. Categoria atribuită copiilor/ duplicatelor (extraselor) va fi în concordanță cu valoarea la zi a datelor respective, potrivit reglementărilor privind protecția informațiilor clasificate în vigoare (art. 109/ MS63/ 1998).
- k) 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 cu respectarea art. 109.1/ MS63/ 1998.
- l) Multiplicarea unui document din arhiva unității se face numai după aprobarea raportului întocmit conform modelului din Anexa nr. 8 .
- m) Transmiterea unor unități arhivistice/ documente din fondul arhivistic al unității către alte instituții, se face numai după obținerea aprobării Serviciului Istoric al Armatei. Solicitarea se face conform modelului din Anexa nr. 9 .
- n) Documentele care, prin datele și informațiile pe care le conțin, pot afecta siguranța, integritatea teritorială și independența statului român, drepturile și libertățile individuale ale cetățeanului, imaginea publică a unei persoane sau a urmașilor acesteia nu se dau la studiu, în vederea cercetării și publicării lor, nici după trecerea a 30 de ani de la creare, indiferent dacă, la data emiterii, au fost categorisite „neclasificat” (art. 110/ MS63/ 1998).

- o) Persoanele din cadrul M.Ap.N. 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 (art. 113/ MS63/ 1998).
- p) 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 (art. 117/ MS63/ 1998).
- q) În principiu, scoaterea unităților arhivistice dintr-o arhivă, pentru a fi studiate în alt loc, dar tot în cadrul M.Ap.N., este interzisă. Scoaterea definitivă sau temporară, în afara M.Ap.N., a unor unități arhivistice, indiferent în păstrarea cui se află acestea, se va efectua numai cu aprobarea ministrului apărării naționale. În astfel de situații, unitățile arhivistice vor fi predate și primite pe baza unui proces-verbal sau adresă de trimitere (restituire) verificându-se, cu deosebită atenție, atât la predare cât și la primire, starea lor fizică, integritatea și dacă sunt toate filele care compun unitatea arhivistică (art. 118 și 119/ MS63/ 1998).
- r) Toate unitățile militare au 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, studii militare, etc (art. 120/ MS63/ 1998).
- s) Pentru eliberarea certificatelor, adeverințelor, extraselor, copiilor/ duplicatelor se vor respecta și prevederile art. 122-126/ MS63/ 1998.
- t) 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)
- u) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, tratamentul, datele personale sunt confidentiale, 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, obținerea consimțământului nu mai este obligatorie. (Legea 46/ 2003 actualizată)
- v) Pacienții, aparținătorii și vizitatorii au acces neîngrădit la depunerea sugestiilor, cererilor, reclamațiilor/ petițiilor și sesizărilor în legătură cu Spitalul, la registratură sau în cutiile special instalate în acest scop. Acestea sunt ridicate zilnic și prezentate factorilor decizionali. (Legea 46/ 2003 actualizată).

Art. 402. – 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 comandant, și precizează unitatea arhivistică (dosar, mapă, registru...), specificând numărul, volumul, denumirea, structurii care la creat, pe care dorește să o consulte sau pe care comisia de control o solicită pentru cercetare și semnează în registrul special destinat (menționând inclusiv baza legală a executării controlului).
- b) Înainte de punerea la dispoziție a unităților arhivistice gestionarul fondului arhivistic verifică (în tabelul cu personalul care deține autorizații de acces la informații clasificate sau în documentele specifice ale personalului din cadrul comisiei de control) dacă nivelul de clasificare al documentelor solicitate corespunde sau este mai mic decât cel al autorizațiilor de acces la informații clasificate ale solicitantului și ale personalului comisiei de control (după caz).
- c) Gestionarul fondului arhivistic pune la dispoziție solicitantului, pe bază de semnătură (dată în Registrul pentru evidența consultării fondului arhivistic), unitățile arhivistice solicitate.
- d) Solicitantul sau personalul comisiei de control, sub supravegherea reprezentantului desemnat al unității consultă (conform solicitării/ pe perioada controlului) documentele doar în spațiile special destinate. Documentele clasificate secret de stat, se consultă doar în încăperea în care sunt păstrate.

- e) Solicitantul returnează după consultare (zilnic, până la terminarea programului, cele clasificate secret de stat) unitățile arhivistice gestionarului fondului arhivistic, operațiune consemnată sub semnătură de către gestionarul fondului arhivistic în Registrul pentru evidența consultării fondului arhivistic.
- f) Anterior de reintroducerea unităților arhivistice consultate în fondul de arhivă, gestionarul fondului arhivistic verifică existența și integritatea unității arhivistice. În cazul constatării de deficiențe va raporta imediat această situație șefului structurii de securitate și comandantului spitalului, luând ulterior măsurile ordonate de către aceștia.
- g) Unitățile arhivistice care nu au fost create de către solicitant nu pot fi consultate decât după obținerea aprobării comandantului.

Art. 403. – Multiplicarea fizică în scopul eliberării adeverițelor 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 dorește multiplicarea.

b) Solicitantul întocmește în vederea multiplicării documentelor o cerere de multiplicare (model anexa 11 din M9/ 2013), care se avizează de către șeful structurii de securitate, se aprobă de către comandant și se înregistrează de către personalul C.D.C.

c) Solicitantul predă operatorului, cererea de multiplicare completată, după obținerea avizelor și aprobărilor necesare.

d) Operatorul stației de multiplicare completează Registrul pentru evidența documentelor multiplicare (model anexa 12 din M9/ 2013) și execută operațiunea de multiplicare.

e) După multiplicare, operatorul stației de multiplicare evidențiază operațiunea de multiplicare atât pe documentul original cât și pe copiile rezultate.

Art. 404. – Scanarea documentelor în scopul eliberării adeverițelor 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 (model anexa 13 din M9/ 2013 - doar pentru documentele clasificate) 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 (model anexa 13 din M9/ 2013).

d) După scanare se diseminează informațiile scanate conform aprobărilor.

Art. 405. – Eliberare de adeverițe și efectuare de copii/ duplicate presupune derularea următoarelor activități:

a) Solicitantul întocmește cererea/ solicitarea eliberării documentului necesar.

b) Solicitantul depune cererea/ solicitarea la C.D.C.

c) Responsabilul cu evidența cererilor/ rapoartelor/ petițiilor din cadrul C.D.C. înregistrează cererea/ solicitarea la CDC în Registrul cu evidența cereri/ rapoarte/ petiții.

d) Responsabilul cu evidența cereri/ rapoarte/ petiții prezintă cererea/ solicitarea comandantului 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 comandant pentru redactarea răspunsului în termenul legal prevăzut de legislație.

f) Specialistul/ lucrătorul care are sarcina soluționării cererii prezintă răspunsul la cerere/ solicitare și adeverița eliberată și/ sau copie/ duplicat a documentelor (conform solicitării), la structura de securitate, pentru avizare și eventuala eliminare a informațiilor clasificate, înainte de aprobarea comandantului.

g) Specialistul/ lucrătorul care are sarcina soluționării cererii prezintă răspunsul la cererea/ solicitarea și adeverița eliberată și/ sau copie/ duplicat a documentelor (conform

solicitării), la comandant, pentru aprobare, după avizarea acestuia de către structura de securitate.

- h) Responsabilul cu evidența cereri/ rapoarte/ petiții înregistrează răspunsul și-l predă solicitantului împreună cu adeverința și/ sau copiei a documentelor (conform solicitării), în termenul legal prevăzut de legislație, consemnând acest lucru în registrul de evidență.

Art. 406. – Eliberarea documentelor medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți se realizează în strictă concordanță cu prevederile *OMS 1410/ 2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/ 2003*, urmărindu-se respectarea următoarelor reguli:

- a) S.C.U.M. Craiova 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 comandantul spitalului.
- c) În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu, solicitantul trebuie să facă dovada că are calitatea de aparținător/ reprezentant legal.
- d) În cazul persoanelor împuternicite care solicită documente medicale ale pacienților, acestea este necesar să anexeze ”Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale” prevăzut în anexa nr. 5 la OMS 1410/ 2016.
- e) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face de către persoana nominalizată de către șeful S.E.S.M. împreună cu gestionarul fondului arhivistic, în termen de maximum 48 de ore de la înregistrarea solicitării.
- f) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face după completarea de către pacienți/ 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. 407. – Anual, prin grija șefului structurii de securitate, se realizează atât planificarea instruirilor periodice ale personalului care avizează/ eliberează documentele medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți, cât și instruirea propriu-zisă, conform planificării aprobate.

Art. 408. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de sunt următorii:

- j) Număr de documente scanate/ multiplicat eliberate în raport cu numărul de cereri de documente solicitate spre eliberare, în ultimul an calendaristic încheiat;
- k) Număr de documente eliberate la cerere în intervalul de timp legal, din numărul total de documente eliberate în ultimul an calendaristic încheiat.
- l) Numărul instruirilor periodice efectuate, în ultimul an calendaristic încheiat, ale personalului care avizează/ eliberează documentele medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți, în raport cu numărul respectivelor instruiți planificate în același interval de timp.

9.90. Utilizarea echipamentului individual de protecție

Art. 409. (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, kinetoterapeuți, bucătari
- b) - roșu / grenă –asistenți medicali din toate sectoarele de activitate
- c) - verde – infirmiere
- d) - bleumarin –îngrijitoare, personal din serviciul spălătorie
- e) - bleu – 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 deponă hainele de stradă în vestiare, la intrarea în serviciu;
- b) să poarte echipament de protecție curat, format din: bluză, pantalon sau fustă, papuci, șosete, iar după caz: bonetă (capelină), mască facială, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mănuși de protecție termică, șorțuri etc;
- c) să nu iasă cu echipamentul de protecție în afara spitalului;
- d) echipamentul de protecție textil, care nu este de unică folosință, se spală și se calcă la spălătoria spitalului, nu acasă;
- e) echipamentul de protecție textil, care nu este de unică folosință se păstrează în vestiare special amenajate, separat de hainele de stradă.

Art. 410. - Echipamentul individual de protecție (EIP) reprezintă totalitatea mijloacelor individuale de protecție cu care este dotat angajatul în timpul lucrului. Acesta poate fi reprezentat de: mănuși, halate, șorțuri, mască, protectoare faciale (ochelari, ecran protector), bonete/capeline, încălțăminte de spital, cizme de cauciuc.

Art. 411. - (1) Mănușile constituie o barieră de protecție și previn contaminarea mâinilor la contact cu produsele biologice. Mănușile trebuie utilizate în următoarele situații:

- a) anticiparea contactului mâinilor cu sânge, lichide biologice contaminate, alte lichide biologice cu urme vizibile de sânge, țesuturi umane;
- b) abord venos sau arterial;
- c) contact cu pacienți care sângerează, au plăgi deschise, escare de decubit, alte leziuni cutanate;
- d) manipularea, după utilizare a instrumentarului contaminat, în vederea curățirii, decontaminării.

(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;
 - manipularea de materiale contaminate;
 - curățenie, îndepărtare de produse biologice 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.

(3) Mod de utilizare pentru mănușile de unică folosință:

- a) se schimbă după fiecare pacient;
- b) după folosire se spală mai întâi mâinile cu mănuși, după care acestea se îndepărtează, prinzând marginea primei prin exterior aruncând-o în containerul pentru colectare și apoi prinzând-o pe cealaltă, cu mâna liberă prin interior, scoțând-o cu grijă și aruncând-o în același container;
- c) după îndepărtarea mănușilor mâinile se spală din nou, 10-15 secunde, chiar dacă mănușile nu prezintă semne vizibile de deteriorare în timpul activității încheiate; mănușile de unică utilizare nu se reutilizează, deci nu se curăță, dezinfectează;

(4) Mod de utilizare pentru mănușile de uz general – de menaj, se pot decontamina și reutiliza, dacă nu prezintă semne de deteriorare (perforare, îmbătrânire cauciuc, etc.)

Art. 412. - Echipamentul de spital, altul decât cel din Blocul operator este constituit din halat, bluză și pantalon, bluză și fustă, rochie 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. 413. - Maska de unică folosință, cu 1-2-3 straturi, protejează mucoasele bucală, nazală ale personalului medical.

Art. 414. - Protectoare faciale (ochelari) protejează: tegumentele, mucoasele din zona oculară.

Art. 415. - Bonete/capeline simple din material textil se pot reutiliza sau sunt de unică folosință.

Art. 416. - Cizmele de cauciuc sunt utilizate la nevoie în spălătorie sau de muncitorii din formațiunea de cazarmare.

Art. 417. - Halate de unică folosință se folosesc:

- a) În blocul operator – halate chirurgicale, de unică folosință, care asigură bariera corespunzătoare între pacient și personalul medical, confortabile.
- b) Pentru uzul vizitatorilor din secțiile spitalului – din material nețesut, asigură igiena și protecția pacienților.

Art. 418. - (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

ATENȚIE: În zona de filtru a Blocului operator este obligatorie schimbarea ținutei de spital cu ținuta de sală, inclusiv încălțăminte!

b) În spațiile unde se efectuează manevre invazive din cadrul Laboratorului clinic de radiologie imagistică medicală și din cabinetul de endoscopie – se recomandă echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, ochelari de protecție;

c) În C.P.U. - se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție.

d) În A.T.I. - se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție, capelină.

e) În secțiile spitalului altele decât A.T.I. se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție, capelină.

f) În zona de acces din ATI este asigurat spațiu (zona de filtru) și echipament de protecție a vizitatorilor, inclusiv pentru personalul medical din alte secții după cum urmează: halat și botoșei de unică folosință.

g) Accesul în infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților de la nivelul fiecărei secții se face utilizând halate de unică folosință, mănuși de unică folosință, mască facială de unică folosință, capelină de unică folosință. Tot echipamentul de protecție se aruncă la părăsirea zonei de izolatoare 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 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 de sterilizare utilizează următoarele categorii de echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mănuși de protecție termică, mască facială textilă, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.

l) Personalul medico-sanitar din secții care pregătește instrumentar pentru sterilizat utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.

m) Personalul din laboratorul de analize medicale utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.

n) Personalul din serviciul de anatomie patologică utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate

o) Personalul din compartimentul de prosectură utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.

p) Vizitatorii din secții, altele decât ATI și Boli infecțioase, trebuie să poarte halatul de unică folosință pus la dispoziție de spital, la intrarea în secție.

q) 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.

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, pantalon, bonetă, papuci, șosete, unde este cazul mănuși de unică folosință. Respectivul personal nu are voie să iasă cu echipamentul de protecție în afara blocului alimentar.

s) Persoanele care manipulează lenjeria în spălătoria spitalului sunt obligate:

- să utilizeze echipamentul de protecție (mănuși rezistente la acțiuni mecanice (mănuși de uz general, de menaj), ochelari de protecție, măști);
- personalul care lucrează în zona murdară trebuie să poarte echipament de spital de culoare bleumarin marcat distinct și care se schimbă zilnic;
- personalul care lucrează în zona curată trebuie să poarte echipament de spital de culoare bleumarin
- la manipularea lenjeriei curate, personalul va respecta codurile de procedură privind igiena personală și va purta echipamentul de protecție adecvat; personalul care lucrează în zona curată trebuie să-și schimbe echipamentul cel puțin săptămânal;
- la trecerea din zona murdară în zona curată a spălătoriei (în zona de filtru), personalul este obligat să schimbe uniforma de lucru;
- mănușile menajere utilizate la sortare se spală la sfârșitul turei cu apă caldă și detergent și se refolosesc;
- uniforme de lucru murdare se depozitează în saci separat de lenjeria spitalului și se spală separat.

t) 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.

u) Personalul de distribuție din depozite (lucrătorii) trebuie să folosească echipament de protecție (mănuși, sorturi etc.) atunci când manipulează substanțe potențial toxice.

9.91. Negocierea și stabilirea indicatorilor specifici de performanță ai managementului secției/laboratorului/ serviciului

Art. 419. – (1) Negocierea și stabilirea indicatorilor specifici de performanță ai managementului secției/laboratorului/ serviciului reprezintă prerogative pe care le are Comitetul director al spitalului în raport cu șefii secțiilor/laboratoarelor/ serviciilor medicale din cadrul spitalului, această activitate având rolul de a elimina/trata următoarele riscuri:

- o Necoroborarea obiectivelor de performanță individuală cu indicatori de performanță stabilite la nivel secție;
- o Impact negativ privind alocarea de fonduri pentru dotarea și funcționarea microstructurii;
- o Viitor contract încheiat în condiții neavantajoase cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

(2) Activitatea de negociere și stabilire a indicatorilor specifici de performanță ai managementului secției/laboratorului/ serviciului se realizează anual, între membrii Comitetului director și șefii de secții/laboratoare și servicii medicale titulari de funcții, de regulă în prima lună imediat următoare încheierii contractului anual cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., încheiându-se cu această ocazie acte adiționale/anexe la contractele de administrare existente/nou încheiate. Indicatorii de performanță avuți în vedere la încheierea actelor adiționale/anexelor la contractele de administrare existente/nou încheiate sunt categorisiți după cum urmează:

- a) Indicatori de management al resurselor umane;
- b) Indicatori de utilizare a serviciilor;
- c) Indicatori economico-financiari;
- d) Indicatori de calitate.

(3) Ulterior încheierii actelor adiționale/anexelor la contractele de administrare existente/nou încheiate, șefii de secții/laboratoare/servicii medicale au dreptul de a stabili prin negociere directă cu fiecare dintre medicii din subordine obiective de performanță individuale **în strictă concordanță cu valorile asumate anual ale indicatorilor de performanță de către șefii de secții/laboratoare/servicii medicale prin actele adiționale/anexele la contractele de administrare existente/nou încheiate.**

(4) Obiectivele de performanță individuale se pot referi la oricare dintre indicatorii de performanță asumați anual de către șefii de secții/laboratoare/servicii medicale prin actele adiționale/anexele la contractele de administrare existente/nou încheiate, acordându-se prioritate următorilor indicatori:

a) Indicatori de management al resurselor umane:

- i. Numărul mediu de bolnavi externați pe un medic;
- ii. Numărul mediu de anestezii efectuate pe un medic (doar în Compartimentul A.T.I.);
- iii. Numărul mediu de consultații pe un medic în ambulatoriu integrat (mai puțin în Compartimentul A.T.I.);
- iv. Numărul mediu de consultații pe un medic al secției în CPU;
- v. Numărul mediu de investigații paraclinice / medic efectuate bolnavilor (doar pentru laboratoarele paraclinice);
- vi. Numărul mediu de investigații paraclinice / medic efectuate în baza unui bilet de trimitere pe un medic (doar pentru laboratoarele paraclinice);
- vii. Numărul mediu de investigații paraclinice / medic efectuate de urgență (doar pentru laboratoarele paraclinice).

b) Indicatori de utilizare a serviciilor:

- i. Durata medie de spitalizare a bolnavilor internați / medic;
- ii. Rata de utilizare a paturilor / medic;
- iii. Indicele de complexitate a cazurilor internate / medic;
- iv. Proporția bolnavilor internați cu programare din totalul bolnavilor internați medic;
- v. Procentul bolnavilor cu intervenții chirurgicale din totalul bolnavilor externați / medic (doar pentru secțiile cu profil chirurgical);
- vi. Numărul de investigații paraclinice efectuate / medic pentru activități bugetate de MApN (doar pentru laboratoarele paraclinice);
- vii. Proporția investigațiilor paraclinice / medic efectuate de urgență din totalul investigațiilor efectuate de laborator (doar pentru Laboratorul analize medicale);
- viii. Număr de investigații RMN/medic (doar pentru Laboratorul clinic radiologie și imagistică medicală);
- ix. Număr de investigații CT/medic (doar pentru Laboratorul clinic radiologie și imagistică medicală);
- x. Număr de investigații de ecografie/medic (doar pentru Laboratorul clinic radiologie și imagistică medicală);
- xi. Număr de investigații RX/medic (doar pentru Laboratorul clinic radiologie și imagistică medicală);
- xii. Numărul de analize / medic – domeniul Hematologie și citologie (doar pentru Laboratorul analize medicale);
- xiii. Numărul de analize / medic – domeniul Imunologie (doar pentru Laboratorul analize medicale);
- xiv. Numărul de analize / medic – domeniul Bacteriologie (doar pentru Laboratorul analize medicale);
- xv. Numărul de analize / medic – domeniul Biochimie (doar pentru Laboratorul analize medicale).

c) Indicatori economico-financiari:

- i. Procentul cheltuielilor cu medicamentele/medic din totalul cheltuielilor secției;
- ii. Costul mediu pe zi de spitalizare / medic.
- iii. Procentul cheltuielilor cu reactivi și materiale sanitare/medic din totalul cheltuielilor laboratorului (doar pentru laboratoarele paraclinice);
- iv. Costul mediu pe investigație / medic (doar pentru laboratoarele paraclinice).

d) Indicatori de calitate:

- i. Rata mortalității intraspitalicești / medic;
- ii. Rata infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare/medic;
- iii. Rata bolnavilor reinternati în intervalul de 30 de zile de la externare / medic;
- iv. Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare / medic;
- v. Procentul bolnavilor transferați către alte spitale din totalul bolnavilor internați / medic;
- vi. Procentul rezultatelor corecte/totalul rezultatelor investigațiilor paraclinice (doar pentru laboratoarele paraclinice);
- vii. Procentul probelor repetate față de total probe recoltate (doar pentru Laboratorul analize medicale);
- viii. Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților înregistrate / medic.

Art. 420. – Obiectivele de performanță stabilite pentru fiecare medic trebuie să aibă în vedere experiența și competențele profesionale ale fiecărui medic în parte și este necesar să corespundă următoarelor cerințe:

- a) Să fie specifice atribuțiilor funcționale din fișele de post;
- b) Să fie prevăzute cu termene de realizare;
- c) Să fie cuantificabile;
- d) Să fie flexibile – să poată fi revizuite în funcție de modificările intervenite în prioritățile secției / laboratorului / serviciului medical.

Art. 421. – (1) Obiectivele de performanță individuale se pot menționa în fișa de evaluare a activității profesionale pentru anul anterior și se aduc la cunoștința medicului evaluat în termen de 5 zile de la stabilirea/modificarea acestora, sub sancțiunea neluării lor în seamă.

(2) Nivelul de îndeplinire a obiectivelor de performanță individuale se notează de către șeful secției / laboratorului / serviciului medical în fișele de evaluare anuale cu note de la 1 la 5, cu respectarea întocmai a prevederilor normative incidente din normele legale care privesc evaluarea anuală a personalului militar/civil din Ministerul Apărării Naționale.

CAPITOLUL X - CRITERIILE ȘI PROCEDURILE DE PROMOVARE ȘI DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR

Art. 422. - (1) Prin promovare se asigură evoluția în carieră a personalului contractual, prin trecerea într-un grad superior sau treaptă profesională superioară, într-o funcție de conducere sau într-o funcție pentru care este prevăzut un nivel de studii superior.

(2) Promovarea personalului contractual din cadrul Spitalului se face cu respectarea întocmai a prevederilor *H.G. nr. 286 din 23.03.2011 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind stabilirea principiilor generale de ocupare a unui post vacant sau temporar vacant corespunzător funcțiilor contractuale și a criteriilor de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice, cu modificările ulterioare*, precum și a *Ordinului ministrului apărării naționale nr. M. 58 din 08.07.2011 pentru aprobarea Normelor privind ocuparea prin concurs ori examen a unui post vacant sau temporar vacant de personal civil contractual în Ministerul Apărării Naționale, precum și a Regulamentului de organizare și desfășurare a examenului de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului civil contractual din Ministerul Apărării Naționale*.

Art. 423. - Examenul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului civil contractual din S.C.U.M. Craiova se organizează pentru posturile prevăzute în statul de organizare propriu, după finalizarea perioadei de evaluare a performanțelor profesionale individuale sau, în cazul personalului civil contractual încadrat ca debutant, în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea perioadei de 6 luni de activitate profesională.

(2) Anterior organizării examenului, în cadrul S.C.U.M. Craiova se analizează situația personalului civil 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. 424. - (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 civil contractual din cadrul S.C.U.M. Craiova, va fi utilizată metodologia prevăzută în normele interne specifice și aplicabile în Ministerului Apărării Naționale.

Art. 425. - (1) Procedura și criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul civil contractual din cadrul S.C.U.M. Craiova sunt cele specificate de prevederile art. 55-69 din *Ordinul ministrului apărării nr. M.17/04.02.2012 pentru aprobarea „Regulamentului de ordine interioară aplicabil personalul civil din Ministerul Apărării Naționale”*.

(2) Criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul civil contractual din cadrul S.C.U.M. Craiova se stabilesc prin contractele individuale de muncă sau/și actele adiționale la contractele individuale de muncă, după caz, și se consemnează în fișa de evaluare anuală a activității profesionale.

(3) **În mod obligatoriu, în cadrul S.C.U.M. Craiova, comunicarea cu pacienții/aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului civil contractual.**

CAPITOLUL XI - PROGRAMUL ORAR

Art. 426. - Programul orar al unității și activitățile care se desfășoară în cadrul acestuia se stabilesc de către comandantul S.C.U.M. Craiova, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare.

Art. 427. – (1) Programul orar al Spitalului se menționează anual în O.Z.U. nr.1.

(2) În situația că se impune, funcție de necesitățile curente ale structurilor din cadrul S.C.U.M. Craiova sau de anumite probleme personale ale personalului unității, programul orar pentru una sau mai multe persoane poate fi modificat la propunerea șefului locului de muncă interesat sau a persoanei interesate, de către comandantul spitalului, situație care va fi înscrisă în O.Z.U. în termen de 24 de ore de la apariția acesteia.

Art. 428. – Timpul de muncă al diferitelor categorii de personal din cadrul S.C.U.M. Craiova, 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 XII - DISPOZIȚII FINALE

Art. 429. – (1) Dispozițiile prezentului Regulament se completează cu prevederile normativelor aplicabile în Ministerul Apărării Naționale și ale legislației muncii.

(2) Regulile de aplicare detaliată la nivelul S.C.U.M. Craiova 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 comandant, 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 S.C.U.M. Craiova, în timpul cel mai scurt posibil, după caz.

Art. 430. - Anexele nr. 1 la 12 fac parte integrantă din prezentul Regulament.

DEFINIȚII

În întregul text al prezentului Regulament, următorii termeni au următoarele înțelesuri:

Act medical - acțiunea personalului medical exercitată în relație directă cu pacientul în vederea prevenirii îmbolnăvirilor, diagnosticării, tratării, acordării de îngrijiri medicale, reabilitării, precum și monitorizării stării de sănătate a acestuia.

Compartimente funcționale ale Spitalului - oricare din elementele prevăzute în organigrama Spitalului, de la funcția independentă la secție, denumite în continuare și "Microstructuri".

C.D.C. - Compartiment documente clasificate.

Conducerea unității/spitalului - Comandantul Spitalului sau orice alte persoane cu funcții de conducere pe care acesta l-a delegat/mandatat în acest scop.

Conducătorul ierarhic superior - desemnează persoana care ocupă funcția imediat superioară unui anumit post în organigrama Spitalului și care asigură coordonarea și supravegherea activității acestuia.

Discriminare - distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale.

Discriminare bazată pe criteriul de sex - discriminarea directă și discriminarea indirectă, hărțuirea și hărțuirea sexuală a unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă sau în alt loc în care aceasta își desfășoară activitatea; Constituie discriminare bazată pe criteriul de sex orice comportament nedorit, definit drept hărțuire sau hărțuire sexuală, având ca scop sau efect:

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

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

Discriminare directă - situația în care o persoană este tratată mai puțin favorabil, pe criterii de sex, decât este, a fost sau ar fi tratată altă persoană într-o situație comparabilă.

Discriminare indirectă - situația în care o dispoziție, un criteriu sau o practică, aparent neutră, ar dezavantaja în special persoanele de un anumit sex în raport cu persoanele de alt sex, cu excepția cazului în care această dispoziție, acest criteriu sau această practică este justificată obiectiv de un scop legitim, iar mijloacele de atingere a acestui scop sunt corespunzătoare și necesare;

Discriminare multiplă - orice faptă de discriminare bazată pe două sau mai multe criterii de discriminare.

Evaluarea salariaților - procesul prin care se apreciază nivelul de dezvoltare profesională a acestora.

Hărțuire - situația în care se manifestă un comportament nedorit, legat de sexul persoanei, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității persoanei în cauză și crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.

Hărțuire sexuală - situația în care se manifestă un comportament nedorit cu conotație sexuală, exprimat fizic, verbal sau nonverbal, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității unei persoane și, în special, crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.

Intervenție medicală - orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare.

Îngrijiri de sănătate - serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical.

Îngrijiri terminale - îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului.

Locul de muncă – este zona delimitată în spațiu, în funcție de specificul muncii, înzestrată cu mijloacele și cu materialele necesare muncii, în vederea realizării unei operații, lucrări sau pentru îndeplinirea unei activități de către unul ori mai mulți executanți, cu pregătirea și îndemânarea lor, în condiții tehnice, organizatorice și de protecție a muncii corespunzătoare, din care se obține un venit în baza unui raport de muncă ori de serviciu cu un angajator.

O.Z.U. – Ordin de zi pe unitate;

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

Personalul – Personalul de conducere și personalul de execuție, de toate categoriile, împreună.

Pseudonimizare - înseamnă prelucrarea datelor cu caracter personal într-un asemenea mod încât acestea să nu mai poată fi atribuite unei anume persoane vizate fără a se utiliza informații suplimentare, cu condiția ca aceste informații suplimentare să fie stocate separat să facă obiectul unor măsuri de natură tehnică organizatorică care să asigure neatribuirea respectivelor date cu caracter personal unei persoane fizice identificate sau identificabile.

„Regulamentul” – Regulament de ordine interioară.

Servicii de sănătate - totalitatea activităților medicale și nemedicale, necesare stabilirii riscului de boală, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor medicale și monitorizării stării de sănătate a pacienților.

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

S.I.C. - Sistemele informatice și de comunicații.

„Spitalul” – Spitalul Clinic de Urgență Militar ”Dr. Ștefan Odobleja” Craiova, cu sediul social în str. Caracal, nr. 150, mun. Craiova, denumit în continuare și “**Angajatorul**”.

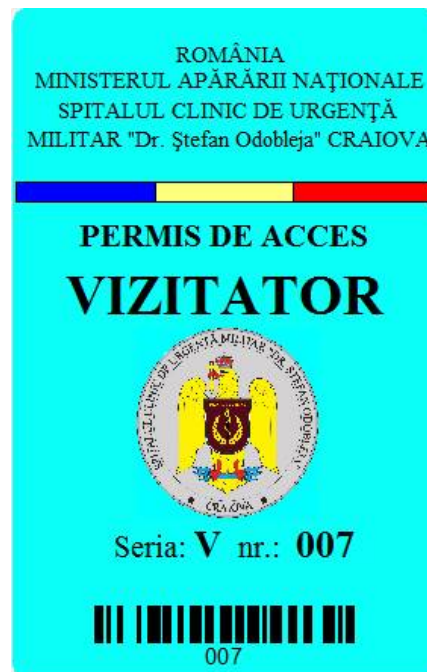
**ACTELE NORMATIVE ÎN BAZA CĂRORA ESTE ÎNTOCMIT
REGULAMENTUL DE ORDINE INTERIOARĂ AL
SPITALULUI**

- Constituția României;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 80/1995 privind statutul cadrelor militare, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr.53/24.06.2003- Codul muncii republicat, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 346 din 25 iulie 2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Apărării;
- Legea 213 / 2004 – privind exercitarea profesiei de psiholog;
- H.G. 788 / 2005 - privind normele de aplicare ale Legii 213 / 2004– privind exercitarea profesiei de psiholog;
- Ordinul ministrului apărării nr. M. 38/15.03.2016 pentru aprobarea „*R.G.1,Regulamentul de ordine interioară în unitate*”;
- „*Regulamentul serviciului interior*” aprobat prin Ordinul ministrului apărării naționale nr. M. 97 din 02.09.2014, cu modificările și completările ulterioare
- Ordinul ministrului apărării nr. M.17/04.02.2012 pentru aprobarea „*Regulamentului de ordine interioară aplicabil personalul civil din Ministerul Apărării Naționale*”;
- Ordinul ministrului apărării nr. M. 64 din 10.06.2013 pentru aprobarea „*Regulamentului disciplinei militare*”;
- Ordinul ministrului apărării naționale nr. M-122 din 20.11.2014 pentru aprobarea „*Metodologiei întocmirii aprecierilor de serviciu pentru cadrele militare din structurile Ministerului Apărării Naționale, pe timp de pace*”;
- Ordinul ministrului apărării naționale nr. M. 94/08.06.2004 pentru aprobarea „*Codului de conduită etică a personalului militar și civil contractual din Ministerul Apărării Naționale*”;
- Ordinul ministrului apărării naționale nr. M.9 din 06.02.2013 pentru aprobarea „*Normelor privind protecția informațiilor clasificate în Ministerul Apărării Naționale*”;
- O.M.S. nr. 446/2017 pentru aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- O.M.S. 921/2006 pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public;
- O.M.S. 863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalelor;
- O.M.S. nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare;
- Ordinul Președintelui A.N.M.C.S. nr. 8 / 2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către A.N.M.C.S. în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea nr. 1 din 11.01.2019a Colegiului psihologilor din România - normele privind competențele psihologului publicată în M.O. nr. 173 din 05.03.2019, Partea I ;
- Orice alte acte normative în vigoare incidente domeniilor din prezentul Regulament.

MODELE
PERMISE DE ACCES ÎN SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR "Dr. ȘTEFAN ODOBLEJA" CRAIOVA

PERMIS ACCES PERSOANE - *PERMANENT*

PERMIS ACCES PERSOANE - *VIZITATORI*



PERMIS ACCES AUTOVEHICULE



ROMÂNIA
MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR
„Dr. Ștefan Odobleja”
Nr. _____
din _____.____._____
- Craiova -

NECLASIFICAT
Exemplar unic

APROB
COMANDANTUL U.M. 02590 CRAIOVA
Colonel

COMANDANTULUI UNITĂȚII MILITARE 02590 CRAIOVA

Subsemnatul _____, CNP _____ vă adresez
rugămintea de a-mi aproba accesul în unitate și eliberarea unui *permis de acces temporar* pentru
perioada _____ - _____, deoarece începând cu data de _____ îmi voi
desfășura activitatea în cadrul compartimentului/ secției
_____ din cadrul SPITALULUI
CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR „Dr. ȘTEFAN ODOBLEJA” CRAIOVA pe funcția de
_____.

A fost eliberat permisul de acces cu nr. _____.

Data: _____

Semnătura: _____

R O M Â N I A
MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
Spitalul Clinic de Urgență Militar
„Dr. Ștefan Odobleja”
Nr. _____ din __.__._____
- Craiova -

NECLASIFICAT

VĂZUT

COMANDANTUL U.M. 02590 CRAIOVA
Colonel medic

ANGAJAMENT DE CONFIDENȚIALITATE

- pentru persoanele care desfășoară stagiul de practică -

Subsemnatul/(a) _____, cu domiciliul în
localitatea _____, strada _____, nr._____,
bl._____, sc._____, ap._____, județul/ sectorul _____, CNP _____,
posesor al BI/CI seria _____ numărul _____, nr. telefon
_____ îmi desfășor stagiul de practică în cadrul *Spitalului Clinic de
Urgență Militar „Dr. Ștefan Odobleja” Craiova*, secția _____.

Declar că am luat cunoștință de prevederile H.G. 585/ 2002, H.G. 781/ 2002, ordinului
Ministrului Apărării Naționale nr. M9/ 2013, legii 190/2018 și Regulamentul 679/ 2016 cu privire
la păstrarea confidențialității informațiilor și datelor cu caracter personal, la care am acces pe
perioada de desfășurare a stagiului de practică și pe o perioadă de cel puțin doi ani după încetarea
acestuia.

Sunt conștient/ă că în cazul în care voi încălca prevederile actelor normative privind
păstrarea confidențialității informațiilor voi răspunde, potrivit legii, administrativ, disciplinar,
material, civil ori penal, în raport cu gravitatea faptei săvârșite.

Data: __.__._____

Semnătura: _____

DAT ÎN PREZENȚA
ȘEFULUI STRUCTURII DE SECURITATE
Lt.col.

R O M Â N I A
MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
Spitalul Clinic de Urgență Militar
„Dr. Ștefan Odobleja”
Nr. _____ din _____._____
- Craiova -

NECLASIFICAT

VĂZUT

COMANDANTUL U.M. 02590 CRAIOVA
Colonel medic

ANGAJAMENT DE CONFIDENȚIALITATE
- pentru persoanele care desfășoară activități de voluntariat -

Subsemnatul/(a) _____, născut/(ă) în localitatea _____, județul _____ la data de _____, fiul/(fiica) lui _____ și al/(a) _____, CNP _____, posesor al BI/CI seria _____ numărul _____, voluntar/(ă) în cadrul *Spitalului Clinic de Urgență Militar „dr. Ștefan Odobleja” Craiova*, secția _____ în funcția de _____, cu domiciliul în localitatea _____, strada _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județul _____.

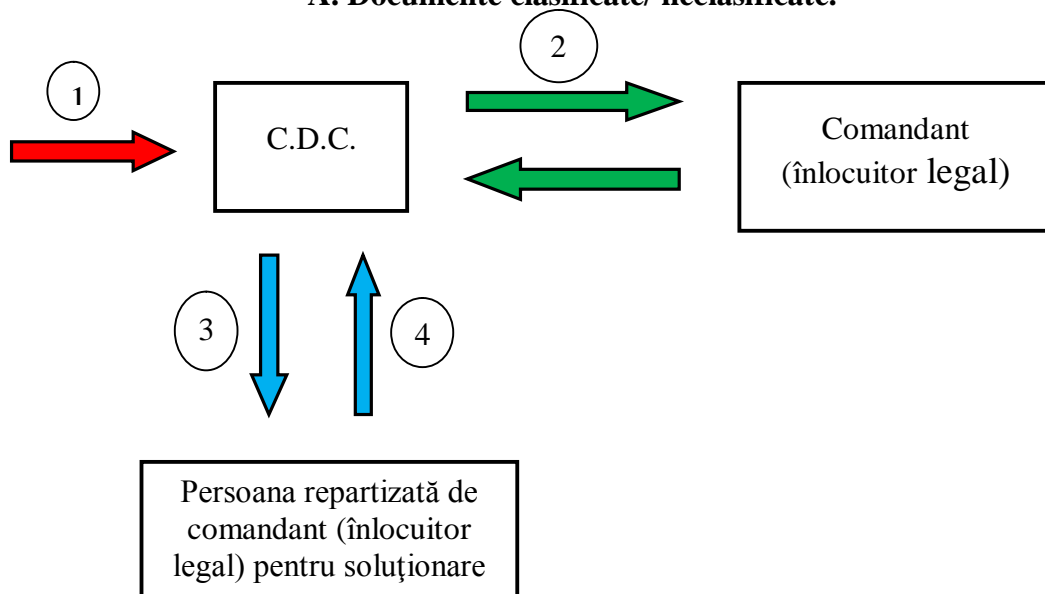
Declar că am luat cunoștință de prevederile legii nr. 78/2014, H.G. 585/ 2002, H.G. 781/ 2002, ordinului Ministrului Apărării Naționale nr. M9/ 2013, legii 190/2018 și Regulamentul 679/ 2016 cu privire la păstrarea confidențialității informațiilor și datelor cu caracter personal, la care am acces pe perioada de desfășurare a stagiului de practică și pe o perioadă de cel puțin doi ani după încetarea acestuia.

Sunt conștient/ă că în cazul în care voi încălca prevederile actelor normative privind păstrarea confidențialității informațiilor voi răspunde, potrivit legii, administrativ, disciplinar, material, civil ori penal, în raport cu gravitatea faptei săvârșite.

Data: _____._____._____

Semnătura: _____

DAT ÎN PREZENȚA
ȘEFULUI STRUCTURII DE SECURITATE
Lt.col.

FLUXUL PRIVIND CIRCULAȚIA DOCUMENTELOR**1. PRIMIREA DOCUMENTELOR****A. Documente clasificate/ neclasificate.**

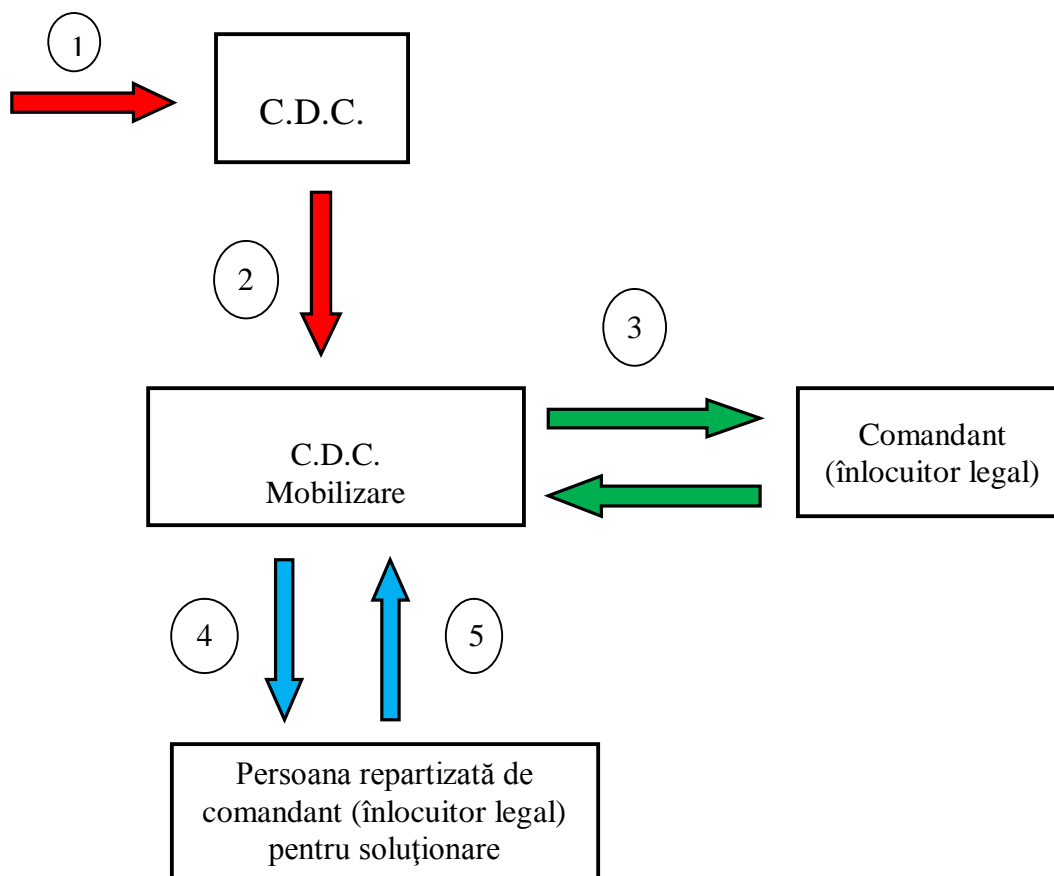
1. Primirea documentelor clasificate/ neclasificate de către personalul compartimentului documente clasificate, luarea acestora în evidență în registrele speciale.

2. Prezentarea documentelor comandantului unității pentru repartizarea acestora spre soluționare.

3. Predarea documentelor clasificate/ neclasificate persoanelor cărora le-au fost repartizate, pe bază de semnătură în *Registrul pentru evidența documentelor*.

4. Predarea documentelor clasificate/ neclasificate rezolvate la compartimentul documente clasificate, pe bază de semnătură în *Registrul pentru evidența personală a documentelor*.

B. Documente clasificate specifice biroului mobilizare.



1. Primirea documentelor clasificate/ neclasificate de către personalul compartimentului documente clasificate, luarea acestora în evidență în *Condica pentru evidența documentelor expediate (tranzitate, transmise/recepționate prin FAX)*.

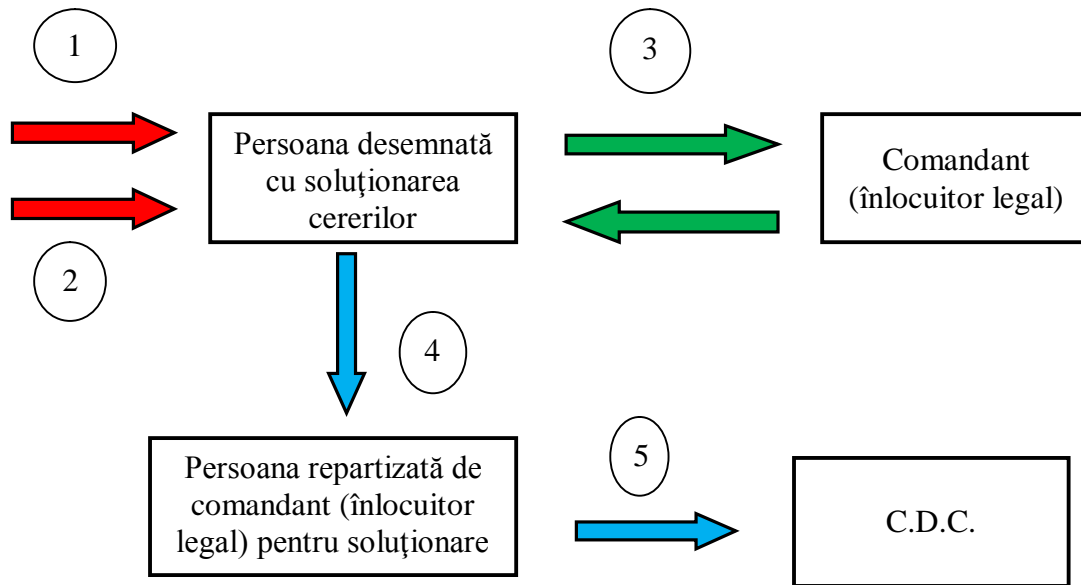
2. Predarea documentelor clasificate/ neclasificate gestionarului compartimentului documente clasificate - mobilizare pe bază de semnătură în *Condica pentru evidența documentelor expediate (tranzitate, transmise/recepționate prin FAX)* și luarea acestora în evidență în registrele speciale.

3. Prezentarea documentelor comandantului unității pentru repartizarea acestora spre soluționare.

4. Predarea documentelor clasificate/ neclasificate persoanelor cărora le-au fost repartizate, pe bază de semnătură în *registrele de evidență*.

5. Predarea documentelor clasificate/ neclasificate rezolvate la compartimentul documente clasificate - mobilizare, pe bază de semnătură în *Registrul pentru evidența personală a documentelor*.

C. Cereri/ sesizări/ petiții/ ...

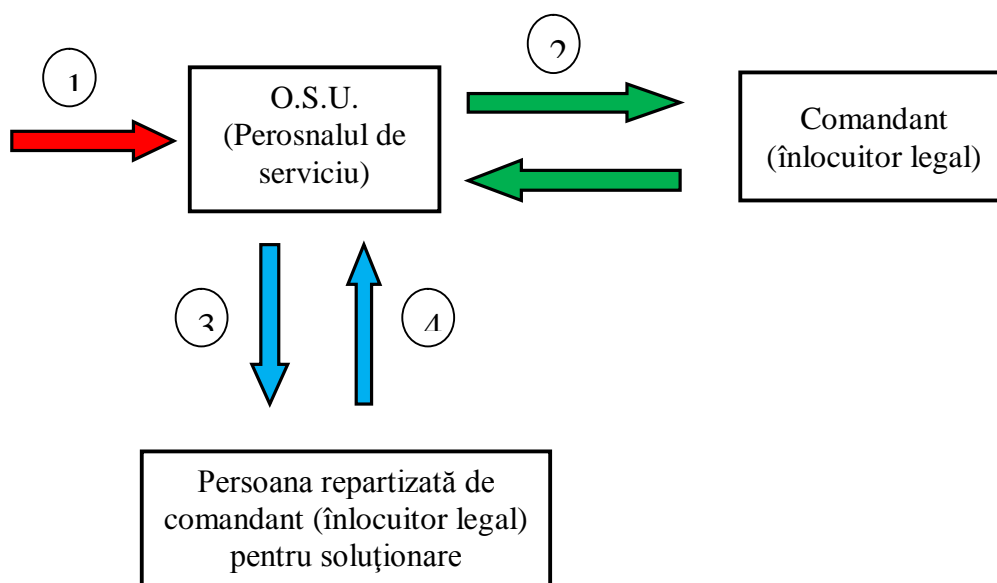


1. Primirea cererilor/ sesizărilor/ petițiilor/ ... (prin poștă *sau* direct de la persoanele interesate) de către persoana desemnată cu soluționarea cererilor , luarea acestora în evidență în *Registrul pentru evidența petițiilor*.

3. Prezentarea cererilor/ sesizărilor/ petițiilor/ ... comandantului unității pentru repartizarea acestora spre soluționare.

4. Predarea cererilor/ sesizărilor/ petițiilor persoanelor cărora le-au fost repartizate, pe bază de semnătură în *Registrul pentru evidența petițiilor*.

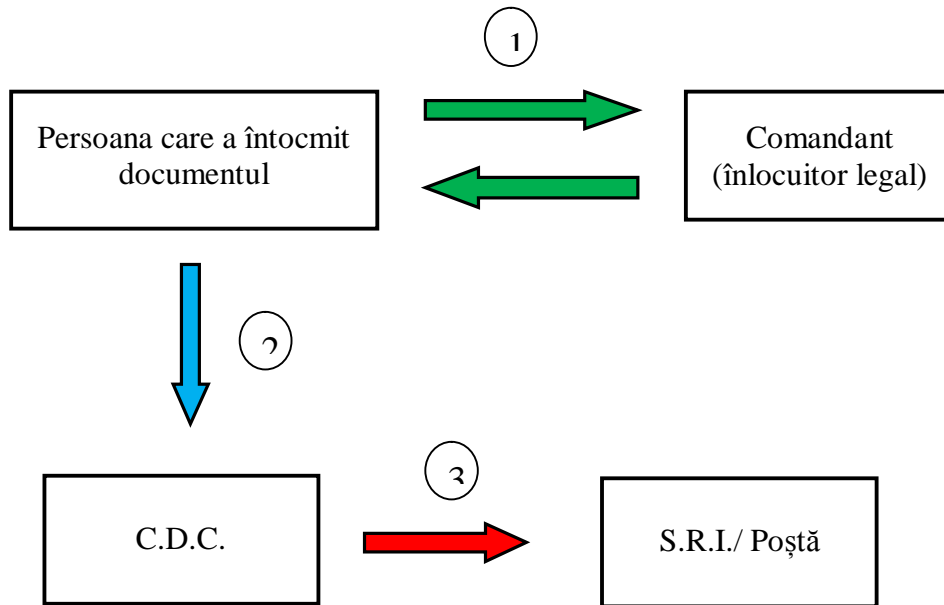
5. Predarea cererilor/ sesizărilor/ petițiilor rezolvate la compartimentul documente clasificate, pe bază de semnătură în *Registrul pentru evidența personală a documentelor*.

D. Documente primite prin fax.

1. Primirea documentelor de către personalul de serviciu;
2. Luarea acestora în evidență în *Condica pentru evidența documentelor expediate, tranzitate, transmise/ recepționate prin fax*;
3. Prezentarea documentelor comandantului unității pentru repartizarea acestora spre soluționare;
4. Predarea documentelor persoanelor cărora le-au fost repartizate numai pe bază de semnătură în *Condica pentru evidența documentelor expediate, tranzitate, transmise/ recepționate prin fax*.

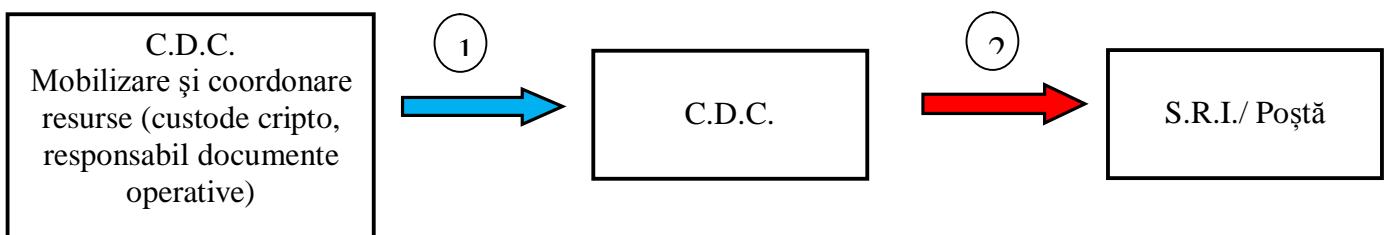
2. TRANSMITEREA DOCUMENTELOR

A. Documente clasificate/ neclasificate generale.



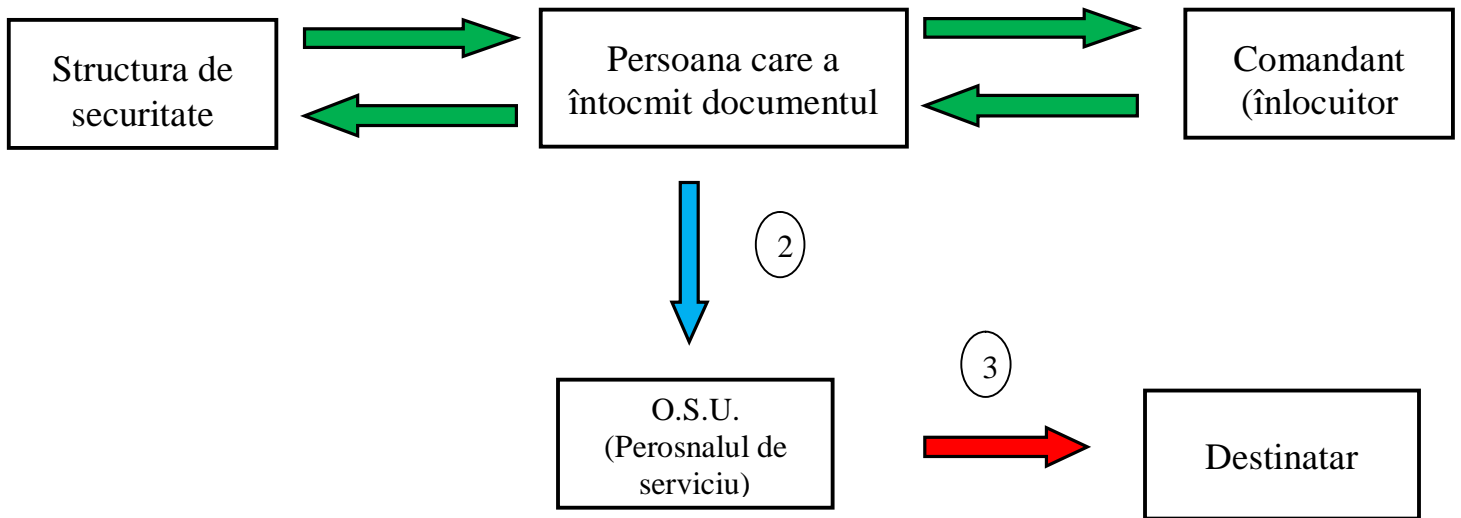
1. Prezentarea documentelor comandantului, în vederea aprobării.
2. Predarea spre înregistrare a documentelor dactilografiate la compartimentul documente clasificate, pe bază de semnătură în *Registrul pentru evidența personală a documentelor*.
3. Predarea corespondenței organelor specializate pe bază de semnătură în *Borderou*.

B. Documente clasificate specifice biroului mobilizare.



1. Primirea documentelor pe bază de semnătură în *Condica pentru evidența documentelor expediate (tranzitate, transmise/recepționate prin FAX)*.
2. Predarea corespondenței organelor specializate pe bază de semnătură în *Borderou*.

C. Documentele transmise prin fax – vor fi transmise numai documente neclasificate/ de interes public.



1. Prezentarea documentelor dactilografiate șefului structurii de securitate în vederea verificării și avizării transmiterii documentului;
2. Prezentarea documentelor dactilografiate comandantului, pentru aprobare;
3. Predarea spre înregistrare a documentelor dactilografiate personalului de serviciu (OSU), pe bază de semnătură în *Registrul pentru evidența personală a documentelor*;
4. Luarea acestora în evidență în *Condica pentru evidența documentelor expediate, tranzitate, transmise/ recepționate prin fax*;
5. Transmiterea documentului.

NECLASIFICAT
Exemplar unicROMÂNIA
MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR
"DR. ȘTEFAN ODOBLEJA"
- Craiova -

Dosar nr. ___ vol. ___

COMANDANTULUI SPITALULUI CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR
"Dr. ȘTEFAN ODOBLEJA" CRAIOVA

R A P O R T

Nr. _____ din _____.____.

Raportează: _____

Nr crt	CUPRINSUL	HOTĂRÂREA
1.	SUBIECT: Multiplicare documente aflate în arhiva unității.	
2.	BAZĂ: - art. 106 și 109 din I.A. – 98 – Instrucțiuni arhivistice; - ordinul ministrului apărării naționale MS 35/ 2003.	
3.	APROBĂRI SOLICITATE: Realizarea de copii ale documentelor clasate în dosarul nr. _____ din anul _____ la filele _____, constituit de compartimentul _____, într-un număr de _____ exemplare. Transmiterea copiilor documentelor multiplicare către: _____.	
4.	ARGUMENTE: Copiile au fost solicitate de către _____ prin documentul înregistrat cu nr. _____ din data de _____. (motivul multiplicării)	
5.	ANEXE: - dacă este cazul Tabelul cu documentele solicitate a fi copiate (în situația în care numărul acestora este foarte mare și nu pot fi enumerate în raport).	

Nume prenume/ semnătură

Anexă la _____

TABEL

cu documentele pentru care se solicită multiplicare (anexă la raportul nr. ___ din ___)

Nr. crt.	Nr. și data înregistrării documentului	Compunerea documentului	Nr. dosarului/ vol./ fila	Nr. de exemplare multiplicare	Unde se expediază	Obs.
1	2	3	4	5	6	8

Nume prenume/ semnătură

R O M Ȃ N I A
 MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
 SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR
 "DR. ȘTEFAN ODOBLEJA"

NECLASIFICAT
 Exemplar unic

Nr. _____ din _____
 - Craiova -

Dosar nr. vol.

ȘEFULUI SERVICIULUI ISTORIC AL ARMATEI

În conformitate cu prevederile art. 109 din ordinul ministrului apărării naționale nr. MS 63 din 03.07.1998 modificat și completat de ordinul ministrului apărării naționale MS 35 din 28.02.2003 vă adresez rugămintea de a aviza scoaterea din fondul arhivistic al SPITALULUI CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR "Dr. ȘTEFAN ODOBLEJA" CRAIOVA a documentelor înscrise în situația din tabelul anexat și transmiterea acestora la _____.

Solicităm acest lucru ca urmare a cererii _____ transmisă unității noastre cu nr. _____ din _____, anexată prezentei solicitări.

ANEXE:

1. Situația cu
2. Solicitarea _____

COMANDANTUL SPITALULUI CLINIC DE URGENȚĂ
 MILITAR "Dr. ȘTEFAN ODOBLEJA" CRAIOVA

Colonel

Anexă la _____

SITUAȚIA

unităților arhivistice/ documentelor solicitate a fi transmise la _____

Nr. crt.	Nr. și data înregistrării documentului	Nr. dosarului/ mapei/ volumul	Fila/ filele din dosar	Clasa/ nivelul de secretizare	Obs.
1	2	3	4	5	8

R O M Ȃ N I A
 MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
 SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR
 "DR. ȘTEFAN ODOBLEJA"
 Nr. ____ din _____
 - Craiova -

NECLASIFICAT
 Exemplar unic

Dosar nr. vol.

RAPORT DE SOLICITARE INFORMAȚII

Subsemnatul _____ (numele și prenumele), având calitatea de reprezentant mass – media la _____, solicit următoarele informații:

1. _____;
2. _____;
3. _____;
4. _____;
5. _____;
- 6.

Menționez că am luat la cunoștință despre regulile privind accesul reprezentaților mass – media în interiorul instituției, dețin acreditarea nr. _____ / _____ și sunt autorizat din partea instituției să obțin aceste informații.

Data: _____ Ora: _____ Semnătura: _____

COMANDANTUL SPITALULUI CLINIC DE URGENȚĂ
 MILITAR "Dr. ȘTEFAN ODOBLEJA" CRAIOVA

Colonel

ROMÂNIA
 MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
 SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR
 "DR. ȘTEFAN ODOBLEJA"

NECLASIFICAT

Exemplar unic

Dosar nr. ____ vol. ____

Nr. ____ din _____
 - Craiova -

APROE

Desfășurarea interviului în data de
 _____, interval orar.....
 Comandantul Spitalului Clinic de Urgență
 Militar "Dr. Ștefan Odobleja" Craiova

ACORDUL SCRIS AL PACIENTULUI

I. Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal _____, îmi exprim acordul de a acorda interviu / fi filmat / fotografiat în incinta Spitalului Clinic de Urgență Militar "Dr. Ștefan Odobleja" Craiova, de către dl / d-na jurnalist _____ al publicației _____
 (Semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru filmare/fotografieri)

Data: ____/____/____

II. Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului* _____ îmi exprim acordul ca acesta să acorde interviu / să fie filmat / fotografiat în Spitalul Clinic de Urgență Militar "Dr. Ștefan Odobleja" Craiova de către dl / dna jurnalist _____ al publicației _____.

(*Se completează în cazul minorilor sub 16 ani sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu).

(Semnătura reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru interviu / filmare / fotografieri)

Data: ____/____/____

III. Subsemnatul _____, în calitate de medic curant al pacientului _____ (numele și prenumele pacientului menționat în prezentul formular), sunt de acord ca acesta să acorde interviu / să fie filmat / fotografiat în incinta Spitalului Clinic de Urgență Militar Craiova, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

(Semnătura medicului curant) _____

Data: ____/____/____

DECLARAȚIE JURNALIST

Subsemnatul _____, jurnalist al publicației _____ declar pe proprie răspundere că nu voi filma / înregistra cu dispozitive ascunse cât mă voi afla în incinta Spitalului Clinic de Urgență Militar Craiova și nu voi intervieva persoane care nu și-au dat acordul în scris în acest sens sau care nu au acordul comandantului/medicului curant.

De asemenea, declar că am luat la cunoștință de regulile instituite prin procedura de reglementare a accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia, pe care mă oblig să le respect.

Data ____/____/____

Semnatura _____

R O M Â N I A
 MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
 SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR
 ”DR. ȘTEFAN ODOBLEJA”
 Nr. _____ din _____
 - Craiova -

NECLASIFICAT
 Exemplar unic
 Dosar nr. ____ vol. ____

CONSIMȚĂMÂNT

privind prelucrarea datelor cu caracter personal – acreditare

INSTITUȚIA – ”operator”		”PERSONA VIZATĂ”	
SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR ”DR. ȘTEFAN ODOBLEJA” Str. Caracal Nr. 150 Tel. 0251581081, Fax: 0251581444		Instituția media	
		Nume și prenume	
		Nr. tel.	
Responsabil protecție date cu caracter personal 	e-mail: dpo@smucraiova.ro Tel. 0251581081, int. 162	e-mail	

SUNT DE ACORD ca Spitalul Clinic de Urgență Militar ”Dr. Ștefan Odobleja” Craiova, în calitate de operator să îmi prelucreze următoarele date cu caracter personal: nume, prenume, funcția, seria și nr. C.I., Nr. de telefon, adresa, e-mail, seria și nr. pașaport.

SCOPUL PRELUCRĂRII DATELOR – obținerea acreditării mass – media conform Ordinului ministrului apărării naționale nr. _____ pentru aprobarea instrucțiunilor privind activitatea de informare și relații publice în Ministerul Apărării Naționale.

Data _____

Semnătura _____

REGULI DE RELAȚIONARE CU MIJLOACELE DE MASS-MEDIA CIVILE

Personalul militar și civil din cadrul Spitalului sau detașat, potrivit legii, poate avea relații cu mass-media civile, numai în condițiile respectării următoarelor reguli:

Regula nr. 1 - pentru relațiile oficiale cu mass-media

Să aibă aprobarea comandantului, să respecte prevederile legale și reglementările în vigoare privind protecția informațiilor, să exprime numai puncte de vedere oficiale, nu personale și să se refere doar la probleme din aria sa de competență și responsabilitate; să consulte ofițerul cu relații publice înainte de contactul cu mass-media; să fie asistat de personalul cu activitatea de relații publice.

Regula nr. 2 - pentru relațiile particulare cu mass-media

Să solicite aprobarea comandantului, să nu aducă prejudicii prestigiului instituției prin activitatea sa publicitară sau aparițiile publice, în probleme care nu privesc armata; activitatea publicistică și relațiile cu mass-media să se întemeieze pe respectarea prevederilor legale precum și a echidistanței politice a armatei; în lipsa unui mandat, să facă numai declarații în nume personal precizând, dacă este cazul, că reprezintă propriul punct de vedere și că ele nu angajează în nici un fel instituția militară; să aibă în vedere, că dacă poartă uniforma militară, persoana va fi asociată cu instituția.

Regula nr. 3 - pentru relațiile ocazionale cu mass-media, când nu există timpul necesar pentru obținerea aprobării sau pentru consultarea personalului cu activitatea de relații publice

(1) Să facă numai declarații în nume personal, precizând, dacă este cazul, că reprezintă propriul punct de vedere și că ele nu angajează în nici un fel instituția militară, având grijă ca declarațiile făcute să nu afecteze negativ prestigiul armatei, intimitatea sau siguranța personalului armatei, desfășurarea unor cercetări în curs.

(2) Ulterior să informeze comandantul și personalul responsabil de activitatea cu relații publice despre acest lucru.

Regula nr. 4

Declarațiile tendențioase sau comentariile făcute în necunoștință de cauză, care angajează instituția militară sau aduc prejudicii onoarei și demnității militare, atrag după sine răspunderea doar celor care le fac.

Regula nr. 5

Difuzarea către mass-media, sub orice formă, a unor informații referitoare la instituția militară, care sunt exceptate de la accesul liber al personalului, va atrage după sine consecințele prevăzute de reglementările în vigoare; protecția informațiilor clasificate se face în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

ROMÂNIA
 MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
 Spitalul Clinic de Urgență Militar "Dr. Ștefan Odobleja"
 Nr.
 Data

Neclasificat
 Exemplar nr. _

PROTOCOL DE COLABORARE

CAP. 1 Părțile.

Spitalul Clinic de Urgență Militar "Dr. Ștefan Odobleja" Craiova, cu sediul în Craiova, strada Caracal, nr. 150, tel/fax 0251/581444, reprezentat prin în calitate de director medical și:
 convin prin prezentul protocol să colaboreze pentru realizarea scopului și obiectivelor precizate, adoptând de comun acord metodologia de lucru și supunându-se în totalitate obligațiilor comune și a celor stabilite de cealaltă parte.

CAP. II Scopul.

Scopul prezentului protocol îl reprezintă stabilirea cadrului, a modului de colaborare între părți și a promovării reciproce.

CAP. III Obiectul.

Obiectul prezentului protocol de colaborare îl reprezintă cooperarea pe următoarele direcții:

- Realizarea studiului
- Folosirea în acest scop a arhivei medicale a spitalului.
-

CAP IV Metodologia de lucru

Părțile semnatare convin asupra următoarelor modalități de lucru:

CAP V Obligațiile părților.

1. Obligațiile Spitalului Clinic de Urgență Militar "Dr. Ștefan Odobleja" Craiova:

- Să pună la dispoziția partenerului documentele din arhiva medicală a spitalului referitoare la
- Să asigure partenerului condițiile necesare culegerii și prelucrării datelor la sediul spitalului, astfel încât documentele medicale de arhivă să nu părăsească incinta instituției.

2. Obligațiile

- Respectarea normelor de protecție a informațiilor clasificate;
- Respectarea confidențialității datelor pacienților;
- Scopul studiului să nu contravină normelor de etică profesională;
- Numele Spitalului Clinic de Urgență Militar "Dr. Ștefan Odobleja" Craiova să fie menționat în cursul lucrării finale;
- Spitalul Clinic de Urgență Militar "Dr. Ștefan Odobleja" Craiova să aibă acces la rezultatele studiului prin înmânarea unui exemplar al lucrării finale;

CAP VI Protecția informațiilor.

CAP VII Durata protocolului

Prezentul protocol are valabilitatea de luni/ani de la data semnării sale, cu posibilitate de prelungire prin act adițional, cu acordul părților.

Alte mențiuni:

CAP VIII Denunțare

Constituie motiv de reziliere a prezentului contract următoarele:

- Nerespectarea de către părțile contractante a prevederilor prezentului protocol;
-

Constituie motiv de încetare a prezentului protocol următoarele:

- Terminarea studiului;
- Acordul părților pentru încetarea colaborării;
- Forța majoră, dacă este invocată.

CAP IX Litigii

Orice litigiu se soluționează pe cale amiabilă.

Când litigiul nu a putut fi soluționat pe cale amiabilă, sunt competente instanțele judecătorești, în conformitate cu legislația română.

CAP X Dispoziții finale.

Încheiat astăzi,, în 2 exemplare, ambele cu valoare de original, câte un exemplar pentru fiecare parte.

Comandant

Director medical

Solicitant

Ghid privind comunicarea cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic

Întrucât cancerul este un diagnostic devastator, contează în mare măsură ca relația medicului cu pacientul său să se caracterizeze prin empatie, onestitate și o legătură umană cu acesta și familia sa. Se impune în acest context ca medicii să construiască în mod eficient relația cu pacientul, să îi ofere acestuia informații adecvate și să abordeze toate îngrijorările lui, în ciuda constrângerilor de timp specifice practicii clinice.

Comunicarea în practica oncologică prezintă numeroase provocări. Adesea, clinicienii trebuie să împărtășească veștile neplăcute pacienților și familiilor acestora. La primirea informațiilor despre diagnostic și tratamentul necesar, pacienții pot reacționa prin frică, durere, negare, furie. Astfel de emoții puternice pun medicii în situații inconfortabile.

Pe de altă parte, cancerul presupune efectuarea unor tratamente complicate, iar majoritatea pacienților nu dețin un background educațional care să-i ajute să înțeleagă boala și terapiile necesare. La rândul lor, medicii beneficiază de o pregătire redusă în ceea ce privește maniera în care ar trebui să furnizeze informațiile despre problemele complexe de sănătate generate de cancer, astfel încât acestea să fie înțelese și acceptate de către pacienți și non-experti.

Cu ocazia discutării diagnosticului și a prognosticului bolii, medicul trebuie să furnizeze informații adaptate nevoilor pacientului, care să îi ofere acestuia speranță și încurajare, fără a-l induce însă în eroare. Se recomandă ca termenii folosiți să fie simpli și direcți, iar informațiile să fie furnizate clar și succinct, într-un limbaj non-tehnic. Când știrile sunt nefavorabile, este bine ca medicii să urmeze pași suplimentari pentru a răspunde eventualelor nevoi și nelămuriri ale pacienților. Comunicarea unor astfel de informații se va desfășura, pe cât posibil, într-un cadru adecvat, în particular, medicul exprimându-și solidaritatea față de pacient și răspunzând cu empatie emoțiilor întâmpinate de acesta. După transmiterea veștilor defavorabile, se face o pauză, pentru ca pacientul să absoarbă ceea ce i s-a spus (tăcerea de susținere). Se așteaptă ca pacientul să răspundă înainte de a i se mai comunica și altceva. În situația în care acesta nu spune nimic, medicii pot pune întrebări precum: «La ce vă gândiți?» sau să răspundă empatic «Păreți copleșit!». Cantitatea de informații trebuie adaptată stării emoționale a pacientului. Se recomandă ca pacienții să fie îndemnați să pună întrebări și să li se dea timp pentru a-și exprima îngrijorările.

Clinicienii ar trebui să le prezinte pacienților toate opțiunile de tratament, inclusiv posibilitatea participării la studii clinice (dacă există) și o variantă individualizată de îngrijire paliativă. În contextul discutării opțiunilor de tratament, este esențial să se clarifice obiectivele terapiilor disponibile (vindecarea versus prelungirea supraviețuirii versus îmbunătățirea calității vieții), astfel încât pacientul să înțeleagă rezultatele probabile și să poată asocia obiectivele tratamentului cu obiectivele de îngrijire. Este necesar ca pacienții să fie informați și în legătură cu potențialele beneficii și dezavantaje ale fiecărei variante de terapie, iar înțelegerea acestora să fie verificată de către medic.

Fiecare medic trebuie să găsească o abordare diferențiată și personalizată în funcție de caracteristicile pacientului cu care lucrează. Conștientizarea faptului că procesul de comunicare necesită o abordare specială culminează prin înțelegerea existenței "momentului oportun", atunci când informațiile și adevărurile pot fi oportune și adecvat percepute și alte momente în care acestea nu sunt. Pacienții pot solicita informații diferite în etape (stadii) diferite ale bolii, care le influențează procesul de înțelegere.

Pot fi evidențiate trei concepte cheie în definirea competențelor interpersonale și de comunicare în relația medic - pacient oncologic - familia pacientului, astfel:

- Abordare centrată pe pacient - este modalitatea cea mai eficientă de a oferi informație despre maladie, susținerea deciziilor în comun ca o componentă esențială a tratamentului, iar formarea abilităților de comunicare nu mai poate fi considerată o abilitate opțională.

- Comunicarea eficientă dintre familia pacientului, oncologul și pacientul este asociată cu rezultate terapeutice importante, poate contribui în procesul de adaptare la stresul psihosocial al bolii.
- Abilitățile de comunicare nu sunt înnăscute și nu îmbunătățesc neapărat experiența clinică, dar pot fi predate și învățate, iar practicarea acestor abilități pot modifica stilul de comunicare, în cazul prezenței unei motivații de formare.

Aceste competențe sunt deosebit de importante în situații emoționale foarte dificile, cum ar fi comunicarea diagnosticului, trecerea pacientului la îngrijiri paliative și informarea despre sfârșitul duratei de viață. Din păcate, aceste abilități nu sunt permanente, deci este important să se practice noi competențe, cu un feedback regulat, cu privire la comportamentul dobândit. Astfel, de multe ori personalitatea medicului este factorul care determină stilul său de muncă și comunicare în cadrul profesiei pe care o practică, stil manifestat atât în cadrul deciziei terapeutice cât și în cadrul tuturor relațiilor cu bolnavii. Temperamentul și personalitatea pacientului sunt doi factori foarte importanți în primirea unui diagnostic și acceptarea tratamentului, iar datoria medicului este de a ajuta pacientul să înțeleagă mai multe despre boala de care suferă.

Reguli de comunicare eficientă cu pacientul oncologic:

- Acordă-i atenție totală. Nu există un mod anume pentru a discuta despre boală. Uneori simpla prezență poate fi cel mai important lucru;
- Oferă sfaturi cu grijă. Nu uita că experiența fiecărei persoane cu boala este unică;
- Folosește umorul atunci când este posibil. În situațiile tensionate râsul poate avea efect relaxant;
- Uneori poți observa că pacientul este retras și necomunicativ. Nimeni nu poate fi pozitiv tot timpul. Pune-te în situația acestuia și acordă-i timp pentru a reflecta;
- Cere permisiunea de a discuta diferite subiecte. Urmărește reacția pacientului și nu te simți ofensat dacă pacientul nu dorește uneori să discute cu tine;
- În lupta cu boala pacientul se poate confrunta cu sentimente precum: tristețe, furie, confuzie, neputință. Fii pregătit pentru răspunsuri negative din partea pacientului sau chiar refuzul de a răspunde la o întrebare. Nu insista și nu suprasolicita pacientul. Cel mai bine este să permiți acestuia să decidă când să vorbească și cât de mult să împărtășească cu tine;
- Poți arăta suport și fără utilizarea cuvintelor. Atât limbajul corpului cât și expresiile faciale pot transmite intențiile tale de suport și grijă. Menține contactul vizual, ascultă cu atenție și evită distragerea atenției în timpul conversației;
- Alege-ți cu grijă cuvintele. Acest lucru te poate ajuta să-ți arăți suportul față de pacient fără desconsiderare sau fără a evita subiectul.

Prin limbaj și comportament, medicul trebuie să ofere pacientului exact ceea ce caută: încredere, echilibru și mai ales speranță.

ROMÂNIA
 MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE
 SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ MILITAR
 ”DR. ȘTEFAN ODOBLEJA”
 CRAIOVA
 SECȚIA.....

Neclasificat
 Exemplar unic

Aprob
 Director medical

SOLICITARE RETUR MEDICAMENTE/MATERIALE SANITARE ÎN FARMACIE

Rog fiți de acord și aprobați returnarea, introducerea în gestiunea Farmaciei și scăderea de pe foaia de Condicta nr....., din Foaia de Observație Clinică Generală nr. a pacientului, a următoarelor medicamente/materiale sanitare:

- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;

Prezenta solicitare este determinată de:

- schimbarea medicației pacientului
- transferul pacientului
- decesul pacientului
- altele:

Data:

Semnătura și parafa medicului

Subsemnata _____, farmacist/asistent medical în Farmacia spitalului, confirm returnarea, introducerea în gestiunea Farmaciei și scăderea de pe foaia de Condicta nr....., din Foaia de Observație Clinică Generală nr. a pacientului, a următoarelor medicamente/materiale sanitare:

- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;

Data:

Semnătura personal Farmacie

TABEL GRAD MEDIU DE DEPENDENȚĂ

Secția/compartimentul _____
luna _____ anul _____

Nr. crt.	Nr. FOCG	Scor dependență la internare	Scor dependență la externare
Media aritmetică			

Asistenți medicali prezenți în luna _____ :

Personal auxiliar medical prezent în luna _____ :

VĂZUT
Șef Secție _____

Întocmit
Asistent șef Secția ____
P.c.c.