



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE



CAPITOLUL / REFERINȚA 2
„MANAGEMENTUL CLINIC”
(MC)



STANDARDE MC

STANDARD 1	Managementul serviciilor medicale si de îngrijiri
STANDARD 2	Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța pacientului
STANDARD 3	Managementul infecțiilor asociate asistenței și îngrijirilor medicale și antibioticorezistenței, constituie un obiectiv major al asigurării siguranței pacientului și personalului medico -sanitar.
STANDARD 4	Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare completă si competență a spitalului
STANDARD 5	Protecția pacientului in serviciile de radioterapie
STANDARD 6	Managementul riscurilor clinice
STANDARD 7	Îngrijirea paliativa se adresează pacienților cu boli cronice progresive si familiilor lor si urmărește îmbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferinței.
STANDARD 8	Spitalul îndeplinește criteriile internaționale de siguranță a pacientului

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
Managementul serviciilor medicale si de ingrijiri	Planul de îngrijire al pacientului este implementat	Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical și adoptat împreună cu pacientul și sau familia sa/aparținătorii/reprezentantul legal.	Activitatea de elaborare și implementare a planului de îngrijire este procedurată
			Responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire existente în fișele de post ale cadrelor medicale (medici, asistenți medicali, infirmiere)
			Planul de îngrijire are în vedere și satisfacerea nevoilor spirituale, religioase și culturale ale pacientului
			Externarea pacientului este programată și documentată
		Implementarea planului de îngrijire se face de către asistentul medical împreună cu pacientul și sau familia sa/aparținătorii/reprezentantul legal și include recomandările medicale	În planul de îngrijire se consemnează intervențiile proprii efectuate de către asistentul medical în limita competențelor proprii
			În planul de îngrijire se consemnează intervențiile efectuate de către asistentul medical la recomandarea echipei multidisciplinare implicată în îngrijirea pacientului (medic, fizioterapeut, asistent social, psiholog, infirmier, consilier spiritual etc)
			Protocol privind prevenirea, tratarea și monitorizarea complicațiilor legate de acordarea îngrijirilor, implementat
			Pacientul și/sau familia/aparținătorii/reprezentanții legali ai acestuia sunt implicați în implementarea planului de îngrijire
			Educația pentru sănătate a pacientului și sau familiei/aparținătorilor/reprezentantului legal este procedurată
			Colaborari cu preoți sau îndrumători spirituali, existente în vederea asigurării sprijinului confesional și moral (Da/Nu)
	Listă cu organizațiile de îngrijiri la domiciliu, medici de familie care au încheiat protocoale de colaborare cu spitalul accesibilă pacienților (Da/Nu)		
	Alocarea personalului de îngrijire se face în funcție de rezultatele aplicării unui instrument de evaluare a îngrijirilor	Spitalul are adoptat un instrument de evaluare și cunoscător a îngrijirilor efectuate	
		Alocarea numărului de pacienți în îngrijirea asistentului medical se face calculând numărul de ore necesare îngrijirii pacienților în funcție de instrumentul adoptat	

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		Evaluarea planului de îngrijire se face periodic și la externare	<p>Evaluarea planului de îngrijire se face în funcție de fiecare obiectiv stabilit</p> <p>Reajustarea planului de îngrijire se face în funcție de evaluările intermediare și finale ale Obiectivelor stabilite</p> <p>Nr. pacienți care au dezvoltat complicații legate de îngrijire/nr. pacienți internați în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Analiza satisfacției pacientului în legătură cu planul de îngrijire</p> <p>Nr. cursuri de educație medicală continuă pe tema planului de îngrijire susținute de spital per asistent medical per secție per ultimul an calendaristic</p> <p>Obiective punctuale de îmbunătățire a calității serviciilor de îngrijire a pacientului prin implementarea planului de îngrijire - stipulate în atribuțiile medicului șef</p> <p>Studii de cercetare nursing derulate în spital în ultimii 5 ani</p> <p>Monitorizarea evoluției pacientului post internare - prin organizațiile de îngrijiri la domiciliu și medicul de familie este procedurată</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
<i>Managementul farmaceutic și al medicației asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța pacientului</i>	Condițiile de urmărire a trasabilității medicamentului sunt cunoscute și urmărite	RESPONSABILITĂȚI SPECIFICE SPECIALIZĂRII ÎNSCRISE ÎN FIȘA POSTULUI	dosare personale completate și actualizate
			realizarea EMC pentru farmaciști și asistenți de farmacie, urmărită
			grafice de lucru pentru fiecare angajat, cu evidența activității zilnice, realizate
			existența concordanței între competențele rezultate din înscrișuri și evaluarea anuală a activității conform Fișei Postului
			înregistrarea etapelor de activitate specifice se face sub semnătură în documentația farmaciei
		DOCUMENTE NECESARE UNEI BUNE DESFĂȘURĂRI A ACTIVITĂȚII SPECIFICE LA NIVEL DE FARMACIE	farmacistul clinician monitorizează schemele de tratament
			activitatea farmaciei desfășurată în baza Autorizației de funcționare emisă de MS pe numele farmacistului șef, cu specificarea tuturor punctelor de lucru autorizate
			lista validată, a furnizorilor autorizați selectați în urma procedurii de achiziție și a contractelor, accesibilă informatic la nivel de farmacie
			nomenclatorul de medicamente validat în vederea utilizării în spital (actualizat cel puțin odată pe an) și accesibil informatic personalului medical
			conformitatea stocului curent al farmaciei cu nomenclatorul
			medicamentele cu distribuție controlată sunt aprobate de șeful de secție/departament/serviciu
			există responsabili cu termenele de valabilitate și monitorizarea retragerii produselor farmaceutice care expiră, de pe secțiile medicale și din farmacie
		există contractele valabile, cu firme autorizate, pentru distrugerea medicamentelor expirate	
		ORGANIZAREA CORESPUNZĂTOARE A SPAȚIULUI DE LUCRU, DOTĂRI	farmacia respectă structura cu circuitele prevăzute în autorizare
farmacia respectă circuitele obligatorii și condițiile de păstrare ale produselor farmaceutice			

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		RESPECTAREA CIRCUITULUI INFORMAȚIONAL AL PRODUSELOR FARMACEUTICE	corespondența între elementele de identificare ale produselor și substanțelor farmaceutice înscrise în factura fiscală și cele ale produselor și substanțelor farmaceutice recepționate înscrise în NIR -ul aferent programului de gestiune
			registru de neconformități pentru recepția produselor farmaceutice, completat la zi
			programul de gestiune informatică permite, în orice moment al circuitului medicamentului în farmacie, verificarea veridicității și monitorizarea produselor farmaceutice
			registre pentru substanțe farmaceutice și pentru prepararea apei distilate, evidența preparatelor magistrale și produse elaborate, completat la zi
			se respectă corespondența între substanța existentă în recipientul farmaciei, numărul de înregistrare al lotului din registru de evidență substanțe farmaceutice și înscrisul de pe ambalajul furnizorului
			seria/lotul substanțelor utilizate la prepararea magistralelor este înregistrată în registrul preparatelor magistrale și al produselor elaborate
			eticheta de identificare a preparatului magistral sau a celui elaborat conține numărul de înregistrare din registrele corespunzătoare, date de identificare ale persoanei care a preparat și a celei care a ambalat medicamentul magistral sau oficial
			registre de evidență stupefiante și psihotrope, conform legislației specifice, completate la zi și securizate
			procedură de validarea prescripției prin identificarea corectă a pacientului,, a prescriptorului, a datei prescrierii, implementată
			înregistrări ale monitorizării temperaturii și umidității pentru fiecare încăpere a farmaciei și înregistrări de temperatură pentru instalațiile frigorifice, completate la zi
			monitorizarea erorilor de prescriere a medicamentului la nivelul secției, realizată
			procedură de verificare la primirea condicilor de medicamente, pentru eliminarea erorilor de prescriere-transcriere la nivelul secțiilor, implementată

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		<p>ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII, FARMACIA SPITALULUI ASIGURĂ CONTINUITATEA APROVIZIONĂRII CU MEDICAMENTE SPECIFICE ACTIVITĂȚII SPITALULUI, CONFORM CERINȚELOR ECHIPELOR MEDICALE ,URMĂRIND PE ÎNTREG TRASEUL IMPLEMENTAREA PRINCIPIULUI TRASABILITĂȚII MEDICAMENTULUI</p>	<p>activitatea de recepție este procedurată și implementată</p>
			<p>activitatea de aprovizionare specifică farmaciei și depozitare a medicamentelor este procedurată și implementată</p>
			<p>activitatea de eliberare a medicamentelor este procedurată și implementată</p>
			<p>activitatea de preparare a medicamentelor în farmacia de spital este procedurată și implementată</p>
			<p>circuitul medicamentelor eliberate și neutilizate este asigurat prin auditarea periodică a protocoalelor și procedurilor în concordanță cu cerințele practicii medicale</p>
			<p>activitatea de returnare a medicamentelor este procedurată și implementată</p>
			<p>activitatea de depozitare, casare și distrugere a medicamentelor expirate din farmacia de spital este procedurată și implementată și este auditată periodic</p>
			<p>activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale (soluții injectabile sau perfuzabile) se efectuează într-un spațiu aseptice, dedicat, special amenajat, de către asistentul desemnat din secție și este procedurată</p>
			<p>activitatea de dizolvare, diluție, efectuată în farmacie, pentru preparatele parenterale special desemnate de Comisia Medicamentului din Spital este procedurată și supervizată de farmacistul clinician</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		BUNA PRACTICĂ ÎN DOMENIUL MEDICAL, OFERĂ CEL MAI BUN TRATAMENT POSIBIL PACIENTULUI PRIN RESPECTAREA UNOR CERINȚE SPECIFICE PRIVIND UTILIZAREA PSIHOTROPELOR ȘI STUPEFIANTELOR	activitatea de recepție, depozitare, prescriere și eliberare a medicamentelor cu risc de a crea dependență - stupefiante și psihotrope ,de mare risc supuse unui control strict (ex.amfetamină,metamfetamină) -sau substanțe sub control național (ex.ketamina), este procedurată și implementată
			activitatea de recepție, depozitare, prescriere și eliberare pentru medicamente care sunt supuse controlului -a preparatelor cu substanțe stupefiante (ex.codeina,dihidrocodeina,etilmorfină) și -a psihotropelor (ex.alprazolam,nitrazepam,midazolam,diazepam) este procedurată și implementată
			administrarea medicamentelor de mare risc stupefiante și psihotrope (ex.amfetamină,metamfetamină) supuse unui control strict sau a substanțelor sub control național (ex.ketamina) se face sub supravegherea medicului
		BUNA PRACTICĂ ÎN DOMENIUL MEDICAL, OFERĂ CEL MAI BUN TRATAMENT POSIBIL PACIENTULUI PRIN RESPECTAREA UNOR CERINȚE SPECIFICE PRIVIND UTILIZAREA CITOSTATICELOR	activitatea de dizolvare, diluție a medicamentelor citostatice în spital, în farmacie sau pe secții este procedurată și implementată
			activitatea de preparare a diluțiilor sterile cu citostatice, se realizeaza doar în locuri special amenajate,in farmacia sau pe sectii respectand regulile de bună practică de fabricație
			schema de tratament înregistrată în registrul de evidență dizolvări pentru medicamentele sterile și evaluată
			circuitul de protecție al personalului care prepară medicamente citotoxice este implementat
			circuitul de protecție al personalului care administrează substanțe citotoxice este implementat
			medicamentele,solvenții,soluțiile perfuzabile utilizate la prepararea soluțiilor sterile înregistrate în programul de gestiune cantitativ valorică al farmaciei ,conform protocolului de dizolvare/diluție la zi
			farmacistul clinician monitorizeaza procedura de preparare a diluțiilor
			etichetarea si ambalarea preparatului steril corespunzătoare
			temperatura și perioada de păstrare, dacă administrarea nu este imediată 2- 8 grade respectată

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		BUNA PRACTICĂ ÎN DOMENIUL MEDICAL, OFERĂ CEL MAI BUN TRATAMENT POSIBIL PACIENTULUI PRIN RESPECTAREA UNOR CERINȚE SPECIFICE PRIVIND UTILIZAREA SOLUȚIILOR CONCENTRATE DE ELECTROLIȚI	<p>depozitarea soluțiilor concentrate de electroliți implică existența unui spațiu bine delimitat la nivelul farmaciei, separat de cel al depozitării celorlalte soluții perfuzabile și este semnalizată</p> <p>diluția soluțiilor concentrate de electroliți este procedurată iar păstrarea până la administrarea lor este de cel mult 24 ore</p> <p>prescripția și monitorizarea administrării soluțiilor concentrate de electroliți trebuie să includă determinări ale ionogramei, determinări ale echilibrului hidroelectrolitic și acido-bazic</p> <p>precauțiile la administrarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt precizate de medicul prescriptor în FOCG, ritmul de administrare este controlat</p> <p>există o analiză a incompatibilităților medicamentoase și a asocierii substanță medicamentoasă /solvent făcută la nivel de spital și adusă la cunoștința prescriptorilor înainte de administrare</p>
		BUNA PRACTICĂ ÎN DOMENIUL MEDICAL OFERĂ CEL MAI BUN TRATAMENT POSIBIL PACIENTULUI PRIN RESPECTAREA UNOR CERINȚE SPECIFICE PRIVIND UTILIZAREA ANTIBIOTICELOR	<p>lista validată a antibioticelor cu distribuție controlată, pentru a limita utilizarea necorespunzătoare a antibioticelor cu spectru larg</p> <p>stocul curent al farmaciei spitalului conține în permanență antibioticele uzuale</p> <p>există o listă validată de antibiotice utilizate cu o frecvență mai redusă, cu indicații specifice de utilizare a căror prescriere este avizată de medicul șef</p> <p>achiziționarea antibioticelor cu frecvență redusă făcută punctual și în timp util, fără a pune în pericol siguranța pacientului și prescrierea lor este avizată de medicul șef</p> <p>procoloalele privind antibioterapia aplicate în funcție de tipul de patologie</p> <p>prescrierea antibioticelor este limitată în funcție de competență și specificul serviciului clinic</p> <p>asocierile de antibiotice se fac în situații bine fundamentate de existența unor infecții severe, fiind documentate microbiologic</p> <p>în asocierile de antibiotice se respectă regula nu se asociază 2 antibiotice din aceeași clasă, 2 antibiotice cu spectru larg, 2 antibiotice cu efecte adverse asupra aceluiași organ</p> <p>Prescrierea antibioticelor este reglementată la nivelul spitalului</p> <p>practica medicală la nivel de spital prevede analiza și consemnarea în FO a evoluției sub tratament antibiotic la 48-72 ore</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			este respectată cerința specifică în alegerea antibioticului,recoltarea probelor microbiologice se face înaintea instituirii oricărei antibioterapii
			decizia privind administrarea unui antibiotic, chiar de la prima oră, în infecții severe argumentată în FOCC
			rezultatele antibiogramei și antifungigramei, existente în FOCC stau la baza conducerii antibioterapiei și antifungiterapiei
			număr de cazuri la care s-a instalat rezistența la cefalosporine din generația a III-a din totalul cazurilor având indicații de tratament, în ultimul an calendaristic încheiat
			număr de cazuri tratate cu carbapeneme din totalul cazurilor tratate cu antibiotice în ultimul semestru calendaristic încheiat
			structuri organizatorice la nivel de spital cu rol în monitorizarea și asigurarea regulilor de bună practică în domeniul antibioterapiei Consiliul medical, Comisia medicamentului, SSCIN
			există la nivelul Consiliul medical,Comisia medicamentului,SSCIN o analiză a consumului de antibiotice trimestrială în funcție de natura activității fiecărui serviciu clinic
			există o monitorizare permanentă privind respectarea procedurilor și protocoalelor privind antibioterapia și a eficienței și eficacității lor
			circuitul antibioticelor eliberate și neutilizate asigurat prin auditarea periodică în concordanță cu cerințele practicii medicale
			abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe în echipa formată de clinician,infecționist,epidemiolog,,farmacist clinician este o practică curentă a spitalului

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		COMUNICAREA FARMACIEI SPITALULUI CU ECHIPA MEDICALĂ CERINȚĂ DE BAZĂ ÎN ASIGURAREA UNEI BUNE PRACTICI ÎN ANTIBIOTERAPIE	lista de antibiotice disponibile la un moment dat, actualizată cel puțin odată pe an și validată, accesibilă informatic echipei medicale
			informațiile accesibile informatic permit prescrierea corectă a antibioticelor privind recomandarea, rezistența bacteriană , apariția unor reacții secundare sau adverse
			farmacia spitalului pune la dispoziția echipei medicale evaluări de farmacovigilență și farmacoepidemiologice
			farmacia spitalului informează medicii și asistentele cu privire la buna practică în administrarea antibioticului
			sistem de informare a personalului medical cu privire la rezultatele auditului clinic cu privire la antibioterapie
			sistem de informare a personalului medical cu privire la noile antibiotice introduse în spital
			farmacia spitalului asigură transmiterea costurilor tratamentelor prescrise pe servicii medicale către toate părțile implicate în monitorizarea trasabilității antibioticului
			utilizarea antibioticelor în spital, analizată la nivelul farmaciei pe clase de antibiotice și transmisă periodic structurilor funcționale ale spitalului

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
Managementul infecțiilor asociate asistenței și îngrijirilor medicale și antibioticorezistenței constituie un obiectiv major al asigurării siguranței pacientului și personalului medico-sanitar.	Conducerea spitalului își asumă atribuții pentru coordonarea și controlul riscului infecțios rezultat din activitățile spitalului	Șefii sectoarelor de activitate sunt responsabili pentru implementarea programului de supraveghere, prevenire și combatere a infecțiilor asociate îngrijirilor medicale	Analiză documentată a unor cazuri suspecte de infecție nosocomială, conform definițiilor de caz, cu directă colaborare a medicilor curanți.
			Consimțământul informat al pacientului anexat FOCG, prezintă distinct riscul infecțios asociat asistenței și îngrijirilor medicale
			Număr cazuri externate cu diagnostic de infecție nosocomială menționat în FOCG
			Spitalul alocă resurse pentru supravegherea, prevenirea și combaterea infecțiilor nosocomiale
			Necesarul de produse biocide, antiseptice și dezinfectanți de nivel înalt, materiale consumabile de laborator pentru recoltare și prelucrare de probe, evaluat de SSCIN și Laboratorul de microbiologie
			Achiziția produselor biocide, antiseptice și dezinfectanți de nivel înalt respectă cerințele tehnice elaborate de SSCIN
			Cerințele tehnice formulate pentru achiziția produselor biocide, antiseptice, dezinfectanți de nivel înalt, respectă legislația sanitară, standardele ASRO armonizate UE și Registrul Național al Produselor biocide
			Produsele achiziționate la nivelul spitalului pentru acțiunile de prevenire și combatere a infecțiilor nosocomiale corespund nevoilor estimate tehnic și cantitativ de SSCIN
			Produsele biocide achiziționate, însoțite de Fișa de securitate
			Coordonarea acțiunilor de supraveghere, prevenție și control a infecțiilor asociate asistenței și îngrijirilor medicale este realizată de o structură adaptată mărimii și complexității spitalului
Spitalul aprobă portofoliul SSCIN ce cuprinde documentația specifică domeniului de activitate			Încadrare asistent de igienă sau asistent medical desemnat cu atribuții specifice SSCIN
			Agent DDD în structura SSCIN
			Plan de activitate SSCIN, pe anul în curs, elaborat și aprobat
			Plan de acțiune dezinfecție-dezinsecție-deratizare (DDD) pe spital, pe anul în curs, aprobat
			Planificarea sistemului de autocontrol bacteriologic pentru evaluarea eficienței operațiunilor de curățenie, dezinfecție și sterilizare, pe anul în curs, aprobată
			Planul propriu SSCIN pentru instruirea personalului sanitar, pe sectoare de activitate, pe anul în curs, elaborat
Cartea de vizită a unității, cu prezentarea caracteristicilor funcționale și structurale, elaborată			

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			Harta punctelor și segmentelor de risc, cu identificarea zonelor și a practicilor medicale la risc
			Istoricul și tendința evoluției infecțiilor nosocomiale, actualizate pentru anul calendaristic încheiat
			Ghid de prevenire al infecțiilor nosocomiale și de bune practici epidemiologice, elaborat.
			Procedură operațională: Metode și tehnici privind operațiunile de curățenie și dezinfecție, în mediul spitalicesc
			Procedura operațională: Gestionarea și utilizarea produselor biocide, a materialelor și echipamentelor destinate efectuării operațiunilor de curățenie și dezinfecție, în mediul spitalicesc
			Procedura operațională: Activitatea DDD (Dezinfecție - Dezinsecție - Deratizare)
			Procedură operațională: Pregătirea materialelor sanitare și a dispozitivelor medicale în vederea sterilizării și monitorizarea operațiunilor de sterilizare propriu -zise.
			Procedură operațională: Supravegherea, monitorizarea și raportarea bolilor transmisibile cu potențial nosocomial
			Procedură operațională: Organizarea serviciului spălătorie al spitalului
			Procedură operațională: Sistemul de gestionare al deșeurilor rezultate din activitățile medicale
			Procedură operațională: Identificarea, comunicarea și raportarea cazurilor de infecții asociate asistenței și îngrijirilor medicale
			Procedura operațională: Precauțiunile standard și modalitățile de intervenție în caz de expunere ocupațională a personalului la agenți contaminanți
			Procedura operațională: Autocontrolul bacteriologic, activitate de apreciere și monitorizare a eficienței operațiunilor de curățenie, dezinfecție și sterilizare.
			Procedura operațională: Controlul riscului infecțios în circuitele funcționale ale spitalului.

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		SSCIN asigură circuitul informațional al activității de supraveghere a bolilor transmisibile și IN	<p>Plan de activitate SSCIN adaptat pe secții/sectoare de activitate privind repererele activității de supraveghere a bolilor transmisibile și IN în funcție de harta de risc a sectorului</p> <p>Metodologia de supraveghere a infecției nosocomiale transmisă către secțiile medico - chirurgicale</p> <p>Raportări periodice către autoritățile sanitare a cazurilor IN, conform reglementărilor în vigoare</p> <p>Comunicare internă de necesitate privind riscul infecțios identificat în cadrul supravegherii epidemiologice și formularea acțiunilor corective</p> <p>Comunicare internă lunară privind distribuția numărului cazurilor de infecție nosocomială raportate, pe tipuri clinice și etiologie identificată</p> <p>Rata incidenței infecțiilor nosocomiale, calculată și transmisă lunar și anual secțiilor medico - chirurgicale, pentru ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Raport trimestrial și de necesitate al SSCIN către Comitetul director, înregistrat</p> <p>Raport de activitate SSCIN, pentru anul calendaristic încheiat, înregistrat, înaintat Comitetului Director</p> <p>Număr cazuri IN depistate prin supraveghere pasivă</p>
	Spitalul gestionează riscul infecțios major	Riscul infecțios este gestionat în blocul operator	<p>Regulament intern de funcționare bloc operator, existent, aplicat</p> <p>Medicul coordonator desemnat, responsabil pentru respectarea Regulamentului intern bloc operator</p> <p>Operațiuni de curățenie - dezinfecție curentă și periodică spații și aparatură, statuate și aplicate conform planificării și/sau context epidemiologic</p> <p>Nr. dezinfecții terminale/spații componente bloc operator, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Protocol de lucru: Operațiuni de curățenie-dezinfecție între două intervenții chirurgicale - Sala de operații+anexe bloc operator</p> <p>Spălarea și dezinfecția chirurgicală a mâinilor este facilitată</p> <p>Număr probe sanitație mâini cu rezultat pozitiv din total probe de sanitație mâini recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Număr probe aeromicrofloră cu rezultat pozitiv din total probe aeromicrofloră recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Circuitul funcțional al dispozitivelor medicale de unică și multiplă folosință, sterile și nesterile, asigurat</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		Riscul infecțios este gestionat în blocul de naștere	<p>Regulament intern de funcționare</p> <p>Igiena mâinilor este facilitată: spălarea igienică și spălarea +dezinfecția chirurgicală</p> <p>Operațiuni de curățenie - dezinfecție curentă, periodică spații și aparatură, statuate și aplicate conform planificării și/sau context epidemiologic</p> <p>Nr. dezinfecții terminale/spații componente bloc de naștere, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Număr probe sanitație mâini cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Număr probe aeromicrofloră cu rezultat pozitiv din total probe aeromicrofloră recoltate în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Circuitul funcțional al dispozitivelor medicale de unică și multiplă folosință, sterile și nesterile, asigurat</p>
		Riscul infecțios este gestionat în secția ATI	<p>Protocoale pentru Intervențiile invazive, implementate</p> <p>Administrarea oxigenului, monitorizată</p> <p>Operațiuni de curățenie - dezinfecție curentă și periodică spații și aparatură, statuate și aplicate conform planificării și/sau context epidemiologic</p> <p>Nr. dezinfecții terminale/spații componente bloc operator, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Protocol de lucru curățenie-dezinfecție între două intervenții chirurgicale - spațiu SO alocat ATI</p> <p>Igiena mâinilor este facilitată: spălarea igienică și spălarea +dezinfecția chirurgicală</p> <p>Număr probe sanitație mâini cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Număr probe aeromicrofloră cu rezultat pozitiv din total probe recoltate în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Mișcarea pacientului din ATI în secția clinică/altă unitate sanitară are în vedere comunicarea statusului de purtător de bacterii multirezistente</p> <p>Circuitul funcțional al dispozitivelor medicale de unică și multiplă folosință, sterile și nesterile, asigurat</p> <p>Anestezia și asistarea respirației pacientului cu tuberculoză pulmonară și/sau colonizat cu bacterii multirezistente, adaptată riscului de contaminare</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		Riscul infecțios este gestionat în secția Terapie intensivă nou - născuți	<p>Protocoale pentru intervențiile invazive, implementate</p> <p>Operațiuni de curățenie - dezinfecție curentă, periodică spații și aparatură, statuate și aplicate conform planificării și/sau context epidemiologic</p> <p>Nr. dezinfecții terminale/spații componente bloc operator, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Igiena mâinilor este facilitată: spălarea igienică și spălarea +dezinfecția chirurgicală</p> <p>Număr probe sanitație mâini cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Număr probe aeromicrofloră cu rezultat pozitiv din total probe recoltate în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Administrarea oxigenului, monitorizată</p> <p>Triaj epidemiologic aparținători, efectuat constant</p>
		Riscul infecțios este gestionat în secțiile cu profil chirurgical	<p>Igiena mâinilor este facilitată: spălarea și dezinfecția igienică</p> <p>Număr infecții plagă operatorie identificate și raportate de medicul chirurg operator, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Planificarea și efectuarea pansamentelor zilnice, în funcție de riscul infecțios existent</p>
		Riscul infecțios este gestionat în secțiile cu profil medical	<p>Operațiuni de curățenie - dezinfecție curentă, periodică spații și aparatură, statuate și aplicate conform planificării și/sau context epidemiologic</p> <p>Igiena mâinilor este facilitată: spălarea și dezinfecția igienică</p>
	Personalul medico - sanitar este implicat în politica de control a riscului infecțios	Spitalul asigură instruirea și responsabilizarea personalului sanitar la nivelul tuturor sectoarelor de activitate	<p>Riscul infecțios este definit în harta punctelor și segmentelor la risc/secție</p> <p>Fișele de post prevăd atribuții specifice, referitor la controlul riscului infecțios și supravegherea/controlul infecțiilor nosocomiale</p> <p>Plan de instruire periodică a personalului sanitar, aprobat de șefii de secție și servicii, cu tematica gestionarea riscului infecțios, în anul calendaristic încheiat</p> <p>Număr persoane pe categorii profesionale, participante la instruire cu tema controlul riscului infecțios</p> <p>Verificarea nivelului de înțelegere a noțiunilor transmise personalului sanitar</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			Instructaj specific privind riscul infecțios, prevenirea și combaterea infecțiilor nosocomiale efectuat la personalul aflat temporar în spital (elevi, studenți, voluntari, etc)
			Instructaj specific privind riscul infecțios, prevenirea și combaterea infecțiilor nosocomiale efectuat personalului nou angajat.
Spitalul respectă Metodologiile naționale de supraveghere boli transmisibile (ICD, Gripă și SARI, Hepatite virale, Legioneloza, infecția pneumococică, BDA, infecția cu MRSA, infecția TBC, infecția HIV/SIDA) cu potențial nosocomial	SSCIN monitorizează morbiditatea, evoluția, severitatea și implementează măsuri și acțiuni bazate pe evidențe		Personal medico- sanitar informat și atenționat asupra potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere
			Raportare cazuistică identificată conform aplicării definițiilor de caz specifice și conform prevederilor
			Stabilire măsuri specifice referitor la protecția mediului și a persoanelor (pacienți, personal medico - sanitar, vizitatori)
Spitalul asigură o politică de calitate referitor la siguranța alimentului pentru controlul riscului infecțios	Funcționarea blocului alimentar - controlată		Protocol de lucru privind prevenirea contaminării încrucișate a alimentelor
			Număr probe sanitație mâini cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat
			Număr probe sanitație suprafețe cu rezultat pozitiv din total probe sanitație suprafețe recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat
			Asigurarea temperaturilor sigure pentru păstrarea alimentelor
			Triaj epidemiologic zilnic, personal lucrător în Blocul alimentar, consemnat
			Controlul medical periodic și la angajare pentru personalul lucrător în blocul alimentar, asigurat de către spital
		Funcționarea bucătăriei de lapte (biberonerie) - controlată	Număr probe sanitație mâini cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat
			Număr probe sanitație suprafețe cu rezultat pozitiv din total probe sanitație suprafețe recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat
			Sistem sterilizare propriu pentru biberoane, tetine, veselă nou-născuți, funcțional.
			Evidența zilnică a produselor preparate
			Produsele lactate utilizate sunt păstrate corect și sunt în termen de valabilitate.

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
	Programul de combatere a riscului infecțios include reguli de utilizare a antibioticelor și controlul antibioticorezistenței.	Prescrierea antibioticelor respectă Ghidurile de antibioterapie și antibioprofilaxie adoptate	Ghiduri și/sau protocoale de antibioterapie și antibioprofilaxie pe grup de afecțiuni și/sau specialități medico - chirurgicale
			Consumul antibioticelor de rezervă este controlat
			SSCIN monitorizează consumul antibioticelor implicate în urgența infecției cu Clostridium difficile
			Secțiile clinice sunt informate periodic referitor la circulația germeniilor multirezistenți la antibiotice, pentru eficientizarea antibioterapiei.
		SSCIN monitorizează antibioretistența	Laborator propriu de bacteriologie sau contract de externalizare cu un laborator de bacteriologie
			Medicul bacteriolog coordonează activitatea laboratorului de bacteriologie
			Recoltarea produselor biologice precede întotdeauna antibioterapia
			Izolarea și identificarea agenților patogeni bacterieni se face sistematic până la nivel de specie
			Pentru izolatele bacteriene identificate se determină antibioretistența
			Antibioterapia este corelată cu rezultatele microbiologice disponibile
			Izolarea și circulația Staphylococcus aureus metilino-rezistent, a Enterobacteriilor și fungilor în spital, monitorizate
			Ponderea cazurilor de infecție nosocomială determinate de Staphylococcus aureus metilino - rezistent din total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat
			Ponderea cazurilor de infecție nosocomială determinate de Enterobacterii și bacili Gram - negativi nefermentativi cu rezistență la carbapeneme, din total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat
			Ponderea cazurilor de infecție nosocomială determinate de Enterobacterii și bacili Gram - negativi producătoare de ESBL, din total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat
			Ponderea cazurilor de infecție nosocomială determinate de Clostridium difficile din total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat
			Ponderea cazurilor de infecție nosocomială determinate de bacterii din specia Enterococcus din total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			<p>Ponderea cazurilor de infecție nosocomială determinate de genul Candida din total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Analiza lunară a tipurilor de infecții nosocomiale identificate, pe secții și categorii de germeni</p> <p>Centralizator lunar al probelor de autocontrol bacteriologic recoltate, evidență și analizare rezultate.</p> <p>Tendința consumului de antibiotice și antifungice la nivel de spital, în ultimii 2 ani</p>
	<p>Riscul infecțios legat de dispozitivele medicale și echipamentele de multiplă folosință este controlat</p>	<p>Spitalul asigură trasabilitatea proceselor de pregătire în vederea utilizării în condiții de siguranță</p>	<p>Circuit funcțional separat pentru materialele sterile/nesterile, stabilit</p>
			<p>Registru de evidență a operațiunilor de curățare/dezinfecție dispozitive medicale, completat la zi</p> <p>Registru operațiuni de sterilizare, completat la zi</p> <p>Registru operațiuni de sterilizare chimică, completat la zi</p> <p>Instrucțiuni de lucru pentru toate produsele biocide și dezinfectanții de nivel înalt, utilizate, la dispoziția personalului</p> <p>Personal sanitar instruit conform cerințelor locului de muncă</p> <p>Operațiuni periodice de verificare tehnică pentru aparatura de sterilizare</p> <p>Verificarea eficienței sterilizării materialului moale și dispozitivelor medicale în stația centrală de sterilizare, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Verificarea eficienței sterilizării materialului moale și dispozitivelor medicale din spațiile de lucru, în ultimul an calendaristic încheiat</p> <p>Non-reutilizarea dispozitivelor medicale de unică folosință este controlată</p>
	<p>Riscul infecțios legat de mediul intraspitalicesc este controlat</p>	<p>Măsuri privind controlul riscurilor de contaminare infecțioasă a mediului de spital</p>	<p>Asigurarea de spații, suprafețe de lucru, materiale și echipamente curate - dezinfectate</p> <p>Asigurarea tuturor condițiilor necesare pentru igiena mâinilor</p> <p>Circuitul deșeurilor medicale, cunoscut și funcțional</p> <p>Eliminarea deșeurilor anatomo - patologice (părți de corp uman), gestionată și controlată</p> <p>Controlul calității apei - adaptat diferitelor utilizări, în funcție de proveniența apei, cu periodicitate stabilită, efectuat</p> <p>Controlul chimic și bacteriologic al apelor uzate</p> <p>Controlul calității aerului în sectoarele de lucru care beneficiază de ventilație controlată</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			Operațiuni periodice de verificare tehnică pentru aparatura de ventilație
			Circuitul lenjeriei utilizate este trasat, monitorizat, cunoscut
			Accesul vizitatorilor/aparținătorilor, reglementat
		Structura funcțională a spitalului contribuie la diminuarea riscului infecțios	Modificări în structura funcțională a spitalului, în ultimele 24 luni, cu avizul SSCIN și anunțate autorității sanitare teritoriale.
			Respectarea prevederilor Programului de conformare anexă la Autorizația sanitară de funcționare referitor la măsuri de optimizare a spațiilor și circuitelor funcționale ale spitalului, la ultima acțiune de autorizare a spitalului.
	Politică de coordonare și control a riscului infecțios prin respectarea Precauțiunilor Standard și constituirea de bariere de prevenție și izolare pentru protejare personal sanitar, pacienți, vizitatori	Spitalul se preocupă de protecția personalului sanitar	Spitalul asigură controlul medical periodic și la angajare pentru personalul sanitar
			Număr personal sanitar depistat ca purtător nazal sănătos de Staphylococcus aureus (inclusiv MRSA/ORSA)
			Număr personal sanitar depistat ca purtători sănătoși de stafilococ auriu metilino-rezistent (MRSA), cu decolonizare bacteriologică efectuată și recontrol cu rezultat negativ
			Vaccinoprofilaxie personal sanitar HVB
			Număr persoane vaccinate înregistrate, pe categorii de vaccinuri
			Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate
			Evidența accidentelor cu expunere la produse biologice și aplicarea managementului specific
			Număr de accidente de natură infecțioasă survenite în ultimul an calendaristic încheiat, la personalul angajat (inclusiv personalul prezent temporar în spital: voluntari, studenți, elevi, stagiați, etc)
			Triaj epidemiologic zilnic, personal sanitar, consemnat
			Facilități pentru igiena mâinilor în toate spațiile în care se desfășoară activități medicale
			Spații și circuite funcționale stabilite, marcate/destinate pentru personalul medico - sanitar

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		Spitalul aplică suplimentar Precauțiuni adiționale de reducere a riscului de transmitere a agenților patogeni la pacienți și vizitatori/aparținători	Lista măsurilor recomandate pentru prevenirea transmiterii agenților patogeni
			Măsuri privind controlul transmiterii agenților patogeni prin contact
			Măsuri privind controlul transmiterii agenților patogeni prin picături Pflügge
			Măsuri privind controlul transmiterii agenților patogeni prin aerosoli
			Vizitatorii și aparținătorii sunt avertizați prin afișaj tematic și protejați prin echipament de protecție

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
Serviciile paraclinice corespund nevoilor de investigare completa si competenta a spitalului	Laboratoarele paraclinice asigura furnizarea serviciilor tinand cont de nevoile de diagnosticare ale spitalului si ambulatoriului integrat	Laboratoarele paraclinice estimeaza nevoile de investigatii si le asigura prin laborator propriu sau subcontractant	Lista investigatiilor paraclinice pentru care este necesara aprobarea prealabila(Consiliul Medical, sef de sectie), stabilita si cunoscuta de catre sectiile spitalului
			Lista investigatiilor care se pot efectua in urgenta, stabilita si cunoscuta de catre sectiile spitalului
			Lista investigatiilor subcontractate, stabilita si cunoscuta de catre sectiile spitalului
		Laboratoarele paraclinice selecteaza laboratoarele subcontractante in baza unor criterii stabilite	Criteriile de selectie a laboratoarelor subcontractante, stabilite
			Monitorizarea calitatii serviciilor subcontractate efectuata trimestrial
			Numarul pacientilor transferati catre alte spitale in scopul efectuarii de investigatii imagistice de inalta performanta/ numar total pacienti transferati
			Rezultatele investigatiilor imagistice furnizate de catre entitati externe sunt eliberate si arhivate conform procedurilor specifice Laboratorului
			Autorizatie de utilizare CNCAN pentru radiodiagnostic
		Laboratoarele paraclinice au reglementat modul de asigurare a continuitatii furnizarii serviciilor	Asigurarea continuitatii furnizarii serviciilor paraclinice pe toata durata programului de lucru este procedurata
		Laboratoarele paraclinice stabilesc si implementeaza un plan de actiune pentru situatiile care genereaza indisponibilitate in furnizarea serviciilor (nefunctionare echipamente, nefunctionare IT, personal indisponibil,etc)	Plan de actiune/urgenta pentru situatiile care pot genera indisponibilitate in furnizarea serviciilor identificate, stabilit si aprobat
Laboratoarele paraclinice participa la stabilirea diagnosticului medical	Responsabilitati stabilite in laboratoarele paraclinice pentru consilierea personalului clinician din sectiile spitalului cu privire la investigatiile paraclinice (ex. mod de recoltare, metode de lucru,interpretare rezultate, etc)		
	Numar de rapoarte de garda comune laboratoare - sectii clinice in ultimul an calendaristic		
	Specialisti din cadrul laboratoarelor fac parte din echipele multidisciplinare de analiza a cazurilor medicale deosebite		

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
	<p>Practica de radiodiagnostic este centrata pe nevoile reale ale pacientului, monitorizata si evaluata periodic</p>	<p>Examenul obiectiv al pacientului justifica solicitarile pentru investigatii radiologice, urmareste si evidentiaza colaborarea in favoarea pacientului dintre medicul curant si radiolog, prin modalitatea de comunicare profesionala prin tipizare si procedura.</p>	<p>Medicii prescriptori de investigatii imagistice justifica solicitarile prin inscrierea diagnosticului prezumtiv pe formulare tipizate, diagnostic prezumtiv eligibil pentru efectuarea investigatiei radiologice</p> <p>Exista redactata si implementata o procedura de arbitraj a situatiilor de divergenta in justificarea recomandarii unei investigatii de radiodiagnostic</p> <p>Evaluarea ratei de pozitivitate a suspiciunilor de diagnostic care au facut obiectul solicitarilor de investigatii, cu exceptia solicitarilor de investigatii in urgenta, in ultimul an calendaristic incheiat</p> <p>indicatorul "rata pozitivității examenelor imagistice", utilizat .</p>
		<p>Spitalul are instituit un sistem de programare a pacientilor in vederea efectuarii investigatiilor imagistice, cu impunerea de masuri organizatorice pentru solicitarile de investigatii in urgenta menite a modifica orarul programarilor, masuri de protectie si prevenire a contaminarilor atat pentru pacienti cat si pentru personalul propriu.</p>	<p>Există registru de programari la nivelul Laboratorului de radiologie si Imagistica medicala</p>
			<p>Programarile investigatiilor imagistice sunt facute functie de varsta si riscul infecto-contagios al pacientilor</p> <p>Timpul mediu de asteptare al pacientilor in vederea efectuarii investigatiilor imagistice, pentru care au fost programati, monitorizat, in ultimul an incheiat</p>
		<p>Spitalul adopta si impune reguli de buna practica prin existenta si implementarea ghidurilor si procedurilor de diagnostic elaborate de catre organismele de reglementare si organizatiile profesionale</p>	<p>Protocole adaptate echipamentelor utilizate pentru efectuarea investigatiilor imagistice implementate in Laborator, in ultimul an calendaristic incheiat</p>
	<p>Propunerile de dezvoltare si propunerile de achizitii ale laboratoarelor paraclinice sunt stabilite in concordanta cu necesarul de investigare paraclinica al spitalului, resursele financiare si umane disponibile</p>	<p>Dotarea cu echipamente a laboratoarelor se realizeaza avand la baza analiza de oportunitate</p>	<p>Rata de utilizare a aparaturii de inalta performanta (ore functionare/zi) in ultimul an calendaristic incheiat</p>
			<p>Plan de mentenanta intocmit conform specificatiilor tehnice ale echipamentelor este, stabilit si implementat</p> <p>Ponderea aparaturii medicale radioimagistica cu vechime mai mare de 5 ani din totalul aparaturii imagistice din spital</p>
		<p>Laboratoarele paraclinice se preocupa de pregatirea profesionala a personalului incadrat tinand cont de nevoile de diagnosticare a spitalului</p>	<p>Plan de instruire de instruire stabilit, aprobat si implementat</p>
		<p>Se asigura continuitatea aprovizionarii cu echipamente medicale, materiale sanitare si reactivi, consumabile si piese de schimb in concordanta cu necesarul estimat</p>	<p>Există o planificare a ritmului de aprovizionare corelată cu consumul realizat</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			Analiza lunara a activității a relevat dificultăți în realizarea analizelor de laborator generate de sincope în asigurarea resurselor materiale
			Materialele si reactivii sant depozitati conform specificatiilor producatorului
	Condițiile de prescriere a investigațiilor paraclinice sant stabilite si cunoscute de catre sectiile spitalului	Laboratoarele paraclinice stabilesc si informeaza sectiile spitalului cu privire la modul de prescriere a investigațiilor paraclinice(justificare), factorii preanalitici care pot influenta calitatea rezultatelor	Modul de recoltarea a probelor biologice si factorii care pot influenta rezultatele analizelor sant stabilite si cunoscute de catre sectiile spitalului
			Cererea pentru efectuarea analizelor permite identificarea clara a pacientului, a medicului trimitator, tipul de probă (și unde este relevant, locul anatomic de origine), examinările solicitate, diagnosticul prezumtiv și alte date clinice utile
			Dubla identificare a probelor/pacientilor realizata
			Sistemul de etichetare al probelor biologice previne dezlipirea acestora
			Transportul probelor recoltate este realizat in conditii controlate
			Criteriile de respingere a probelor biologice din punct de vedere al analizei acestora, stabilite si cunoscute de catre sectiile spitalului
			Numar instruiiri la nivelul sectiilor cu privire la procedura de recoltare si factorii care pot influenta rezultatele analizelor efectuate in ultimul an ca
			Numar probe recoltate pe sectiile spitalului respinse urmare a modului de recoltare, in ultima luna calendaristica - de completat cu unul calitativ
	Laboratoarele paraclinice furnizeaza servicii medicale care corespund criteriilor de calitate stabilite	Laboratoarele paraclinice si-au stabilit si implementat un sistem de asigurare a calitatii in care sunt incluse toate investigatiile efectuate	Sistemul de asigurare a calitatii in conformitate cu ISO 15189
			Procentul analizelor de laborator acreditate conform ISO 15189
			Efectuarea controlului intern si extern de calitate pentru toate investigatiile realizate, este procedurata
			Controlul intern de calitate efectuat la maxim 8 ore
			Monitorizarea rezultatelor controlului intern si extern de calitate realizata
			Actiuni stabilite pentru situatiile in care rezultatele controlului intern si extern nu se incadreaza in intervalelor stabilite
		Laboratoarele paraclinice monitorizeaza feedback-ul cu privire la calitatea investigațiilor efectuate si-l utilizeaza ca sursa de imbunatatire permanenta a activitatii	Numar chestionare feed-back completate de catre medicii prescriptori/asistente din sectiile spitalului, in ultima luna calendaristica
			Analiza trimestriala a chestionarelor conduce la masurri de imbunatatire stabilite in laboratoarele paraclinice

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
	Rezultatele examenilor raspund necesitatilor de investigare/tratament optim al pacientilor in ceea ce priveste accesabilitatea lor, calitatea si perioada de transmitere	Laboratorul isi stabileste intervalele de referinta, valorile de alerta si valorile critice in raport cu patologia tratata de spital	Lista intervalelor de referinta validata si cunoscuta de catre sectiile spitalului
			Lista valorilor de alerta si a valorilor critice stabilita si cunoscuta de catre sectiile spitalului Criterii stabilite pentru a doua opinie medicala referitoare la rezultatele investigatiilor paraclinice Lista rezultatelor critice (cu efect potential de risc maxim asupra pacientilor) existenta in cadrul Laboratorului de radiodiagnostic
		Laboratoarele paraclinice si-au stabilit o procedura de comunicare a rezultatelor, inclusiv a celor de urgenta	Comunicarea rezultatelor analizelor, inclusiv a celor în regim de urgență procedurata
			Formulare tipizate pentru prescrierea de examene radiologice
			Trasabilitatea asigurata pentru rezultatele transmise verbal
			Rezultatele comunicate verbal sunt urmate de eliberarea rezultatelor scrise
			Buletinele de analize contin in cazul antibiogramii atentionari cu privire la identificarea tulpinilor de microorganisme producatoare de enzime inhibitorii de antibiotice (ESBL, MRSA, etc)
			Antibioticele/antifungicele utilizate pentru antibiograma/antifungigrama se gasesc in farmacia spitalului
			Rezultatele investigațiilor imagistice pentru pacientii internati, sunt comunicate în aceeasi zi medicilor prescriptori
			Rezultatele investigațiilor imagistice pentru pacientii internati sunt transmise si in format electronic
		Laboratorul arhiveaza rezultatele investigatiilor imagistice in conditii de securitate fizica si acces reglementat	Laboratorul dispune de arhiva fizica si electronica
			Laboratorul poate elibera duplicate ale rezultatelor arhivate, la solicitarea pacientilor externati
			Activitatea de eliberarea unui rezultat arhivat este procedurata

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
	Laboratoarele paraclinice au stabilit un sistem de analiza a datelor	Laboratoarele paraclinice evalueaza datele si le utilizeaza pentru imbunatatirea calitatii	<p>Programul de audit intern al spitalului cuprinde si laboratoarele paraclinice</p> <p>Ultimul raport de audit intern sau extern pentru sistemul de management al calitatii, contine referiri la laboratoarele paraclinice</p> <p>Rapoartele de control efectuate de diferite institutii (DSP, CJAS, RENAR, etc) sunt analizate cu personalul din laborator si sunt urmate de stabilirea unor planuri de masuri</p>
	Laboratorul si-a stabilit reguli pentru diminuarea riscului infectios pentru personal,probele biologice si pacienti	Laboratorul isi evalueaza riscurile microbiologice si pe baza lor stabileste reguli de buna practica	<p>Evaluarea riscului microbiologic in laboratorul clinic sta la baza stabilirii nivelului de biosiguranta, a echipamentului de protectie si a aspectelor de siguranta a muncii</p> <p>Laboratorul si-a stabilit si implementat un manual de biosiguranta/regulament de biosiguranta/proceduri de biosiguranta pentru reducerea riscului infectios</p> <p>Regulile de biosiguranta sunt incluse in Planul de prevenire si control al infectiilor nosocomiale implementat in spital</p> <p>Personalul de la laborator care lucrează cu produse cu risc potențial de contaminare, echipat corespunzător.</p> <p>Planul de formare profesionala pentru personalul laboratorului clinic cuprinde sesiuni de instruire (cel puțin trimestriale) dedicate biosecuritatii in laborator (ex:reguli biosiguranță, precautiile universale, măsurile postexpunere, utlizarea dezinfectantilor, spalarea mainilor,etc)</p> <p>La nivelul laboratorului de analize medicale este implementat un program de imunizare a personalului operator</p> <p>Laboratorul a stabilit un program de raportare a incidentelor din laborator: leziuni, accidente la locul de muncă și boli, precum și pericolele potențiale;in urma analizei datelor sant intreprinse masuri corective si preventive</p> <p>Accesul în spațiul de lucru al laboratorului de analize medicale este reglementat</p> <p>Culturile de referință și culturile stoc se păstrează in mediu controlat si în spații securizate, ce pot fi accesate numai de persoane autorizate si mediul controlat</p> <p>Responsabilitatile cu privire la biosecuritate sant clar definite in cadrul laboratorului clinic; persoana desemnată are competenta profesionala necesara - microbiolog/medic medicina laborator</p> <p>rezervoare cu antiseptice, existente la nivelul laboratoarelor</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			<p>Procedurile de prim ajutor după expunerea accidentală la material infecțios, sunt stabilite, aprobate și cunoscute de către întreg personalul</p> <p>activitatea de eliminare a deșeurilor medicale rezultate din activitatea laboratorului clinic este procedurată</p> <p>Planul de gestiune a deșeurilor medicale stabilit, aprobat și implementat</p> <p>Cantitatea de deșeuri periculoase eliminată în ultimele 12 luni</p>
	<p>Exista la nivelul spitalului implementata o politica de asigurare a serviciilor de Radiologie si Imagistica Medicala in conditii de siguranta pentru pacienti, cu informarea acestora asupra riscurilor asociate practicii si a unui mediu de lucru sigur pentru personalul propriu</p>	<p>Structura functionala a Laboratorului de radiologie si imagistica medicala asigura desfasurarea fluxului de activitati specifice activitatii de radiodiagnostic in conformitate cu reglementarile legale in vigoare</p>	<p>Numarul zone de asteptare pentru pacienti si apartinatori din structura Laboratorului RIM amenajate si semnalizate/ numarul de puncte de lucru ale Laboratorului, autorizate C.N.C.A.N.</p>
			<p>Numarul de spatii amenajate pentru dezbracarea pacientilor/numarul de instalatii radiologice fixe</p> <p>Cabine WC in legatura functionala cu camera de expunere/numarul instalatii de fluoroscopie</p> <p>Numar cabine WC destinate pacientilor/ numarul total cabine WC la nivelul Laboratorului RIM</p> <p>Numar cabinete de interpretare rezultate/numar total puncte lucru autorizate C.N.C.A.N</p> <p>Numar camere de garda medici dotate cu dus si toaleta proprie/numar linii de garda pe Laboratorul RIM</p> <p>Numar vestiare individuale pentru personal /numar angajati Laborator radiodiagnostic</p>
		<p>Mediul de lucru si riscurile profesionale asociate practicii de radiodiagnostic sunt evaluate si monitorizate</p>	<p>Numarul dozimetrelor individuale/numar total personal Laborator radiodiagnostic</p>
			<p>Numar echipamente radioprotectie individuala destinate personalului/numar instalatii radiologice mobile,</p> <p>Periodicitatea dezinfectiilor echipamentelor medicale, a salilor de expunere, a salilor de asteptare si a spatiilor adiacente Laboratorului RIM</p> <p>Analize ale notificarilor organismelor de supraveghere dozimetrica, in ultimul an</p> <p>Numar medici specialisti radiologi /numar servicii medicale imagistice asigurate in timpul programului normal de lucru, in ultimul an calendaristic incheiat</p>

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
		Procedurile de lucru ale Laboratorului de RIM sunt centrate pe siguranta pacientului, cu informarea acestuia despre avantajele si riscurile practicii de radiodiagnostic	Contracte de service pentru aparatura imagistica in vigoare
			Numar de consimtaminte pentru investigatii imagistice, semnate din total pacienti investigati, in ultimele 12 luni (cu exceptia investigatiilor in urgenta)
			Numar instalatii radiologice dotate cu softuri de reducere a dozei pacientilor investigati/Numar total instalatii radiodiagnostic fixe
			Numar instalatii radiologice destinate investigatiilor medicale imagistice pediatrice/Numar total instalatii radiodiagnostic fixe
			Numar instalatii radiologice dotate cu capabilitati tehnice destinate investigatiilor fluoroscopice a pacientilor cu dizabilitati si functii motorii alterate/ numar total instalatii radiologice destinate investigatiilor fluoroscopice
			Protocol de evaluare privind starea de graviditate a femeilor de varsta fertila
			Numar echipamente de radioprotectie individuale destinate pacientilor si apartinatorilor/numar total de instalatii fixe de radiodiagnostic
			Masuri adoptate in urma verificarilor C.N.C.A.N. sau D.S.P. Laborator Igiena Radiatiilor Ionizante, in ultimii 2 ani calendaristici incheiati

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
<i>Managementul riscurilor clinice</i>	Politica proactiva de prevenire a riscurilor clinice	Spitalul a identificat serviciile si/sau interventiile diagnostice/terapeutice care pot genera riscuri pentru pacient (servicii complexe pentru pacienti cu afectiuni grave,Tratamente cu posibile reactii adverse importante, Manevre invazive,etc)	Lista serviciilor
			Lista interventiilor
		Spitalul a identificat categoriile de pacienti la risc (Pacienti vulnerabili - copii, batrani, tarati, dependenti de insotitor,etc- Pacienti cu urgente medico-chirurgicale, Pacienti comatosi,Pacienti cu boli transmisibile,Pacienti imunodeprimati, Pacienti cu afectiuni psihiatrice severe, etc)	Lista categoriilor de pacienti
		Spitalul dezvoltă protocoale specifice pentru diminuarea riscurilor identificate	Minim 2 protocoale pentru servicii/interventii la risc
			Minim 2 protocoale pentru 2 categorii de pacienti la risc
		Personalul este instruit si aplica protocolul	procentajul personalului instruit
			Protocol indeplinit pentru servicii la risc
			Protocol completat la pacienti cu risc

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
Ingrijirea paliativa se adreseaza pacientilor cu boli cronice progresive si familiile lor si urmareste imbunătățirea calității vieții acestora prin ameliorarea suferintei.	Managementul pacientilor cu boli cronice progresive si nevoi de ingrijiri paliative se face diferentiat in functie de complexitatea nevoilor de ingrijiri paliative.	Organizatia are un sistem de identificare prompta a nevoilor de ingrijiri paliative la pacientii cu boala cronica progresiva	screening sistematic nevoi ingrijiri paliative
			evaluare durere
		Personalul implicat in ingrijirea pacientilor cu boli cronice progresive are competente de baza in ingrijiri paliative	documentarea in FO complexitatii cazului din pct de vedere a nevoilor de ingrijiri paliative
			50% din medicii organizatiei care au in ingrijire pacienti cu boli cronice progresive au absolvit minim curs introductiv de 3 zile de ingrijiri paliative
			50% din asistentele care au in ingrijire pacienti cu boli cronice progresive au absolvit minim curs introductiv de 3 zile de ingrijiri paliative
			educatie continua include anual minimum 4 ore in ingrijiri paliative pt personalul clinic (medici, asistenti, psihologi, preoti etc) care asigura ingrijire pacientilor cu boli cronice progresive
		Organizatia dispune de medicatia necesara controlului adecvat al durerii si celorlate simptomelor inclusiv morfina forma orala si injectabila	morfina orala si injectabila existenta in farmacia spitalului
			medicatie disponibila farmacie include antialgice, laxative, dexametazona, gabapentin, metoclopramid, anxiar, haloperidol, midazolam, scobutil,
		Pacientii cu boli cronice progresive "cazuri complexe " primesc ingrijire paliativa specializata prin colaborare cu servicii specializate de ingrijiri paliative sau prin transfer in servicii specializate	40% din pacientii identificati cu nevoi de paliatie au prescrisa medicatie opioida pt durere
			procedura transfer
			contracte colaborare cu servicii/ echipe specializate de ingrijiri paliative
		Personalul medical recunoaște semnele și simptomele stării terminale oferind confort pacientului si suport familiei	Personalul medical diagnosticheaza starea terminala
numar pacienti ce au beneficiat de ingrijiri paliative de specialitate prin consult echipa ingrijiri paliative sautransferati servicii de ingrijiri paliative			
Personalul medical ofera ingrijirea conform protocolului de stare terminala	protocol de stare terminala aplicat		
		Familia se informeaza referitor la problemele ce trebuiesc solutionate postmortem	

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
<p><i>Spitalul indeplineste criteriile internationale de siguranta a pacientului</i></p>	<p>Dubla identificare a pacientului in furnizarea ingrijirilor, examenilor, tratamentelor, serviciilor, transferului, externarii</p>	<p>Pentru siguranta identificarii, spitalul dezvolta si pune in aplicare o procedura prin care se asigura ca: a. pacientul ca persoana este corect identificat atunci cand l se prescrie/acorda un serviciu sau tratament b. se face corelarea corecta a pacientului cu serviciul sau tratamentul prescris sau primit.</p>	<p>Procedura la nivel de spital pentru identificare corecta a pacientului</p>
		<p>I.2 Personalul cunoaste si aplica identificarea pacientului cu 2 elemente, in fiecare etapa parcursa de pacient in spital si pentru fiecare tip de investigatii sau tratamente</p>	
		<p>I.3 Se monitorizeaza aplicarea procedurii de catre structura de management al calitatii</p>	
		<p>I.4. Actiuni de imbunatatire a procedurii ca urmare a unor evenimente legate de identificarea pacientului, sau observatiilor personalului</p>	
		<p>I.5. La transferul pacientului se utilizeaza minimum 2 date de identificare a pacientului</p>	
<p>Eliminarea erorilor de transfuzie datorate greselilor de identificare a pacientului</p>	<p>I. 1 Procedura de verificare corecta a sangelui sau produselor de sange, inclusiv persoane calificate pentru verificare si administrare</p>		
<td data-bbox="1637 715 2157 799"> <p>I.2. Personalul cunoaste si aplica procedura in toate locatiile unde se prevaleaza sange si probe, precum si la laboratoare si explorari de toate tipurile</p> </td>	<p>I.2. Personalul cunoaste si aplica procedura in toate locatiile unde se prevaleaza sange si probe, precum si la laboratoare si explorari de toate tipurile</p>		
<td data-bbox="1637 799 2157 858"> <p>I.3 Se monitorizeaza aplicarea procedurii de catre structura de management al calitatii</p> </td>	<p>I.3 Se monitorizeaza aplicarea procedurii de catre structura de management al calitatii</p>		
<td data-bbox="1637 858 2157 938"> <p>Actiuni de imbunatatire a procedurii ca urmare a unor evenimente legate de identificarea pacientului, sau observatiilor personalului</p> </td>	<p>Actiuni de imbunatatire a procedurii ca urmare a unor evenimente legate de identificarea pacientului, sau observatiilor personalului</p>		
<p>Spitalul dezvolta si implementeaza un sistem pentru imbunatatirea sigurantei medicamentelor de risc inalt (medicamente implicate intr-un nr mare evenimente adverse sau cu potential grav ridicat, cum ar fi insulina, heparina, chimioterapicele sau medicamente al caror denumire sau impachetare seamana cu alte medicamente, ex hidralazina - hidroxizin)</p>	<p>Spitalul trebuie sa stabileasca actiuni pentru punerea in aplicare a unui sistem de management al medicamentelor de risc inalt care cuprinde modul de depozitare, prescriere, administrare, monitorizare</p>	<p>Spitalul a stabilit o lista de medicamente de risc inalt pentru care aplica strategii specifice de imbunatatire a sigurantei control al prescrierii, prepararii, administrarii, depozitarii.</p>	
<p>Procedura pentru managementul medicamentelor de risc inalt, cu scopul prevenirii evenimentelor adverse legate de utilizarea acestor medicamente, care include prevederi referitoare la depozitare, prescriere, pregatire, administrare, monitorizare; procedura este adoptata si aplicata uniform la nivelul intregului spital</p>			
<p>Personalul este responsabilizat si cunoaste procedura;</p>			
<p>Monitorizarea aplicarii</p>			

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
			Solutii de imbunatatire pe baza feed-back-ul personalului, raportarea evenimentelor adverse, etc
		Spitalul stabileste actiuni pentru implementarea unui sistem de management al solutiilor concentrate de electroлити care cuprinde modul de depozitare, prescriere, administrare, monitorizare	Protocol care previne gestionarea incorecta a solutiilor concentrate de electroлити
			Training personal pentru pregatirea si depozitarea solutiilor concentrate de electroлити
			Monitorizarea implementarii si feed-back pentru imbunatatire
			Solutiile concentrate de electroлити sunt disponibile exclusiv pe sectiile unde e identificata necesitatea clinica de administrare
			Solutiile concentrate de electroлити care se afla pe sectii sunt depozitate si etichetate in asa fel incat sa evite riscurile de confuzii si a fie sigure pentru administrare
	Adoptarea unui program multimodal de interventie (model OMS) pentru cresterea compliantei personalului medical la igiena mainilor	Adoptarea de masuri extinse si complexe la nivel organizational:	Plan de actiune, responsabili, indicatori, resurse
			Implementarea planului urmareste indeplinirea obiectivelor si actiunilor propuse
			Monitorizarea si evaluarea a indicatorilor propusi in plan
			Revizuirea planului si replanificarea imbunatatirilor
	Spitalul implementeaza un sistem eficient de transfer a informatiilor si responsabilitatii asupra pacientilor/ingrijirilor intre ture, intre sectii, in exteriorul spitalului, la externare	Dezvoltarea de catre spital a unui sistem eficient al transferului de informatii si responsabilitate privind ingrijirea pacientului intre ture, sectii, transfer in exterior, prin adoptarea unor proceduri, formare personal, monitorizare	Procedura pentru procesul de predare a informatiilor si responsabilitatii ingrijirii pacientilor de la o tura la alta, transferul intre sectii sau in alte unitati medicale, externarea pacientului;
			Modul de desfasurare a intalnirii de transfer este structurat si documentat
			Revizuire periodica a procedurii ca urmare a rezultatelor implementarii si evaluarii la nivelul sectiilor
			I.4 Pacientul/familia sunt implicati in procesul de transfer

Standard	Criteriu	Cerinta	Indicator
	<p>Spitalul aplica listei de verificare a procedurilor chirurgicale (model OMS /ordin MS 1529/2013) pentru realizarea sigurantei pacientilor ce sunt supusi interventiilor chirurgicale/procedurilor invazive, avand drept scop asigurarea identificarii corecte a pacientului, locului interventiei si a procedurii corecte</p>	<p>Lista de verificare a procedurilor chirurgicale este utilizata de echipa multidisciplinara prin care se urmareste prevenirea riscurilor, in 3 etape, pentru pacientii chirurgicali: a.inainte de anestezie - pentru identificarea pacientului, marcarea locului interventiei, verificarea aparaturii de anestezie b.inainte de incizie, pentru verificarea membrilor echipei, revizuirea pasilor de parcurs in interventie si antibioprofilaxie c.inainte de parasirea salii de operatie, pentru verificarea si numararea instrumentelor, etichetarea probelor prelevate, revenirea din anestezie Se aplica tuturor procedurilor chirurgicale si ne-chirurgicale invazive Punerea in aplicare necesita actiuni coordonate si sustinute ale sefilor de sectii chirurgie si ATI, asistentelor medicale, conducerii spitalului pentru formarea echipelor, adaptarea specifica a pasilor listei, testare, extinderea aplicarii, asigurare logistica</p>	<p>I. 2 Procedura de verificare a listei de siguranta chirurgicala adoptata cu faze: a,b,c</p> <p>I. 3 Informatiile necesare si corecte fazei pre-operatorii sunt disponibile si verificate de catre echipa</p> <p>I. 4 Sunt identificate interventiile chirurgicale care necesita marcarea locului interventiei (atunci cand sunt cel putin doua posibile locatii pentru procedura) si persoanele desemnate sa efectueze marcarea</p> <p>I. 5 Se efectueaza toate verificarile necesare inaintea anesteziei / inciziei, in prezenta echipei desemnate initiate de catre o persoana desemnata (time out)</p> <p>I.6 Echipa efectueaza verificarile inainte ca pacientul sa paraseasca sala</p> <p>I. 7 Document completat ca urmare a parcurgerii pasilor listei de verificare a procedurilor chirurgicale.</p>