



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

ANMCS

Standardul 02.12

Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului

Importanța standardului



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

ANMCS

”Siguranța pacienților reprezintă evitarea vătămărilor neintenționate sau neașteptate ale persoanelor în timpul acordării asistenței medicale.”

”prima și cea mai importantă lecție pe care personalul trebuie să o învețe”

NHS

02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.01	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.

02.12.01.01.01 La nivelul Comisiei/Echipei de gestionare a riscurilor (CGR) sunt identificate situațiile cu risc clinic și sunt propuse pentru înregistrate în Registrul riscurilor.

Lista 6

Propunere:
reformulare **Registrul riscurilor conține toate activitățile cu risc clinic, identificate pentru fiecare sector de activitate medicală.**

Identificarea riscurilor clinice (pe secții / departamente clinice) reprezintă una dintre metodele proactive de creștere a siguranței pacienților. Exemple de situații la risc: intervenții și manevre invazive, intervenții în urgență, transfuzii etc.

Riscurile identificate de fiecare secție se comunică responsabilului de management al riscurilor și pot fi integrate în registrul comun al riscurilor.

Identificarea acestor riscuri se face după metodologiile cunoscute (FMEA sau cea descrisă în Ordinul 600/2016).

02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.01	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.

02.12.01.01.02 La nivelul spitalului sunt identificate categoriile de pacienți cu risc.

Lista 7

Propunere: **Sunt stabilite categoriile de pacienți și tipurile de risc pentru care se va face evaluarea riscului.**
reformulare

Exemple (JCI): copii f. mici, adolescenți, vârstnici, pacienți în stare terminală, pacienți cu durere cronică, pac. cu tulburări psihice, pac. cu dependențe, pac. cu boli transmisibile, pac. în chimioterapie, pac. cu imunoterapie sau imunodeprimați, pac. cu anticoagulant etc.

Spitalul poate identifica și alte categorii de pacienți cu risc.

02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.01	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.

02.12.01.01.03 Identificarea pacienților cu risc crescut este realizată și consemnată în documentele medicale, la consultul inițial.

Lista 28

Propunere: **Identificarea riscului/riscurilor pentru fiecare pacient este consemnată în documentele medicale.**
reformulare

02.12.01.01.04 La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la riscurile clinice și măsurile pentru prevenirea lor.

Lista 7

Propunere: **Personalul spitalului este instruit anual cu privire la riscurile clinice și măsurile pentru prevenirea lor.**
reformulare

02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.02	Spitalul dezvoltă și implementează un sistem de gestionare a evenimentelor santinelă.

02.12.01.02.01 Managementul evenimentelor santinelă este reglementat.

Lista 6

Propunere: Menținere

02.12.01.02.02 La nivelul spitalului este reglementat modul de identificare, analizare și prelucrare a evenimentelor santinelă pentru personalul medical.

Lista 6

Propunere: Eliminare

Evenimentele grave suferite de personalul medical în timpul exercitării profesiei (atacul, căderile, infectarea etc) pot fi considerate evenimente santinelă si trebuie incluse reglementare ("second victim").

02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.02	Spitalul dezvoltă și implementează un sistem de gestionare a evenimentelor santinelă.

02.12.01.02.03 Există analiză a cauzelor generatoare a evenimentelor santinelă de tip **raport RCA (Root Cause Analysis)**.

Lista 6

Propunere: reformulare

02.12.01.02.04 Există o analiză a rezultatelor obținute prin aplicarea măsurilor de diminuare a riscului de repetare a evenimentelor santinelă.

Lista 6

Propunere: **Implementarea planului de acțiuni corective stabilit după fiecare eveniment santinelă este monitorizată trimestrial.**
reformulare

02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.03	Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").

02.12.01.03.01	Spitalul are definit un set minim de date care permit analiza evenimentelor care afectează siguranța pacienților (evenimente santinelă, evenimente adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului - "near miss").
Lista 7	
Propunere:	Eliminare US poate utiliza cel puțin datele din CaPeSaRo. Datele utilizate sunt incluse în reglementare.

02.12.01.03.02	La nivelul spitalului există evidența evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").
Lista 6	
Propunere:	Eliminare

02.12.01.03.03	La nivelul spitalului există evidența și analize semestriale ale evenimentelor adverse și cele cu potențial de afectare a pacientului ("near miss") din punct de vedere al cauzelor generatoare (RCA root cause analysis).
Lista 6	
Propunere:	Reformulare

02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.03	Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").

02.12.01.03.04 SMC prezintă la ședințele Consiuliul medical/Comitetului director analiza anuală a evenimentelor adverse proprii și a celor identificate de alte entități, cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").

Lista 5, 6, 7

Propunere:
reformulare **SMC prezintă la ședințele Consiuliul medical/Comitetului director analiza anuală a evenimentelor adverse și near miss proprii.**

Deși nu este menționat în indicator, practica analizei EAAAM din alte entități poate fi utilă US!

02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.

02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de identificare corectă a pacientului.
Lista 5	
Propunere:	Mentținere
	(1) Procedura trebuie să specifice minim: (i) ce înseamnă dubla verificare/identificare, (ii) când și cum se aplică, (iii) ce modalități de identificare adoptă, (iv) personalul responsabil pentru verificarea identității pentru fiecare moment în care este obligatorie verificarea identității, (v) modul cum se face monitorizarea respectării reglementării.
	(2) există evaluări ale respectării reglementării, efectuate cu periodicitatea stabilită;
	(3) observare directă (inclusive din partea personalului: ex. asistent/medic-șef secție, personal SMC).

02.12.01.04.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a sistemului de identificare a pacientului.
Lista 6	Eliminare (este implicită reglementării)
Propunere:	Pentru <u>toți</u> pacienții internați continuu există elementele care permit dubla identificare.
Ind. nou	Observare directă

02.12.01	Spitalul are o politică proactivă de prevenire a riscurilor clinice.
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.

02.12.01.04.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la identificarea corectă a pacienților.
Lista 7, 8	
Propunere:	Personalul spitalului a fost instruit periodic cu privire la identificarea corectă a pacienților.
Reformulare	

02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.01	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate.

02.12.02.01.01 Consemnarea medicației în FO/documente medicale este făcută lizibil de către medicul prescriptor și cuprinde mențiuni privind numele produselor, doza, modul, frecvența de administrare și după caz, precauțiile privind administrarea soluțiilor concentrate de electroliți și ritmul de administrare.

Lista 28

Propunere: Eliminare

02.12.02.01.02 În FO/documente medicale este consemnată medicația pacientului, indiferent de proveniența acesteia.

Lista 28

Propunere: În FO/documente medicale este consemnată medicația pacientului, primită anterior internării, pentru tratarea altor afecțiuni care necesită continuitate.

Reform.

= reconciliere medicație

02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.01	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate.

02.12.02.01.03 **În FO este consemnată medicația recomandată, în urma consulturilor interdisciplinare.**

Lista 28

Propunere: eliminare

02.12.02.01.04 **Număr pacienți care afirmă că au fost informați despre riscurile medicației prescrise și/sau a riscurilor asocierilor de medicamente per număr de pacienți chestionați.**

Lista 26

Propunere: Menținere

02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.02	Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.

02.12.02.02.01 **La nivelul spitalului există evidența medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător.**

Lista 7

Propunere: Menținere

02.12.02.02.02 **La nivelul spitalului este reglementat modul de monitorizare a depozitării, etichetării, prescrierii și utilizării medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător.**

Lista 21, 22, 33,
34, 63

Propunere: Menținere

02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.03	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.

02.12.02.03.01 La nivelul spitalului este reglementat modalitatea de acces și depozitare a medicamentelor psihotrope și stupefiante.

Lista

21, 22, 33, 34

Propunere: Menținere

02.12.02.03.02 La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de prescriere, eliberare și administrare a medicamentelor psihotrope și stupefiante.

Lista

21, 22, 33, 34

Propunere: Menținere

02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.04	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticelor sunt respectate.

02.12.02.04.01	<p>Prepararea diluțiilor sterile cu citostatice se realizează, respectând regulile de bună practică de fabricație, doar de personal desemnat, pregătit special pentru această activitate, care are asigurate și respectă măsurile de prevenție/protecție și recuperare transport în siguranță.</p>
Lista 46	
Propunere:	Menținere

02.12.02.04.02	<p>Există spații cu dispozitive funcționale pentru igienizare/decontaminare personalului implicat în prepararea diluțiilor sterile cu citostatice.</p>
Lista 46	
Propunere:	Menținere

02.12.02.04.03	<p>Diluțiile sterile cu citostatice sunt personalizate pentru fiecare pacient și ambalate, conform caracteristicilor produsului, pentru transport.</p>
Lista 46	
Propunere:	Eliminare

02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.04	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticelor sunt respectate.

02.12.02.04.04 Schema de tratament este înregistrată în registrul de evidență dizolvări pentru medicamentele sterile și este **evaluată validată** de farmacist, înainte de preparare.

Lista 46

Propunere: Menținere

02.12.02.04.05 Medicamentele, solvenții, soluțiile perfuzabile utilizate la prepararea soluțiilor sterile sunt înregistrate în programul de gestiune cantitativ valorică al farmaciei, pe gestiuni, conform protocolului de dizolvare/diluție.

Lista 46

Propunere: Menținere

02.12.02.04.06 Farmacistul clinician / **medic farmacolog** monitorizează și analizează respectarea reglementărilor de bună practică ~~de fabricație~~ în preparare a diluțiilor cu citostatice.

Lista 46

Propunere: Reformulare

02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.04	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticelor sunt respectate.

02.12.02.04.07	Etichetarea diluțiilor sterile cu citostatice se face cu asigurarea dublei identificării a pacientului.
Lista 46	
Propunere:	Menținere

02.12.02.04.08	Diluțiile sterile cu citostatice care nu se administrează imediat sunt păstrate în condiții de temperatură și siguranță conforme cu caracteristicile produsului.
Lista 46	
Propunere:	Menținere

02.12.02.04.09	Transportul diluțiilor sterile cu citostatice se face de personal instruit în acest sens.
Lista 46	
Propunere:	Menținere

02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.04	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticele sunt respectate.

02.12.02.04.10	Transportul diluțiilor sterile cu citostatice se face în condiții de temperatură și siguranță, conforme cu caracteristicile produsului.
Lista 46	
Propunere:	Menținere

02.12.02.04.11	Activitățile cu risc profesional crescut în zona de preparare a diluțiilor sterile cu citostatice sunt identificate, monitorizate și se iau măsuri în consecință.
Lista 46	
Propunere:	Menținere

02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.

02.12.02.05.01	La nivelul spitalului este reglementată gestionarea soluțiilor concentrate de electroliți.
Lista 21	
Propunere:	Menținere

02.12.02.05.02	La nivelul farmaciei există un spațiu bine delimitat, semnalizat vizibil și securizat, separat de celelalte soluții perfuzabile, pentru depozitarea soluțiilor concentrate de electroliți.
Lista 21	
Propunere:	Menținere

02.12.02.05.03	Soluțiile de electroliți, preparate pentru fiecare pacient în parte, sunt depozitate temporar pe secțiile unde vor fi utilizate, în condiții specifice de mediu și siguranță, separat de celelalte soluții perfuzabile.
Lista 21	
Propunere:	Menținere

02.12.02	Spitalul urmărește identificarea și prevenirea riscurilor și a erorilor legate de medicație.
02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.

02.12.02.05.04 La nivelul spitalului este utilizat un sistem de etichetare a soluțiilor de electroliți pentru identificarea corectă a pacienților.

Lista 21, 22

Propunere: Menținere

02.12.02.05.05 La nivelul spitalului există nominalizat responsabil cu monitorizarea modului de gestionare a soluțiilor cu electroliți.

Lista 24

Propunere: Menținere

02.12.02.05.06 Evenimentele adverse legate de administrarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt raportate voluntar, analizate și se iau măsuri pentru evitarea altor incidente similare.

Lista 6, 22

Propunere: Menținere

02.12.03	Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța acestuia.
02.12.03.01	Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.

02.12.03.01.01 La nivelul spitalului există stabilit un set minim de informații/date medicale, de transmis la predarea-preluarea pacientului.

Lista 7

Propunere:

Menținere

Un posibil modelul de utilizat este SBAR (Joint Commission International)

S-Situation: situația actuală a pacientului, simptomatologie, analize relevante, CT, Rx, etc;

B-Background: antecedente patologice, comportamentale relevante,

A-Assesment evaluarea actuală;

R-Recomandari, analize, investigații, tratamente etc.

02.12.03	Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța acestuia.
02.12.03.01	Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.

02.12.03.01.02 La predarea și preluarea pacienților sunt consemnate, într-un document medical standardizat la nivel de spital, elementele de monitorizare și intervențiile de efectuat.

Lista 22, 24

Propunere: Menținere

Document medical standardizat la nivel de spital: [check-list](#)

02.12.03.01.03 Preluarea și predarea pacienților în structurile de terapie intensivă este reglementată la nivelul spitalului.

Lista 22

Propunere: Reform.

02.12.03	Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța acestuia.
02.12.03.01	Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.

02.12.03.01.04 Număr pacienți însoțiți de la serviciul internări până în salon de către personal desemnat în acest sens per număr pacienți chestionați.

Lista 26

Propunere: Menținere

02.12.03.01.05 Număr pacienți însoțiți de la serviciul internări până în salon de către aparținători per număr pacienți chestionați.

Lista 26

Propunere: Număr pacienți însoțiți de la serviciul internări până în salon **numai** de către aparținători
Reform. per număr pacienți chestionați.

02.12.03.01.06 Număr pacienți însoțiți de către personal desemnat în acest sens în deplasarea prin spital per număr pacienți chestionați.

Lista 26

Propunere: Menținere

02.12.03	Transferul informației și al responsabilităților privind pacientul asigură continuitatea îngrijirilor și siguranța acestuia.
02.12.03.02	Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.

02.12.03.02.01 Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.

Lista

22, 24, 33, 34

Propunere: Menținere
(1)cine, (2)cum și (3)unde trebuie să se preluarea-predarea pacienților la tură/serviciul de gardă.

02.12.03.02.02 La nivelul spitalului există analize periodice ale activității de predare-preluare a pacienților.

Lista 7

Propunere: Menținere

02.12.04	Spitalul urmărește creșterea siguranței actului chirurgical și anestezic.
02.12.04.01	În practica chirurgicală și anestezică sunt utilizate liste de verificare specifice prin care se consemnează elemente de identificare pentru fiecare caz în parte.

02.12.04.01.01	Există liste de verificare a procedurilor chirurgicale și anestezice completate în întregime pentru fiecare pacient operat.
Lista 52	
Propunere:	<p>Menținere</p> <p>(1) listele de verificare sunt completate pentru toți pacienții;</p> <p>(2) listele sunt completate în întregime;</p> <p>(3) listele de verificare au numele/prenumele (in clar) și semnătura persoanei care a completat lista.</p>
	LISTA de verificare a procedurilor chirurgicale (Ordin 1529/2013 / Organizația Mondială a Sănătății)

02.12.04.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la modul și gradul de completare al listelor de verificare utilizate în practica chirurgicală/anestezică.
Lista 52	
Propunere:	Menținere

02.12.04	Spitalul urmărește creșterea siguranței actului chirurgical și anestezic.
02.12.04.02	În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezeice.

02.12.04.02.01 Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator este completat la zi.

Lista 52

Propunere: Menținere
(1) este completat la zi;
(2) protocolul operator este semnat/parafat de chirurg operator.

02.12.04.02.02 La nivelul Consiliului medical există analize periodice ale abaterilor de la respectarea protocoalelor chirurgicale și anestezeice.

Lista 7

Propunere: reformulare

02.12.04	Spitalul urmărește creșterea siguranței actului chirurgical și anestezic.
02.12.04.03	Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.

02.12.04.03.01 Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie.

Lista 52, 60, 61

Propunere: Menținere

02.12.04.03.02 La nivelul spitalului există analize ale incidentelor nemedicale apărute în timpul intervențiilor chirurgicale/anestezice.

Lista 5

Propunere: Menținere

02.12.04	Spitalul urmărește creșterea siguranței actului chirurgical și anestezic.
02.12.04.03	Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.

02.12.04.03.03 La nivelul spitalului este reglementat planul de acțiune în caz de abateri de la programul operator.

Lista 52

Propunere: Menținere

Trebuie să conțină referiri privind:

- (1) afectarea activității blocului operator;
- (2) afectarea programărilor pacienților de pe secție.

02.12.04.03.04 La nivelul spitalului este stabilită modalitatea de monitorizare a respectării intervalului de timp dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie.

Lista 52, 53

Propunere: Menținere

- (1) este stabilit intervalul de timp optim* acceptat dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie;
- (2) ora/min. de intrare și ieșire din sală de operație este consemnat pentru fiecare intervenție chirurgicală;
- (3) intervalul de timp optim* acceptat dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie este respectat.

*nu mai puțin de __ minute (necesare pt curățenia și dezinfectia sălii - decis de SPLIAAM/CPLIAAM) și nu mai mult de __ minute pentru evitarea afectării majore a programului operator

02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.

02.12.05.01.01	La nivelul spitalului există analize periodice ale recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații cu respectarea limitării expunerii nejustificate a pacientului.
Lista	
47, 48, 55, 60	
Propunere: reform.	La nivelul spitalului există analize periodice ale recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații ionizante în scopul prevenirii expunerii nejustificate a pacientului

02.12.05.01.02	La nivelul spitalului există protocoale specifice prin care se stabilește nivelul dozei de iradiere în practicile de radioterapie.
Lista	
47, 48, 55, 60	
Propunere:	reformulare

02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.

02.12.05.01.03	Personalul supus radiațiilor utilizează echipament de protecție, inclusiv dozimetre.
Lista	
47, 48, 55, 56, 60	
Propunere:	Mentținere
	(1) există lista persoanelor supuse radiațiilor pentru fiecare luna - la laborator;
	(2) se verifică prin sondaj corespondența listă vs personal care poartă dozimetre;
	(3) toate dozimetrele au aceeași culoare (pentru luna respectivă)
	(4) se verifică pe dozimetru luna/anul de alocare dacă corespunde cu datele efectuării evaluării

02.12.05.01.04	La nivelul spitalului este planificată verificarea periodică a dozimetrelor distribuite personalului expus la radiații.
Lista	
47, 48, 55, 60	
Propunere:	Eliminare (inclus în indicatorul anterior)

02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.

02.12.05.01.05 **Data și doza per episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrate în FO/documentele medicale.**

Lista

47, 48, 55, 60

Propunere: Menținere

02.12.05.01.06 **Doza totală de expunere la radiații a pacientului este consemnată în FO/documentele medicale la externare.**

Lista

47, 48, 55, 60

Propunere: Menținere

02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.02	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimum de expunere și delimitarea precisă a zonei.

02.12.05.02.01 La nivelul Consiliului medical există analize periodice a calității imaginilor radiologice.

Lista 7

Propunere: Menținere

02.12.05.02.02 Recomandările de investigare radiologică/imagistică medicală cuprind mențiuni precise cu privire la zona de examinat și, după caz, incidențele solicitate.

Lista 60

Propunere: Menținere

02.12.05	La nivelul spitalelor sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.

02.12.05.03.01 Planul de tratament computerizat este o practică uzuală în radioterapie.

Lista 47, 55, 56

Propunere: Eliminare

02.12.05.03.02 Planul de tratament în radioterapie ~~este individualizat și~~ are menționate volumele de iradiat și organele care trebuie protejate.

Lista 47, 55

Propunere: Reform.

02.12.05.03.03 Cantitatea de izotopi radioactivi administrată pentru tratamentul nuclear este individualizată.

Lista 47, 55

Propunere: Eliminat

02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.

02.12.05.03.04	În cazul nefuncționării incidentale a aparaturii de radioterapie, recalcularea dozelor de administrat pacienților este reglementată la nivelul spitalului.
Lista 47, 55	
Propunere:	Menținere

02.12.05.03.05	Consiliul medical analizează și reevaluează periodic tehnicile de tratament utilizate în radioterapie pentru asigurarea creșterii gradului de radioprotecție.
Lista 7	
Propunere:	Menținere

02.12.05.03.06	Există o analiză semestrială la nivelul Consiliului medical cu privire la rezultatele de etapă în radioterapie.
Lista 7	
Propunere:	Menținere

02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.

02.12.05.03.07	Serviciul de radioterapie utilizează în cursul efectuării iradierii, după caz, mijloace de imobilizare personalizate pentru pacienți.
Lista 47, 55	
Propunere:	Menținere

02.12.05.03.08	Controlul dozimetric al pacientului cu brahiterapie este o practică uzuală.
Lista 47, 55	
Propunere:	Controlul dozimetric al pacientului cu implanturi permanente, realizate în urma brahiterapiei , este o practica uzuală.

02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.

02.12.05.03.09	În cazul implanturilor permanente la pacientul cu brahiterapie, sunt evaluate dozele cu risc de iradiere pentru membri familiei și persoanele din anturaj.
Lista 47, 55	
Propunere:	Mentținere

02.12.05.03.10	În cazul implanturilor permanente în brahiterapie, sunt înmânate pacientului/apartinătorilor instrucțiuni scrise privind regulile de comportament după spitalizare.
Lista 47, 55	
Propunere:	Mentținere

02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.04	Principiile de radioprotecție privind radiologia intervențională urmăresc utilizarea protocoalelor specifice în vederea optimizării timpului de intervenție.

02.12.05.04.01	Protocoalele specifice utilizate în radiologia intervențională conțin mențiuni cu privire la durata intervenției în raport cu timpul de expunere la radiații.
Lista 60	
Propunere:	Mentținere

02.12.05.04.02	Protocoalele specifice utilizate în radiologia intervențională sunt analizate anual în vederea reducerii timpului de expunere la radiații.
Lista 60	
Propunere:	Protocoalele specifice utilizate în radiologia intervențională sunt analizate anual în vederea aplicării metodelor de reducere a dozei la pacient și a optimizării expunerilor medicale
reform.	

02.12.05	La nivelul spitalului sunt asigurate condiții pentru radioprotecția pacienților și a personalului.
02.12.05.05	Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.

02.12.05.05.01 **La nivelul spitalului există formular de informare cu privire la riscul expunerii la radiații și acord pentru persoanele care ajută voluntar pacientul.**

Lista 55, 60

Propunere: Menținere

02.12.05.05.02 **Persoanele care ajută în mod voluntar pacientul supus radiațiilor utilizează echipament de protecție, inclusiv dozimetre.**

Lista 55, 60

Propunere: Menținere

02.12.06	Spitalul urmărește identificarea și diminuarea riscurilor asociate procesului investigațional.
02.12.06.01	Laboratorul clinic identifică și evaluează riscurile microbiologice.

02.12.06.01.01	La nivelul laboratorului sunt identificate riscurile microbiologice și sunt înregistrate în registrul riscurilor de la nivelul spitalului.
Lista 58	
Propunere:	Riscurile microbiologice identificate la nivelul laboratorului de analize medicale sunt înregistrate în registrul riscurilor de la nivelul structurii și a spitalului.

02.12.06.01.02	La nivelul laboratorului este implementată o modalitate de monitorizare a riscurilor microbiologice specifice activităților proprii.
Lista 58	
Propunere:	Menținere

02.12.06	Spitalul urmărește identificarea și diminuarea riscurilor asociate procesului investigațional.
02.12.06.02	Riscurile microbiologice ale laboratorului clinic sunt analizate și se stabilesc reguli de bună practică.

02.12.06.02.01 Există analiza semestrială a riscurilor microbiologice de la nivelul laboratorului.

Lista 58

Propunere: Există **audit anual** al riscului microbiologic specific laboratorului de analize medicale.

02.12.06.02.02 Laboratorul stabilește instrucțiuni de lucru pe baza analizei riscurilor microbiologice proprii identificate.

Lista 58

Propunere: **Măsurile reieșite din auditul riscului microbiologic al laboratorului de analize medicale conduc la actualizarea instrucțiunilor sau protocoalelor de lucru.**

02.12.07	Spitalul urmărește identificarea și diminuarea cauzelor generatoare de vătămări corporale prin cădere/lovire.
02.12.07.01	Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor.

02.12.07.01.01	La nivelul spitalului există evidența patologiilor generatoare de risc de cădere. Lista 7 Propunere: La nivelul spitalului există evidența patologiilor și condițiilor generatoare de risc clinic de cădere.
-----------------------	---

02.12.07.01.02	La nivelul spitalului este stabilit modul de evidențiere a pacienților cu risc de cădere. Lista 22, 24 Propunere: Menținere
-----------------------	--

02.12.07	Spitalul urmărește identificarea și diminuarea cauzelor generatoare de vătămări corporale prin cădere/lovire.
02.12.07.02	Informarea și educarea pacientului/aparținătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.

02.12.07.02.01 Spitalul avertizează pacienții/aparținătorii cu privire la riscul de cădere.

Lista 23, 26, 64

Propunere: Spitalul **informează** pacienții/aparținătorii cu privire la riscul de cădere.
 -informare vizuală;
 -informare verbală.

02.12.07.02.02 La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la riscul de cădere al pacienților aflați în îngrijire.

Lista 24

Propunere: **Instruirile periodice ale personalului cu privire la riscul de cădere al pacienților aflați în îngrijire sunt efectuate conform planificării.**

02.12.07.02.03 La nivelul spitalului există analize **periodice ale cazurilor cu risc de cădere.**

Lista 7

Propunere: Reformulare

02.12.08	Spitalul asigură resursele necesare desfășurării activității de prelevare și/sau transplant, în condiții de eficacitate și siguranță a pacientului.
02.12.08.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.

02.12.08.01.01 Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.

Lista 1

Propunere: Menținere

02.12.08.01.02 Spitalul are reglementată activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule.

Lista 50

Propunere: Menținere

02.12.08.01.03 Spitalul are protocol pentru declararea morții cerebrale.

Lista 50

Propunere: Menținere

02.12.08	Spitalul asigură resursele necesare desfășurării activității de prelevare și/sau transplant, în condiții de eficacitate și siguranță a pacientului.
02.12.08.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.

02.12.08.01.04 Spitalul are protocol pentru susținerea funcțiilor vitale ale potențialilor donatori în vederea prelevării de celule, țesuturi și organe.

Lista 50

Propunere: Menținere

02.12.08.01.05 Solicitarea și obținerea consimțământului pentru prelevarea de organe la pacienții aflați în moarte cerebrală este reglementată.

Lista 50

Propunere: Menținere

02.12.08.01.06 Spitalul are reglementare privind comunicarea cu Agenția Națională de Transplant în legătură cu potențialul donator de organe/țesuturi/celule.

Lista 50

Propunere: Menținere

02.12.08	Spitalul asigură resursele necesare desfășurării activității de prelevare și/sau transplant, în condiții de eficacitate și siguranță a pacientului.
02.12.08.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.

02.12.08.01.07	Spitalul are nominalizată o Comisie pentru declararea morții cerebrale.
Lista 50	
Propunere:	Menținere

02.12.08.01.08	Spitalul are nominalizată o Comisie pentru declararea morții cerebrale.
Lista 50	
Propunere:	Menținere

02.12.08.01.09	Spitalul are echipă multidisciplinară cu competențe profesionale certificate, pentru prelevare de organe/țesuturi/celule.
Lista 50	
Propunere:	Menținere

02.12.08	Spitalul asigură resursele necesare desfășurării activității de prelevare și/sau transplant, în condiții de eficacitate și siguranță a pacientului.
02.12.08.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.

02.12.08.01.10	Există procedură de activare a echipelor implicate în activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule.
Lista 50	
Propunere:	Menținere

02.12.08.01.11	Există protocol privind testarea donatorului înainte de prelevarea de celule, țesuturi sau organe, inclusiv a compatibilității donator - primitor.
Lista 50	
Propunere:	Menținere

02.12.08.01.12	Protecția datelor cu caracter personal a donatorilor de organe este reglementată.
Lista 50	
Propunere:	Menținere

02.12.08	Spitalul asigură resursele necesare desfășurării activității de prelevare și/sau transplant, în condiții de eficacitate și siguranță a pacientului.
02.12.08.02	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.

02.12.08.02.01 Spitalul are acreditare pentru activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule, valabilă la data vizitei.

Lista 1

02.12.08.02.02 Spitalul are reglementată activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule.

Lista 51

02.12.08.02.03 Spitalul are echipă multidisciplinară cu competențe profesionale certificate, pentru transplantul de organe/țesuturi/celule.

Lista 51

02.12.08.02.04 Atribuțiile personalului implicat în activitatea de transplant organe/țesuturi/celule sunt consemnate în Fișa Postului.

Lista 15

02.12.08.02.05 Există sistem de activare a echipelor implicate în activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule.

Lista 51

02.12.08	Spitalul asigură resursele necesare desfășurării activității de prelevare și/sau transplant, în condiții de eficacitate și siguranță a pacientului.
02.12.08.03	La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.

02.12.08.03.01	Spitalul are stabiliți indicatori de monitorizare a activității de prelevare/transplant de organe/țesuturi/celule.
Lista 50, 51	Sunt stabiliți indicatori suplimentari de monitorizare a activității de prelevare/transplant de organe/țesuturi/celule.

02.12.08.03.02	Există o bază de date cu situația la zi a tuturor pacienților care au fost transplantați în spital.
Lista 51	

02.12.08.03.03	La nivelul spitalului există analize anuale ale ratei de supraviețuire a tuturor pacienților care au fost transplantați în spital, pe fiecare patologie în parte.
Lista 51	

02.12.08.03.04	Număr de pacienți transplantați decedați până la externare per număr total pacienți transplantați, în ultimul an calendaristic.
Lista 51	

02.12.08.03.05	Număr de pacienți transplantați decedați după momentul externării per număr total pacienți transplantați, în ultimul an calendaristic.
Lista 51	



Vă mulțumim pentru contribuția la siguranța pacienților!

Echipa ANMCS