

Liste de verificare	
L01	Autorizări și certificări ale calității
L02	Planul strategic și planul de management al spitalului
L03	Regulamentul de organizare și funcționare / Regulament intern (ROF/ROI)
L04	Pagina de internet a spitalului
L05	Managementul strategic (manager)
L06	Comunicare organizațională externă
L07	Managementul activităților de învățământ și cercetare
L08	Managementul organizației (atribuțiile comitetului director)
L09	Managementul medical la nivel de spital (atribuțiile directorului medical)
L10	Managementul îngrijirii medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului de îngrijiri/as. șef spital)
L11	Managementul calității (atribuțiile SMC)
L12	Suport decizional medical (atribuțiile consiliului medical)
L13	Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale (atribuțiile SPLIAAM/CPLIAAM)
L14	Managementul financiar-contabil
L15	Managementul achizițiilor
L16	Managementul administrativ (administrare-gospodărire spital)
L17	Observare directă – curte/căi de acces
L18	Observare directă – interiorul spitalului/spații comune
L19	Observare directă – bucătărie
L20	Observare directă – spălătorie
L21	Managementul resurselor umane
L22	Suport juridic
L23	Managementul informațiilor (a datelor statistice și suportul IT)
L24	Managementul arhivei
L25	Managementul urgențelor medico-chirurgicale în UPU/CPU
L26	Observare directă – UPU/CPU
L27	Managementul urgențelor medico-chirurgicale în Camera de gardă
L28	Observare directă – Camera de gardă
L29	Managementul medical la nivel de secție
L30	Observare directă – mediul de îngrijire la nivelul secției
L31	Managementul îngrijirilor medicale la nivel de secție
L32	Managementul ATI
L33	Observare directă – ATI
L34	Managementul sângelui și al produselor sanguine
L35	Managementul asistenței medicale a gravidei și a lăuzei
L36	Managementul asistenței medicale a nou-născutului / prematurului
L37	Managementul asistenței medicale pediatrie
L38	Managementul asistenței medicale a pacientului psihiatric adult
L39	Managementul asistenței medicale a pacientului cu boala cronică renală
L40	Managementul asistenței medicale a pacientului dializat
L41	Managementul asistenței medicale a pacientului oncologic

L42	Managementul asistenței medicale a pacientului oncologic în radioterapie
L43	Managementul terapiei în medicina nucleară
L44	Managementul paliatiei
L45	Managementul prelevării de celule/țesuturi/organe
L46	Managementul transplantului de celule/țesuturi/organe
L47	Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN)/unității operatorii independente(UOI)/sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN)
L48	Observare directă – BO/Sală nașteri
L49	Managementul sterilizării
L50	Managementul bazei de radioterapie
L51	Observare directă – Bază radioterapie
L52	Managementul bazei de tratament de recuperare și balneo-fizio-kinetoterapie
L53	Observare directă – Bază tratament BFT
L54	Managementul asistenței medicale paraclinice
L55	Managementul laboratorului clinic
L56	Managementul laboratorului de anatomie patologică
L57	Managementul laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară
L58	Managementul laboratorului de endoscopie diagnostică și intervențională
L59	Managementul farmaciei
L60	Managementul medicației și a materialelor sanitare
L61	Managementul medicației oncologice
L62	Managementul ambulatoriului
L63	Observare directă – Ambulatoriu
L64	Aplicarea traseului pacientului
L65	Simularea urgenței în spital - centralizarea datelor culese
L66	Interviul pacientului(formular ANMCS prin aplicare chestionarului)
L67	Interviul angajatului (formular ANMCS prin aplicarea chestionarului)
L68	Interviu reprezentant al angajaților/sindicat
L69	Evaluare protocoale și proceduri
L70	FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) - centralizarea datelor culese

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 1 - Autorizări și certificări ale calității

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini	
--------------	--

Număr total indicatori	
------------------------	--

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

toți membri comitetului director/manager, în situația în care la nivelul spitalului nu există comitet director

C. Altele

--

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

--

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

--

3. Data completării listei de verificare

--

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

--

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

--

6. Funcția deținută de interlocutor

--

7. Numele și prenumele evaluatorului

--

8. Semnătura evaluatorului

--

9. Semnătura interlocutorului

--

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

--

LISTA DE VERIFICARE NR. 01

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.02.01.01	Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, după caz.	C						
01.02.01.01.01	Autorizațiile specifice sunt în vigoare.	I	check list de bifat					
01.02.01.01.02	Avizele specifice sunt în termen de valabilitate.	I	check list de bifat					
01.02.01.01.03	Există documente justificative pentru autorizațiile sau avizele aflate pe circuitul de aprobare, după caz.	I						
01.03.03.03	Spitalul asigură respectarea cerințelor privind calitatea vieții profesionale.	C						
01.03.03.03.02	Spitalul este certificat OHSAS 18001.	I						
01.05.01.02	Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerințele activității spitalului.	C						
01.05.01.02.01	Spitalul/furnizorul de servicii IT este certificat ISO/IEC 20000.	I						
01.05.04.01	Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.	C						
01.05.04.01.01	Spitalul este înregistrat ca operator de date cu caracter personal.	I						
01.05.04.01.05	Spitalul este certificat ISO/IEC 27001.	I						
01.07.01.04	Spitalul se preocupă de certificarea de calitate a activităților desfășurate.	C						
01.07.01.04.02	Spitalul este certificat ISO 9001 (SR EN ISO 9001:2015).	I						
01.07.01.04.03	Spitalul este certificat ISO 14001.	I						
01.07.01.04.04	Spitalul utilizează dispozitive medicale certificate EN ISO 13485.	I						
01.07.01.04.05	Serviciile externalizate sunt asigurate de furnizori de specialitate, cu certificat de calitate specific activității prestate.	I						
01.08.02.03	Funcționarea serviciilor vitale ale spitalului este asigurată.	C						
01.08.02.03.03	Spitalul este certificat SR EN ISO 50001.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.01	Spitalul/furnizorul de servicii de pază și securitate este certificat BS 7499:2013.	I						
01.09.01.07	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.	C						

01.09.01.07.01	Spitalul/furnizorul de servicii de hrană este certificat ISO 22000.	I						
01.09.02.02	Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciile de alimentație.	C						
01.09.02.02.01	Managementul calității și siguranței alimentului este certificat HACCP/ISO 22000.	I						
02.05.03.01	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.	C						
02.05.03.01.04	Laboratorul/furnizorul de servicii de laborator de analize medicale este certificat ISO:15189:2013 pentru toate analizele efectuate.	I						
02.05.03.01.05	Laboratorul/furnizorul de servicii de radiodiagnostic și imagistică medicală este certificat ISO:9001.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.01	Activitatea farmaciei este desfășurată în baza Autorizației de funcționare emisă de Ministerul Sănătății pe numele farmacistului șef, cu specificarea tuturor punctelor de lucru autorizate.	I						
02.12.01.01.06	Spitalul este certificat SR EN 15224:2013.	I						
02.12.07.04	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.	C						
02.12.07.04.01	Spitalul are acreditare pentru activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule, valabilă la data vizitei.	I						
02.12.07.05	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.	C						
02.12.07.05.01	Spitalul are acreditare pentru activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule, valabilă la data vizitei.	I						
02.13.01.02	Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță.	C						
02.13.01.02.01	Spitalul are unitate de transfuzie sanguină autorizată.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 2-Planul strategic și planul de management al spitalului

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini	
--------------	--

Număr total indicatori	
------------------------	--

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

--

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

manager

C. Altele

--

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

--

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

--

3. Data completării listei de verificare

--

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

--

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

--

6. Funcția deținută de interlocutor

--

7. Numele și prenumele evaluatorului

--

8. Semnătura evaluatorului

--

9. Semnătura interlocutorului

--

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

--

LISTA DE VERIFICARE NR. 02

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.01.01.01	Organizația a realizat/utilizat o analiză privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit.	C						
01.01.01.01.01	Există analiza documentată privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire.	I	se cere docum care a stat la baza analizei					
01.01.01.02	Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.	C						
01.01.01.02.01	Nevoile de îngrijire ale populației deservite și specificul pieței de servicii sunt evidențiate în Planul strategic al spitalului.	I						
01.01.01.02.02	Există nevoie de servicii medicale identificate și regăsite în obiectivele strategice ale spitalului.	I						
01.01.02.01	Planul strategic este fundamentat în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.	C						
01.01.02.01.01	Planul strategic al spitalului este formalizat și asumat de autoritatea tutelară sau patronat, după caz.	I						
01.01.02.01.02	Sunt stabilite resursele necesare îndeplinirii obiectivelor planului strategic.	I						
01.01.04.01	Cercetarea științifică vizează obiectivele de dezvoltare a spitalului.	C						
01.01.04.01.01	Pregătirea/dezvoltarea echipelor de cercetare este obiectiv al Planului strategic.	I						
01.02.02.01	Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.	C						
01.02.02.01.01	Structura, organigrama și statul de funcții sunt corelate.	I						
01.03.01.03	Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.	C						
01.03.01.03.01	Dezvoltarea resurselor umane este un obiectiv al Planului de management al spitalului / contractelor de management / contractelor de administrare.	I						
01.03.01.04	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.	C						

01.03.01.04.01	Formarea profesională, obiectiv al Planului de management, are prevăzute în buget sursele de finanțare pentru îndeplinirea acesteia.	I	evidențierea surselor de finanțare					
01.07.01.02	Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.	C						
01.07.01.02.01	La nivelul spitalului există structura funcțională de management al calității serviciilor.	I						
01.07.01.02.02	La nivelul spitalului există responsabil cu managementul calității serviciilor.	I						
01.07.02.01	Spitalul are stabilite și urmărește respectarea principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate.	C						
01.07.02.01.01	În Codul de conduită existent la nivelul spitalului, se regăsesc principiile și valorile calității prevăzute în Planul strategic al spitalului.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 3-Regulamentul de organizare și funcționare / Regulament intern (ROF/RI)

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

manager

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 03

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.02.02.01	Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.	C						
01.02.02.01.02	ROF și RI sunt aprobate și actualizate.	I						
01.02.03.01	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active.	C						
01.02.03.01.02	Există ROF ale structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) sau există distinct secțiuni specifice în ROF-ul unității.	I	în vizită se verifică ROFurile distincte pentru structurile funcționale					
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.05	Responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire existente în ROF și fișele de post ale cadrelor medicale (asistenți medicali, infirmiere).	I	se verifică 3-5 fișe de post ale personalului de îngrijire să conțină aceleași responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire ca ele existente în ROF					
01.05.04.02	Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.	C						
01.05.04.02.07	RI conține prevederi specifice asupra condițiilor de acces la informații/date, prelucrarea și protecția acestora, pentru fiecare categorie profesională în parte.	I						
01.09.01.07	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.	C						
01.09.01.07.04	Controlul calității hranei este atribuit a medicului șef de gardă/medicului coordonator de gardă pe spital, consemnată în ROF.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						

02.10.01.01.03	<i>Rolul structurilor medicale funcționale din spital de monitorizare a bunelor practici în utilizarea antibioticelor este precizat în ROF.</i>	<i>I</i>						
02.11.01.03	<i>Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.</i>	<i>C</i>						
02.11.01.03.06	<i>În RI sunt prevăzute sancțiunile pentru nerespectarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a IAAM.</i>	<i>I</i>						
03.01.01.01	<i>Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.</i>	<i>C</i>						
03.01.01.01.01	<i>Obligația personalului medical de obținere a consimțământului informat este trecută în ROF, RI și fișele de post.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.01	<i>Spitalul reglementează prevenirea discriminării.</i>	<i>C</i>						
03.02.01.01.01	<i>Nediscriminarea în acordarea asistenței medicale este prevăzută explicit în ROF/RI/Fișa postului.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.02	<i>Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.</i>	<i>C</i>						
03.02.01.02.01	<i>Activitatea Consiliului etic este reglementată specific la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 4-Pagina de internet a spitalului

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator activitate" IT"

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 04

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.01.04.02	<i>Inovația adusă prin cercetare îmbunătățește calitatea și performanța actului medical.</i>	<i>C</i>						
01.01.04.02.02	<i>Temele de cercetare urmăresc obiectivele de dezvoltare ale spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.01	<i>Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.01.01	<i>Spitalul este înregistrat ca operator de date cu caracter personal.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01	<i>Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.01.01	<i>Pagina de internet a spitalului este funcțională.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01.02	<i>Spitalul se promovează prin participare la acțiuni de voluntariat/umanitare, manifestări științifice, la târguri/expoziții de profil sanitar și alte manifestări publice.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01.03	<i>Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01.04	<i>Spitalul utilizează mijloace media pentru diseminarea informațiilor de interes pentru pacienți și public.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01.05	<i>Există un sistem funcțional de programare a consultațiilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01.06	<i>Există un sistem funcțional de programare a internărilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.02	<i>Pagina de internet a spitalului asigură comunicarea eficientă.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.02.01	<i>Pagina de internet a spitalului are limba română ca primă modalitate de acces.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.02.02	<i>Pagina de internet a spitalului asigură accesul la informații pacientului.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.02.03	<i>Există informații privind drepturile și obligațiile pacienților.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.02.04	<i>Există informații privind investigațiile și tratamentele la care se percepe coplată.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.02.05	<i>Există informații privind investigațiile și tratamentele care sunt decontate de către casa de asigurări.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.02.06	<i>Există informații privind modul de accesare a serviciilor oferite de spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.02.07	<i>Există informații despre medicii care activează în cadrul spitalului.</i>	<i>I</i>						

01.06.01.02.08	Pagina de internet a spitalului asigură comunicarea cu medicii de familie și din ambulatoriu.	I						
01.06.01.02.09	Pagina de internet a spitalului asigură accesul la informații de interes public.	I						
01.06.01.02.10	Există informații și date de contact privind conducerea spitalului (date de contact, e-mail, telefon secretariat, program audiențe).	I						
01.06.01.02.11	Chestionarul de satisfacție a pacienților este accesibil pe pagina de internet a spitalului.	I						
01.06.01.02.12	Pagina de internet a spitalului este interactivă.	I						
01.06.01.02.13	Există sistem de programare online/call center la nivelul spitalului.	I						
01.06.01.02.14	Pagina de internet a spitalului are facilități de informare inclusiv pentru persoanele cu dizabilități vizuale.	I						
01.06.01.02.15	Pagina de internet a spitalului asigură promovarea în mass media.	I						
01.06.01.02.16	Există informații specifice pentru profesioniștii din sănătate (concursuri de angajare, examene de promovare, legislație, congrese, conferințe).	I						
01.06.01.02.17	Spitalul promovează pe pagina sa de internet recuperarea activă a pacientului, mobilizarea precoce și stilul sănătos de viață al acestuia, ca elemente principale de luptă împotriva durerii cronice.	I						
01.06.01.02.18	Spitalul se implică în informarea publică referitoare la diagnosticul și mijloacele moderne de terapie a durerii și în educarea pacienților pentru a evita condițiile generatoare de durere.	I						
01.06.01.02.19	Reglementarea accesului mass-media în spital este afișată pe pagina de internet a spitalului.	I						
01.06.01.02.20	Datele de contact ale purtătorului de cuvânt se regăsesc pe pagina de internet a spitalului.	I						
01.06.01.05	Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului.	C						
01.06.01.05.01	Spitalul are purtător de cuvânt desemnat	I						
01.06.01.05.02	Accesul mass-media este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.06.01.06	Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.	C						
01.06.01.06.01	Există afișate informații privind serviciile medicale și patologiiile tratate în spital.	I						
01.06.01.06.02	Programul serviciului de gardă este afișat.	I						
01.06.01.06.03	Programului Ambulatoriului, detaliat pe servicii, este afișat.	I						

01.06.01.06.06	Programul de vizită al pacienților este afișat în zonele de acces ale vizitatorilor.	I						
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.03	Sunt afișate listele furnizorilor din teritoriu care oferă servicii medicale de Recuperare, de Îngrijiri la Domiciliu și de Îngrijiri Paliative.	I						
01.06.01.08	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.	C						
01.06.01.08.02	Există lista unităților sanitare și administrative cu care colaborează spitalul.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.03	Informații privind condițiile de internare, respectiv externare, sunt puse la dispoziția pacienților/apartinătorilor.	I						
01.06.02.03.05	Regulile de comportament în spital sunt comunicate pacienților/apartinătorilor.	I						
01.06.02.03.06	Regulile de igienă personală sunt comunicate pacienților.	I						
01.07.01.04	Spitalul se preocupă de certificarea de calitate a activităților desfășurate.	C						
01.07.01.04.02	Spitalul este certificat ISO 9001 (SR EN ISO 9001:2015).	I						
01.07.01.04.03	Spitalul este certificat ISO 14001.	I						
01.07.01.04.04	Spitalul utilizează dispozitive medicale certificate EN ISO 13485.	I						
01.07.01.04.05	Serviciile externalizate sunt asigurate de furnizori de specialitate, cu certificat de calitate specific activității prestate.	I						
01.09.01.01.04	Spitalul are posibilitatea acordării de servicii hoteliere pacienților care nu necesită internare continuă, la solicitarea acestora.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.02	Există evidența zilnică a locurilor disponibile pentru programare la investigații imagistice și prin proceduri invazive.	I						
02.01.02.01.03	Există evidența zilnică a locurilor disponibile pentru programarea consultațiilor.	I						
02.01.02.01.05	Există un set minim de date solicitat pacienților pentru programare.	I						
02.01.02.01.06	Există posibilitatea de programare de către medicul prescriptor fără ca pacientul să parcurgă circuitul programărilor.	I						

02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.03	Spitalul asigură, la nevoie, serviciile unui translator pentru pacienții care nu sunt vorbitori de limba română.	I						
02.01.04.01.04	Spitalul asigură, la nevoie, serviciile unui interpret mimico-gestual.	I						
02.01.04.01.07	Spitalul colaborează cu organizații de profil pentru acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale.	I						
02.01.04.01.08	Spitalul colaborează cu organizații de profil pentru a prelua, dacă este cazul, câinii utilitari pe perioada internării pacienților cu dizabilități.	I						
02.02.01.02	Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.	C						
02.02.01.02.01	Există evidență a categoriilor de pacienți care depășesc nivelul de competență al spitalului.	I						
02.02.01.02.02	Există protocoale de colaborare, funcționale, cu alte unități sanitare pentru transferul sau facilitarea accesului pacientului la serviciile medicale, în situațiile în care se depășește competența asumată/capacitatea de rezolvare a cazului.	I						
02.02.01.03	Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.02.01.03.02	Există evidența unităților sanitare recunoscute din punct de vedere al îndeplinirii criteriilor stabilite pentru acceptarea rezultatelor investigațiilor efectuate.	I						
02.03.03.02	Spitalul asigură condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.	C						
02.03.03.02.03	Spitalul are protocoale de colaborare cu unități sanitare care furnizează servicii de recuperare/reabilitare.	I						
02.04.02.02	Spitalul identifică malformațiile/deficiențele nou-născutului.	C						
02.04.02.02.03	Spitalul are un program de screening pentru depistarea malformațiilor/deficiențelor tuturor nou-născuților.	I						
02.08.01.02	Internarea pacienților cu boală cronică progresivă și nevoi de îngrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.	C						

02.08.01.02.02	<i>Criteriile de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative sunt comunicate medicilor specialiști.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.01	<i>Infrastructura de îngrijire paliativă este adaptată nevoilor speciale ale pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cu grad ridicat de dependență, respectând intimitatea acestuia.</i>	<i>C</i>						
02.08.02.01.03	<i>Spitalul asigură posibilitate de cazare pentru aparținători, pe durata internării pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01	<i>Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.</i>	<i>C</i>						
02.10.01.01.09	<i>Consumul de antibiotice per număr de pacienți internați în spital este afișat pe pagina de internet a spitalului.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 5 - Managementul strategic

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini	
--------------	--

Număr total indicatori	
------------------------	--

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

45
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

Manager spital

C. Altele

--

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

--

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

--

3. Data completării listei de verificare

--

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

--

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

--

6. Funcția deținută de interlocutor

--

7. Numele și prenumele evaluatorului

--

8. Semnătura evaluatorului

--

9. Semnătura interlocutorului

--

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

--

LISTA DE VERIFICARE NR. 05

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.01.01.01	Organizația a realizat/utilizat o analiză privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit.	C						
01.01.01.01.02	Există analiza documentată a pieței serviciilor de sănătate din zona de acoperire.	I						
01.01.02.02	Planul strategic vizează îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.	C						
01.01.02.02.01	Obiectivele și indicatorii de calitate, din Planul strategic, sunt reflectați în rezultatele obținute.	I						
01.01.02.02.02	Obiectivele și indicatorii privind siguranța pacienților, din Planul strategic, sunt reflectați în rezultatele obținute.	I						
01.01.02.03	Obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.	C						
01.01.02.03.01	Sunt stabilite responsabilitățile șefilor sectoarelor de activitate pentru realizarea obiectivelor.	I						
01.01.02.03.02	Planul anual cuprinde activitățile necesare realizării obiectivelor	I						
01.01.03.01	La nivelul spitalului funcționează o echipă activă responsabilă cu evaluările periodice ale nivelului de implementare a obiectivelor strategice.	C						
01.01.03.01.01	Există decizia de constituire a echipei responsabile cu evaluările periodice ale Planului strategic al spitalului.	I						
01.01.03.01.02	Modul de funcționare a echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.01.03.01.03	Există rapoarte periodice de analiză ale echipei responsabile cu evaluările periodice ale Planului strategic al spitalului adresate conducerii.	I						
01.02.02.01	Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.	C						
01.02.02.01.03	Spitalul are implementate măsuri de (re)organizare rezultate în urma analizei structurii organizatorice.	I						
01.02.03.02	Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.	C						

01.02.03.02.02	<i>Deciziile manageriale și activitatea organizației sunt fundamentate pe baza propunerilor structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii).</i>	<i>I</i>						
01.04.01.01	<i>Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor comunității deservite sau atragerea de noi consumatori.</i>	<i>C</i>						
01.04.01.01.02	<i>Planul anual de investiții respectă Planificarea strategică.</i>	<i>I</i>						
01.04.02.02	<i>Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.</i>	<i>C</i>						
01.04.02.02.02	<i>Există analiză comparativă a costurilor înregistrate cu veniturile realizate (la nivel de spital, de secții, de pacient externat și pe tipuri de servicii).</i>	<i>I</i>						
01.04.04.02	<i>Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor.</i>	<i>C</i>						
01.04.04.02.01	<i>Există un sistem de alertă pentru stocul minim acceptat.</i>	<i>I</i>						
01.05.02.02	<i>Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.</i>	<i>C</i>						
01.05.02.02.04	<i>Raportul anual de audit intern cuprinde constatări privind funcționalitatea tehnologiilor informaționale.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.04	<i>Spitalul asigură monitorizarea și controlul utilizării sistemelor informaționale.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.04.01	<i>Auditarea securității informațiilor și a sistemului informațional este parte a Programul anual de audit intern al spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.04.02	<i>Acțiunile de audit intern, cu tematică pe sistemul informațional, sunt documentate.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.04.04	<i>Eficiența sistemului informațional este evaluată anual.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.04.05	<i>Protecția sistemului informațional este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.07.01.03	<i>Structura de management al calității serviciilor coordonează procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate.</i>	<i>C</i>						
01.07.01.03.07	<i>La nivelul structurii de management al calității serviciilor există registrul procedurilor și protocoalelor.</i>	<i>I</i>						
01.07.04.03	<i>Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.</i>	<i>C</i>						
01.07.04.03.04	<i>Sunt consemnate măsurile luate în urma analizei reclamațiilor primite.</i>	<i>I</i>						
01.07.05.01	<i>Este stabilită o modalitate de evaluare a eficienței proceselor de îmbunătățire a calității derulate în spital.</i>	<i>C</i>						

01.07.05.01.01	Programul de îmbunătățire a calității este bazat pe propuneri și analize efectuate de SMC.	I						
01.08.01.01	Managerii de la toate nivelurile au organizat identificarea, analiza și tratarea riscurilor.	C						
01.08.01.01.06	Spitalul are plan de intervenție pentru situații excepționale.	I	checklist: seism, incendiu, contaminare chimică, biologică, iradiere, inundație, explozie etc.					
01.08.01.03	Managementul spitalului efectuează analizele de risc pe tipuri, probabilitate de materializare și impact și adoptă măsuri dedicate.	C						
01.08.01.03.03	Managerul spitalului analizează și aprobă riscurile ce vor fi introduse în registrul riscurilor.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.03	Spitalul stimulează raportarea voluntară a elementelor indezirabile, analiza și urmărirea măsurilor pentru evitarea acestora.	I						
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.04	Sunt stabilite persoanele convocate pentru fiecare tip de situație cu risc, identificată - schema de alarmare pentru situații cu risc/urgente/catastrofe.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.09	Eliberarea medicamentelor cu costuri mari se face doar cu aprobarea prealabilă a managementului.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 6-Comunicare organizațională externă

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru
completarea listei de verificare

60
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se
discute în timpul vizitei

coordonatori departamente dezvoltare,
promovare, comunicare/manager

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc
completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este
înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați
numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 06

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.01.03.02	Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.	C						
01.01.03.02.02	Rezultatele analizei periodice a nivelului de realizare a obiectivelor strategice efectuate de către șefii tuturor sectoarelor, sunt comunicate personalului din subordine.	I						
01.03.03.01	Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social.	C						
01.03.03.01.01	Există o programare a întâlnirilor a conducerii cu angajații pentru discutarea problemelor privind relațiile de muncă.	I	(1)document (2)interviu angajați					
01.03.03.01.02	Informarea angajaților privind problemele identificate/apărute, modul de prioritizare a acestora și soluțiile propuse este reglementată la nivelul spitalului.	I	(1)document (2)interviu angajați					
01.03.03.03	Spitalul asigură respectarea cerințelor privind calitatea vieții profesionale.	C						
01.03.03.03.04	Chestionarul de satisfacție al angajaților cuprinde întrebări privind comunicarea dintre aceștia.	I						
01.05.01.01	Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.	C						
01.05.01.01.02	Planul de dezvoltare al sistemului informațional este realizat pe baza nevoilor informaționale ale organizației.	I	se verifică corespondența între (1)elementele analizei și (2)elemente din planul de dezvoltare					
01.05.01.01.03	Planul de dezvoltare al sistemului informațional stabilește modelul de interoperabilitate informațională în raport cu particularitățile spitalului.	I	se verifică corespondența între (1)elementele analizei și (2)elemente de particularitate ale spitalului					

01.05.01.01.04	Interoperabilitatea informațională permite realizarea unui „tablou de bord” care susține actul decizional.	I	se verifică existența și funcționalitatea "tabloului de bord"					
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.01	Spitalul are implementat un sistem de management al documentelor.	I						
01.05.02.01.02	Documentele emise la nivelul spitalului, urmare a solicitărilor interne și/sau externe, sunt înregistrate.	I	orice document oficial care trece prin mîna evaluatorului trebuie să fie înregistrat					
01.05.03.01	Suportul de informații caracteristic fiecărei activități desfășurate în spital (suport hârtie, magnetic, electronic) și fluxul de utilizare al acestuia sunt definite și respectate.	C						
01.05.03.01.01	Spitalul are definită o modalitate unitară de înregistrare pentru fiecare categorie de informații.	I						
01.05.04.01	Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.	C						
01.05.04.01.02	Transmiterea datelor cu caracter personal/medical ale pacienților se realizează cu păstrarea confidențialității.	I						
01.05.04.01.03	Spitalul aplică o reglementare specifică pentru solicitările de date medicale exprimate de pacienți/aparținători.	I	se verifică (1) existența reglementării și cu reglementarea în față (2) îl întrebi cum face					
01.05.04.01.04	Este reglementată modalitatea prin care proprietatea datelor este asigurată în raport cu terții colaboratori.	I						
01.06.01.01	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.	C						
01.06.01.01.02	Spitalul se promovează prin participare la acțiuni de voluntariat/umanitare, manifestări științifice, la târguri/expoziții de profil sanitar și alte manifestări publice.	I						
01.06.01.01.04	Spitalul utilizează mijloace media pentru diseminarea informațiilor de interes pentru pacienți și public.	I						
01.06.01.02	Pagina de internet a spitalului asigură comunicarea eficientă.	C						
01.06.01.02.18	Spitalul se implică în informarea publică referitoare la diagnosticul și mijloacele moderne de terapie a durerii și în educarea pacienților pentru a evita condițiile generatoare de durere.	I						
01.06.01.05	Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului.	C						

01.06.01.05.01	Spitalul are purtător de cuvânt desemnat	I						
01.06.01.05.02	Accesul mass-media este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.06.01.05.03	Spitalul are analiză anuală privind impactul de imagine a activității desfășurate.	I						
01.06.01.08	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.	C						
01.06.01.08.01	Spitalul este implicat în parteneriate pentru educația pacienților/însoțitorilor/aparținătorilor.	I						
01.06.01.08.02	Există lista unităților sanitare și administrative cu care colaborează spitalul.	I						
01.06.01.08.08	Căile de comunicare instituționalizate cu asociațiile de pacienți sunt funcționale.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.08	Spitalul are un mecanism funcțional de comunicare a regulilor interne pentru personal.	I						
01.07.04.01	Spitalul elaborează și actualizează periodic chestionare de satisfacție a pacienților.	C						
01.07.04.01.01	Spitalul utilizează chestionare de satisfacție a pacienților.	I						
01.07.04.01.02	Chestionarul de satisfacție a pacienților este disponibil pentru toți pacienții care beneficiază de servicii spitalicești.	I	interviu pacienți dacă au primit chestionar					
01.07.04.01.03	Analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție este realizată anual.	I						
01.07.04.01.04	Modalitatea de aplicare a chestionarului de satisfacție a pacienților asigură anonimatul pacientului.	I						
01.07.04.03	Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.	C						
01.07.04.03.03	Există desemnat responsabil cu gestionarea reclamațiilor.	I						
01.07.04.03.05	Spitalul monitorizează ponderea reclamațiilor pacienților din totalul cazurilor externe.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.08	Confirmarea programărilor și reprogramările sunt comunicate pacientului.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.07	Spitalul colaborează cu organizații de profil pentru acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale.	I						
02.01.04.01.08	Spitalul colaborează cu organizații de profil pentru a prelua, dacă este cazul, câinii utilitari pe perioada internării pacienților cu dizabilități.	I						

02.02.01.02	<i>Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.</i>	<i>C</i>						
02.02.01.02.02	<i>Există protocoale de colaborare, funcționale, cu alte unități sanitare pentru transferul sau facilitarea accesului pacientului la serviciile medicale, în situațiile în care se depășește competența asumată/capacitatea de rezolvare a cazului.</i>	<i>I</i>						
02.02.01.03	<i>Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.</i>	<i>C</i>						
02.02.01.03.02	<i>Există evidența unităților sanitare recunoscute din punct de vedere al îndeplinirii criteriilor stabilite pentru acceptarea rezultatelor investigațiilor efectuate.</i>	<i>I</i>						
02.02.02.01	<i>Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.</i>	<i>C</i>						
02.02.02.01.03	<i>Spitalul are protocoale de colaborare pentru rezolvarea cazurilor cu probleme sociale.</i>	<i>I</i>						
02.03.03.02	<i>Spitalul asigură condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.</i>	<i>C</i>						
02.03.03.02.03	<i>Spitalul are protocoale de colaborare cu unități sanitare care furnizează servicii de recuperare/reabilitare.</i>	<i>I</i>						
02.08.01.05	<i>Pacienții cu boli cronice progresive "cazuri complexe" primesc îngrijire paliativă specializată.</i>	<i>C</i>						
02.08.01.05.03	<i>Spitalul are parteneriate funcționale cu furnizori specializați în îngrijirea "cazurilor complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată.</i>	<i>I</i>						
02.15.02.03	<i>Spitalul are reglementate activitățile necesar a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.15.02.03.04	<i>Spitalul are colaborare cu serviciul de pompe funebre.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01	<i>Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.</i>	<i>C</i>						
03.01.02.01.01	<i>Modalitatea de comunicare a datelor medicale ale pacienților către terți este reglementată.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01.02	<i>Situațiile în care pot fi comunicate datele pacientului, fără acordul acestuia, sunt reglementate.</i>	<i>I</i>						

03.01.02.01.03	<i>Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/aparținătorilor la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale și respectată de spital.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01.04	<i>Situația în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate este reglementată.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01.07	<i>Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.</i>	<i>I</i>						
03.02.02.01	<i>Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/aparținătorilor/imputerniciților documentele medicale solicitate.</i>	<i>C</i>						
03.02.02.01.02	<i>Instruirea personalului care avizează/eliberează documentele medicale solicitate de către pacienți/aparținători/imputerniciți/autorități se face la angajare și ori de câte ori este necesar.</i>	<i>I</i>						
03.02.02.02	<i>Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția autorităților autorizate/altor institutii datele medicale personale ale pacientului.</i>	<i>C</i>						
03.02.02.02.02	<i>Spitalul are reglementată modalitatea de transmitere a datelor medicale ale pacientului către alte instituții / autorități.</i>	<i>I</i>						
03.02.02.02.03	<i>Personalul medical este informat cu privire la hotărârile judecatorești definitive și irevocabile care permit accesul la datele medicale și personale ale pacientului.</i>	<i>I</i>						
03.02.04.01	<i>Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți.</i>	<i>C</i>						
03.02.04.01.01	<i>Accesul mass-media în spital/la pacienți se face cu respectarea intimității acestora.</i>	<i>I</i>						
03.02.04.01.02	<i>Accesul mass-media la pacient și/sau informațiile legate de acesta se face numai după exprimarea acordului pacientului/aparținătorilor, după caz și strict în limitele acestuia.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 7-Managementul activităților de învățământ și cercetare

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

15
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

director cercetare-dezvoltare

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 07

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.01.04.01	<i>Cercetarea științifică vizează obiectivele de dezvoltare a spitalului.</i>	<i>C</i>						
01.01.04.01.02	<i>Echipa/echipele de cercetare sunt multidisciplinare, de tip multilevel.</i>	<i>I</i>						
01.01.04.01.03	<i>Echipa/echipele de cercetare activează în parteneriat național și/sau internațional.</i>	<i>I</i>						
01.01.04.02	<i>Inovația adusă prin cercetare îmbunătățește calitatea și performanța actului medical.</i>	<i>C</i>						
01.01.04.02.01	<i>Există parteneriate și/sau convenții pentru desfășurarea activității de cercetare, încheiate de unitățile clinice cu alte entități.</i>	<i>I</i>						
01.01.04.02.02	<i>Temele de cercetare urmăresc obiectivele de dezvoltare ale spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.01.04.02.03	<i>Institutul are parteneriate de colaborare în cercetare cu instituții similare interne și/sau internaționale.</i>	<i>I</i>						
01.01.04.03	<i>Institutul medical coordonează activitatea de inovare/cercetare a spitalelor cu activitate în domeniu.</i>	<i>C</i>						
01.01.04.03.01	<i>Institutul medical are un plan de dezvoltare a rețelei formată din spitalele implicate în cercetare.</i>	<i>I</i>						
01.01.04.03.02	<i>Institutul medical are definite domeniile specifice în care se implică pentru inovarea managementului bolilor cu incidență crescută și impact semnificativ asupra sănătății populației.</i>	<i>I</i>						
01.01.04.03.03	<i>Institutul medical are definite domeniile specifice în care se implică pentru inovarea tehnicilor terapeutice, în vederea reducerii expunerii pacientului inclusiv la riscuri.</i>	<i>I</i>						
03.01.01.01	<i>Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.</i>	<i>C</i>						
03.01.01.01.04	<i>Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical este reglementată la nivelul spitalului și respectată.</i>	<i>I</i>						
03.01.01.01.05	<i>Pacientului i se solicită constant consimțământul și-i este respectată demnitatea și intimitatea în condițiile consulturilor și manevrelor în scop didactic, efectuate pentru și de orice personal medical aflat în pregătire.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

29 / 418

Semnătură interlocutor _____

--

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 8-Managementul organizației

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

60
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

toți membri comitetului director/manager în situația în care la nivelul spitalului nu există comitet director

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 08

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.01.03.02	Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.	C						
01.01.03.02.01	Există propuneri rezultate în urma analizei periodice a nivelului de realizare a obiectivelor strategice, efectuate de către șefii tuturor sectoarelor, comunicate conducerii spitalului.	I						
01.01.03.03	Planificarea anuală a activităților are în vedere obiectivele strategice stabilite.	C						
01.01.03.03.01	Spitalul își desfășoară activitatea pe baza planurilor anuale de activitate.	I						
01.01.03.03.02	Activitățile planului anual sunt în concordanță cu obiectivele planului strategic.	I						
01.02.01.01	Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, după caz.	C						
01.02.01.01.01	Autorizațiile specifice sunt în vigoare.	I	check list de bifat					
01.02.01.01.02	Avizele specifice sunt în termen de valabilitate.	I	check list de bifat					
01.02.01.02	Spitalul a luat toate măsurile pentru menținerea condițiilor pe baza cărora s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.	C						
01.02.01.02.02	Există monitorizare a parametrilor specificați în autorizații și avize.	I						
01.02.01.02.03	Măsurile corective pentru menținerea condițiilor de autorizare sunt planificate și realizate.	I						
01.02.02.02	Conducerea evaluează periodic structura organizației în raport cu cererea de servicii de sănătate.	C						
01.02.02.02.01	Există indicatori de utilizare a serviciilor și sunt actualizați anual în contractul de management și în contractele de administrare.	I	actualizarea se verifică prin analiza unui act adițional					
01.02.02.02.02	Indicatorii de utilizare a serviciilor din contractul de management și contractele de administrare sunt analizați cel puțin semestrial.	I	analiză					
01.02.02.03	Conducerea analizează periodic modul de desfășurare a proceselor de la nivelul organizației și actualizează în consecință structura organizatorică.	C						
01.02.02.03.01	La nivelul Comitetului director există analize anuale a eficacității și eficienței proceselor din spital.	I						

01.02.02.03.02	Există propuneri de modificare a structurilor organizatorice care rezultat al analizei eficacității și eficienței proceselor.	I						
01.02.03.02	Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.	C						
01.02.03.02.01	Activitatea desfășurată de structurile funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul unității este înregistrată (consemnată).	I						
01.02.03.02.02	Deciziile manageriale și activitatea organizației sunt fundamentate pe baza propunerilor structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii).	I						
01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	C						
01.03.01.01.03	Managementul resursei umane a UPU/CPU/camera de gardă are în vedere analiza lunară a numărului de prezentări la UPU/CPU/cameră de gardă per număr de medici UPU/CPU/cameră de gardă.	I	analiza					
01.03.01.03	Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.	C						
01.03.01.03.05	Există acordul reprezentanților angajaților pentru planul anual de dezvoltare profesională a personalului	I	interviu sindicat / proces vb sedință în care s-a discutat tema / avizare de către sindicat					
01.03.02.01	Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.	C						
01.03.02.01.02	Repartizarea numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se face în funcție de gradul de mediu de dependență.	I	decizii de dirijare temporară a personalului de îngrijire susținute de solicitările fundamentate pe evaluarea gradului de dependentă					
01.03.02.02	Nevoia de personal este estimată pentru a asigura utilizarea la capacitate optimă a resurselor tehnice existente.	C						

01.03.02.02.01	Există rapoarte semestriale privind sincope în funcționarea echipamentelor și aparaturii, datorate lipsei de personal.	I						
01.03.03.02	Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.	C						
01.03.03.02.02	Rezultatele analizei satisfacției angajaților sunt puse la dispoziția structurii de management.	I						
01.03.03.02.04	Rezultatele aplicării măsurilor propuse sunt evaluate comparativ cu rezultatele estimate.	I						
01.04.02.01	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.	C						
01.04.02.01.02	Costurile aferente serviciilor oferite pacientului sunt analizate anual.	I						
01.04.02.02	Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.	C						
01.04.02.02.01	Există analiză anuală a veniturilor planificate comparativ cu cele realizate.	I						
01.04.02.02.03	Există analiză anuală a costurilor în vederea eficientizării cheltuielilor.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.05	Planificarea cheltuielilor este în concordanță cu planul anual de servicii și cu planul anual de achiziții.	I						
01.04.03.01.06	Măsurile rezultate în urma analizei comparative a costurilor înregistrate cu veniturile realizate sunt implementate.	I	rapoarte/constatări ale implementării măsurilor					
01.04.03.02	Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.	C						
01.04.03.02.01	Centrele de cost sunt stabilite și monitorizate.	I						
01.04.03.02.02	Există analiză a îndeplinirii indicatorilor de performanță asumați la toate nivelurile de management și sunt adoptate măsuri în consecință.	I						
01.04.04.01	Spitalul asigură evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice.	C						
01.04.04.01.01	Există o listă a produselor și serviciilor critice.	I						
01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	C						
01.04.04.03.03	Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu reactivi.	I						
01.04.04.04	Spitalul asigură aprovizionarea cu produse și servicii pentru cazuri excepționale.	C						

01.04.04.04.02	Aprovizionarea pentru cazuri excepționale este reglementată.	I	se verifică (1) existența reglementării și cu reglementarea în față (2) îl întrebi cum face					
01.05.01.01	Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.	C						
01.05.01.01.01	Șefii tuturor sectoarelor de activitate participă la definirea nevoilor informaționale ale organizației.	I						
01.05.03.01	Supportul de informații caracteristic fiecărei activități desfășurate în spital (suport hârtie, magnetic, electronic) și fluxul de utilizare al acestuia sunt definite și respectate.	C						
01.05.03.01.03	La nivelul spitalului, circuitul documentelor este reglementat.	I	se verifică (1) existența reglementării și cu reglementarea în față (2) îl întrebi cum face					
01.07.01.02	Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.	C						
01.07.01.03.06	Rezultatele autoevaluării fundamentează măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.08	La nivelul spitalului sunt stabilite situațiile care impun evacuarea.	I						
01.08.03.02	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.	C						
01.08.03.02.07	Sunt prevăzute soluții de rezervă pentru serviciile și produsele critice în caz de dezastre naturale și catastrofă.	I						
02.01.01.01	Spitalul evaluează grupurile populaționale de pacienți cu particularități clinico-biologice pentru a identifica și satisface nevoile, patologiile specifice.	C						
02.01.01.01.02	Spitalul a adoptat măsuri specifice pentru a răspunde nevoilor identificate ale grupurilor populaționale cu particularități clinico-biologice.	I						
02.01.01.01.03	Spitalul are o analiză a resurselor disponibile pentru a oferi servicii medicale conform patologiilor specifice identificate, satisfăcând nevoile grupurilor populaționale de pacienți.	I						

02.12.01.03	<i>Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").</i>	<i>C</i>						
02.12.01.03.05	<i>Problemele identificate și măsurile propuse în urma analizei evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss") sunt raportate conducerii spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.12.04.03	<i>Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.</i>	<i>C</i>						
02.12.04.03.03	<i>Incidentele nemedicale apărute în timpul intervențiilor chirurgicale/anestezice sunt analizate.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.06	<i>La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.</i>	<i>C</i>						
02.12.07.06.03	<i>Există analiza anuală a ratei de supraviețuire a tuturor pacienților care au fost transplantați în spital, pe fiecare patologie în parte.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01	<i>Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.</i>	<i>C</i>						
03.01.02.01.06	<i>Reglementările interne legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale sunt evaluate și analizate, luându-se măsuri în consecință.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.02	<i>Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.</i>	<i>C</i>						
03.02.01.02.02	<i>Rezultatele analizelor Consiliului etic susțin deciziile manageriale ale spitalului.</i>	<i>I</i>						
03.03.01.01	<i>Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu competența specifică.</i>	<i>C</i>						
03.03.01.01.01	<i>Spitalul asigură necesarul de medici de specialitate în limita de competență a fiecărei secții/compartiment.</i>	<i>I</i>						
03.03.01.02	<i>Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.</i>	<i>C</i>						
03.03.01.02.02	<i>Există analiză anuală privind modul de respectare a limitei de competență profesională a personalului.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

Semnătură interlocutor _____

--

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 9-Managementul medical la nivel de spital

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A.** Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

105
min

- B.** Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

dir.medical/coordonatorul activității medicale în situația în care există doar spitalizare de zi

- C.** Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 09

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.02.03.02	Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.	C						
01.02.03.02.01	Activitatea desfășurată de structurile funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul unității este înregistrată (consemnată).	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.	I						
01.04.03.01.02	Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.	I						
01.04.03.01.04	Măsurile de îmbunătățire a costurilor aferente serviciilor oferite pacientului sunt implementate.	I	rapoarte/constatări ale implementării măsurilor					
01.04.03.01.06	Măsurile rezultate în urma analizei comparative a costurilor înregistrate cu veniturile realizate sunt implementate.	I	rapoarte/constatări ale implementării măsurilor					
01.04.03.02	Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.	C						
01.04.03.02.03	Serviciile contractate de spital aferente secției se regăsesc ca act adițional la contractul de management al șefului de secție, actualizat la fiecare modificare cu impact în bugetul de venituri și cheltuieli al secției respective.	I						
01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	C						
01.04.04.03.01	Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu medicamente.	I	discuții cu șefii de secții/servicii + as șefe					
01.04.04.03.03	Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu reactivi.	I						
01.05.03.02	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permit eficientizarea activității în spital.	C						

01.05.03.02.01	Există proceduri operaționale pe categorii de activități.	I	care cuprind recomandări cu privire la completarea corectă a documentelor, colectarea și transmiterea datelor în vederea prelucrării pentru evaluarea eficienței activității.					
01.05.03.02.03	Există persoane desemnate pentru verificarea documentelor conform planificării prealabile.	I						
01.05.04.05	Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.	C						
01.05.04.05.01	Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.02	Există un sistem de codificare a echipamentelor pe categorii de personal.	I						
01.06.01.08	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.	C						
01.06.01.08.03	Sunt identificate situațiile care impun comunicarea cu alte unități sanitare și administrative.	I						
01.06.01.08.04	Este stabilită modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative, în funcție de situație.	I						
01.06.01.08.06	Spitalul are infrastructură funcțională necesară comunicării interprofesionale externe - telemedicină.	I						
01.06.01.08.07	Spitalul informează planificat și ori de câte ori este nevoie unitățile sanitare din teritoriul deservit referitor la nivelul de competență asumat și la capacitatea de preluare în îngrijire a pacienților.	I						
01.06.02.01	Spitalul are implementate modele de comunicare profesională între membrii echipelor medicale.	C						
01.06.02.01.01	Modul de comunicare între membrii echipelor medicale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.06.02.02	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.	C						

01.06.02.02.02	Comunicarea cu prioritate a rezultatelor investigațiilor și/sau a nevoii de tratament/intervenție, în cazul în care este pusă în pericol viața pacientului, este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.06.02.02.03	Comunicarea în situații cu risc/de criză este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.11	Există protocol de comunicare cu pacientul/aparținătorul pentru cazurile de urgență.	I						
01.06.02.03.12	Există protocol de comunicare cu aparținătorii în situațiile de deces al pacientului.	I						
01.06.02.03.13	Există protocol de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic.	I						
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/aparținătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.03	Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente este reglementată.	I						
01.06.03.02	Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării.	C						
01.06.03.02.05	Număr reclamații cu privire la aspecte de comunicare între profesioniști înaintate consiliului etic, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.06	Manevrarea produselor cu risc de contaminare biologică se face de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.04	Accesul personalului în zonele medicale cu risc fizic crescut este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.02.11.07	Spitalul aplică un program aprobat de vaccinare anti-hepatită și antigripal.	I						
01.08.02.11.13	Srijinul psihologic este asigurat, la nevoie, angajaților spitalului.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.13	Planul Alb este cunoscut de către personalul implicat și implementat la nivelul spitalului.	I						

01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.01	Spitalul a stabilit un plan de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă.	I						
01.08.03.01.05	Modul de anunțare al echipelor de intervenție pentru diverse situații, este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.06	Este respectat un plan anual de simulare / verificare a funcționalității schemei de alarmare.	I	procese verbale ale simulării					
01.08.03.01.07	Procesul de evacuare al clădirilor în caz de nevoie este reglementat.	I						
01.08.03.01.09	Modul de evacuare și relocare al pacienților este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.10	Modul de evacuare al medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.02	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.	C						
01.08.03.02.04	Medicamentele și materiale sanitare prevăzute în lista aprobată sunt disponibile la nivelul depozitului pentru calamități.	I						
01.08.03.02.06	Rularea materialelor perisabile din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.01	Deplasarea pacienților este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.09.01.03.04	Există mijloace de transport adaptate necesităților pacienților cu depleție imunitară.	I						
02.01.01.02	Spitalul a identificat patologii pentru care dispune de resurse.	C						
02.01.01.02.12	Spitalul are resurse necesare și funcționale pentru efectuarea investigațiilor de înaltă performanță.	I						
02.01.01.02.13	Spitalul are resurse necesare și funcționale pentru efectuarea intervențiilor chirurgicale minim-invazive.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.05	Există un set minim de date solicitat pacienților pentru programare.	I						

02.01.02.01.10	Număr internări per număr total consulturi inițiale din Ambulatoriu, pe an.	I						
02.01.02.01.11	Număr pacienți internați programați per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.02	Există flexibilitate pentru utilizarea paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor.	I						
02.01.02.02.04	Există un sistem de prioritizare a cazurilor, stabilit pe baza unui scor, pentru planificarea accesului la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament.	I	(1)există sistemul, (2)există stabilit "scorul" - diagnostic-scor					
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.02	Asocierea specialităților în alcătuirea liniilor de gardă respectă prevederile legale.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.02	Personalul spitalului este instruit pentru interrelaționarea și preluarea în îngrijire a pacienților cu dizabilități sau nevoi speciale.	I						
02.01.04.01.06	La nivelul spitalului există posibilitatea asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului.	I						
02.01.04.01.09	Este asigurată modalitatea de identificarea (vizuală) de către personalul medical, a pacienților internați cu dizabilități/nevoi speciale/manifestări agresive.	I						
02.02.01.03	Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.02.01.03.03	Medicii sunt informați cu privire la unitățile sanitare ale căror rezultate ale investigațiilor sunt recunoscute.	I						
02.02.02.02	Traseul pacientului este stabilit în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.	C						
02.02.02.02.01	Spitalul are reglementată modalitatea de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice.	I						
02.02.02.02.04	Există analiza semestrială a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice și măsuri adoptate în consecință.	I						

02.03.01.02	Elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament este făcută pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienței clinice de la nivelul spitalului și în funcție de capacitatea tehnico-materială a spitalului.	C						
02.03.01.02.01	Spitalul are constituit un grup de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital.	I						
02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	C						
02.03.02.01.03	Există medici desemnați pentru consulturile interdisciplinare interne și externe.	I						
02.03.02.01.04	Activitatea echipei medicale care asigură serviciul de consult prin telemedicină este monitorizată.	I						
02.03.02.01.05	La nivelul spitalului există prefigurate echipe pentru situațiile care necesită abordare multidisciplinară.	I						
02.03.02.03	A doua opinie medicală este analizată și utilizată de către spital pentru îmbunătățirea practicii medicale.	C						
02.03.02.03.03	Spitalul încurajează colaborarea între medicii săi de specialitate și cei de la alte entități medicale, inclusiv pentru o a doua opinie referitoare la rezultatele investigațiilor interpretabile.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.01	Spitalul are reglementată activitatea privind asigurarea continuității actului medical.	I						
02.03.03.01.02	Spitalul asigură continuitatea asistenței medicale și prin contractare externă a serviciilor specifice.	I						
02.03.03.01.15	Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la prezentarea pacienților pentru internare până la întocmirea FO (diagnosticul trimitere, diagnosticul de internare, motivele internării, anamneza, istoricul bolii, examenul clinic general, examenul local).	I						
02.03.03.01.16	Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza numărului de FO, ale pacienților internați pentru intervenții chirurgicale / asistență la naștere, necompletate sau incomplete.	I						
02.03.03.01.17	Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la momentul internării până la instituirea primelor îngrijiri medicale.	I						

02.03.03.02	Spitalul asigură condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.	C						
02.03.03.02.01	Spitalul are reglementată modalitatea de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologie.	I						
02.03.03.02.02	Spitalul are evidența unităților sanitare care furnizează servicii de recuperare/reabilitare.	I						
02.04.02.01	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului.	C						
02.04.02.01.05	Există analiză anuală privind cazurile de nou-născuți nevaccinați, până la externare, care cuprinde inclusiv numărul de cazuri în care părinții refuză vaccinarea.	I						
02.05.01.01	Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.	C						
02.05.01.01.08	Spitalul are stabilite și comunicate medicilor investigațiile care necesită aprobare prealabilă.	I						
02.08.05.02	Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.	C						
02.08.05.02.04	Serviciul de doliu este definit de spital și comunicat personalului medical pentru informarea aparținătorilor cu risc de doliu patologic.	I						
02.08.05.02.06	Asigurarea de către spital a serviciului de doliu, conform convingerilor spirituale/religioase ale pacientului în faza terminală și deciziile sale anterioare, legate de acest eveniment, este reglementat.	I						
02.08.05.02.07	Aparținătorii cu risc de doliu patologic, care beneficiază de serviciu de doliu oferit de spital sunt înscrși în registrul de doliu al spitalului.	I						
02.08.05.02.08	Evaluarea și serviciile oferite de către spital aparținătorilor cu risc de doliu patologic sunt consemnate în foaia de luare în evidență pentru doliu.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.01	Achiziția de medicamente este stabilită de către Comisia medicamentului, pe baza referatelor de necesitate ale secțiilor.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.11	Spitalul are o reglementare privind identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente.	I						

02.10.01.02	Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitățile de lucru.	C						
02.10.01.02.04	Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe, în echipă formată de medicul curant, împreună cu infecționist sau medic cu pregătire specială în antibioterapie, epidemiolog, medic specialist de medicină de laborator (microbiolog), este reglementată la nivel de spital.	I						
02.10.02.01	Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute și rezultatului antibiogrammei, după caz.	C						
02.10.02.01.01	La nivelul spitalului există protocol privind bunele practici în utilizarea antibioticelor, ținând cont de specificul antibioticorezistenței din spital, cu particularizări pentru specialitățile din structură.	I						
02.10.03.01	Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	C						
02.10.03.01.02	Eliberarea antibioticelor cu regim special se face numai pe baza existenței antibiogrammei cu rezultat relevant, cu aprobarea șefilor de secții și a directorului medical/manager.	I						
02.10.03.03	Farmacia informează periodic prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la antibioticele disponibile, precum și consumul de antibiotice realizat pe secții/compartimente cu paturi și pe medici.	C						
02.10.03.03.02	Spitalul are definite și comunicate medicilor curanți antibioticele cu regim special.	I						
02.10.03.03.03	Farmacia informează lunar prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la consumul de antibiotice și returnul acestora, pentru fiecare secție.	I						
02.10.03.03.04	Farmacia informează lunar prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la consumul de antibiotice per medic.	I						
02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.	C						
02.10.05.01.04	Număr pacienți cu antibioprolaxie per număr total de intervenții, proceduri, manevre ce necesită antibioprolaxie pe lună, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						

02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.07	Verificarea stării de portaj pentru personalul medical este reglementată și respectată.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.02	Există listă de echipamente de protecție obligatorii, în funcție de activitățile clinice și/sau paraclinice efectuate.	I						
02.11.04.06.06	Spitalul asigură echipamentul suplimentar de protecție al personalului, utilizat în cazul identificării de pacienți cu potențial infecto-contagios și verifică utilizarea acestuia.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.04	Personalul este instruit anual cu privire la identificarea corectă a pacienților.	I						
02.13.01.03	Structurile funcționale ale spitalului, cu atribuții în implementarea și monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale, respectă modalitățile de lucru stabilite specific.	C						
02.13.01.03.02	Există analize anuale ale îndeplinirii atribuțiilor Comisiei de transfuzie și hemovigilență.	I						
02.13.02.03	Spitalul asigură necesarul de sânge total și componente sanguine, luând în considerare dinamica morbidității spitalizate, și monitorizează consumul și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	C						
02.13.02.03.06	Transportul sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către secții este reglementată.	I						
02.13.02.03.07	Transportul sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către secții este documentată la zi.	I						
02.13.02.03.08	Există monitorizare a temperaturii în timpul transportului sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către alte locații ale spitalului.	I						
02.13.02.03.09	Transportul sângelui și componentelor sanguine se face în condiții de temperatură și siguranță, cu respectarea caracteristicilor acestora.	I						

02.15.02.03	Spitalul are reglementate activitățile necesare a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.	C						
02.15.02.03.03	Spitalul are asigurat serviciul de prosectură.	I						
02.15.02.03.05	Spitalul are analiză anuală a cazurilor de deces.	I						
03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.01.03	Spitalul reglementează acordarea de servicii medicale pacienților în absența consimțământului acestuia.	I						
03.01.01.02	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.	C						
03.01.01.02.01	Cunostințele și practica personalului medical în legătură cu obținerea consimțământului informat sunt evaluate anual, analizate și se iau măsuri, după caz.	I						
03.02.01.02	Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.	C						
03.02.01.02.02	Rezultatele analizelor Consiliului etic susțin deciziile manageriale ale spitalului.	I						
03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	C						
03.03.01.02.03	Spitalul instruieste anual personalul medical în legătură cu reglementările care stabilesc limitarea practicii la propria specialitate.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 10-Managementul îngrijirii medicale la nivel de spital

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

120
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

directorul de îngrijiri/asistentul șef spital
director medical/coordonatorul activității medicale
în situația în care nu există director de
îngrijiri/asistent șef spital

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 10

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.03.01.01	<i>Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.</i>	<i>C</i>						
01.03.01.01.08	<i>Estimarea anuală a necesarului de personal de îngrijire din secțiile cu paturi este bazată pe nevoia de îngrijire a pacienților.</i>	<i>I</i>						
01.03.02.01	<i>Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.</i>	<i>C</i>						
01.03.02.01.01	<i>La nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se determină gradul mediu de dependență al pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități.</i>	<i>I</i>						
01.04.03.01	<i>Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.</i>	<i>C</i>						
01.04.03.01.01	<i>Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.</i>	<i>I</i>						
01.04.03.01.02	<i>Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.</i>	<i>I</i>						
01.04.03.01.04	<i>Măsurile de îmbunătățire a costurilor aferente serviciilor oferite pacientului sunt implementate.</i>	<i>I</i>	<i>rapoarte/constatări ale implementării măsurilor</i>					
01.04.03.01.06	<i>Măsurile rezultate în urma analizei comparative a costurilor înregistrate cu veniturile realizate sunt implementate.</i>	<i>I</i>	<i>rapoarte/constatări ale implementării măsurilor</i>					
01.04.04.03	<i>Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.</i>	<i>C</i>						
01.04.04.03.01	<i>Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu medicamente.</i>	<i>I</i>	<i>discuții cu șefii de secții/servicii + as șefe</i>					
01.04.04.03.03	<i>Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu reactivi.</i>	<i>I</i>						

01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.01	<i>Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament este reglementat la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.02	<i>Există un sistem de codificare a echipamentelor pe categorii de personal.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.49	<i>Numărul de paturi care au facilități funcționale de mobilizare a pacientului per numărul total de paturi.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.70	<i>Spitalul asigură infrastructura și personal dedicat pentru spălarea/decontaminarea pacienților/personalului contaminat.</i>	<i>I</i>	de facut mv					
01.08.02.02	<i>Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.02.01	<i>Colectarea diferențiată a deșeurilor este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02.02	<i>Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02.03	<i>Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02.05	<i>Personalul este instruit pentru colectare selectivă și în siguranță a deșeurilor, cu respectarea reglementărilor în vigoare.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02.06	<i>Transportul deșeurilor este reglementat la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02.07	<i>Colectarea și transportul deșeurilor se face de personal dedicat, instruit specific.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02.08	<i>Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02.09	<i>Eliminarea deșeurilor este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09	<i>Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.09.03	<i>Manevrarea, recuperarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice se face de către personal instruit și cu echipament de protecție.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.06	<i>Manevrarea produselor cu risc de contaminare biologică se face de personal instruit și protejat.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.09.10	Dezinsecția și deratizarea este executată conform reglementărilor în vigoare, pe baza unui plan aprobat.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.04	Accesul personalului în zonele medicale cu risc fizic crescut este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.02.11.07	Spitalul aplică un program aprobat de vaccinare anti-hepatită și antigripal.	I						
01.08.02.11.13	Srijinul psihologic este asigurat, la nevoie, angajaților spitalului.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.05	Personalul care manevrează, recuperează deșeurile și depozitează substanțele toxice este instruit anual.	I						
01.08.02.13.06	Personalul care manevrează produsele cu risc de contaminare biologică este instruit anual.	I						
01.08.02.13.13	Planul Alb este cunoscut de către personalul implicat și implementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.01	Spitalul a stabilit un plan de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă.	I						
01.08.03.01.05	Modul de anunțare al echipelor de intervenție pentru diverse situații, este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.06	Este respectat un plan anual de simulare / verificare a funcționalității schemei de alarmare.	I	procese verbale ale simulării					
01.08.03.01.07	Procesul de evacuare al clădirilor în caz de nevoie este reglementat.	I						
01.08.03.01.09	Modul de evacuare și relocare al pacienților este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.10	Modul de evacuare al medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.02	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.	C						

01.08.03.02.04	Medicamentele și materiale sanitare prevăzute în lista aprobată sunt disponibile la nivelul depozitului pentru calamități.	I						
01.08.03.02.06	Rularea materialelor perisabile din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.38	Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi, pe secție/compartiment.	I						
01.09.01.01.39	Număr paturi-cântar per număr total de paturi, pe secție/compartiment.	I						
01.09.01.01.40	Număr saloane cu mai mult de patru paturi per număr total saloane și rezerve.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.03.05	Blocul operator are brancardă proprie sterilizată.	I						
01.09.01.03.06	Număr de brancarde funcționale și cu elemente de siguranță per număr de paturi.	I						
01.09.01.03.07	Număr de fotolii rulante funcționale și cu elemente de siguranță per număr de paturi.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.04	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.05	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	I						
01.09.01.06	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale.	C						
01.09.01.06.02	Meniurile zilnice sunt stabilite în funcție de dietele recomandate.	I						
01.09.01.06.03	Sunt asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacient.	I						
01.09.01.06.04	Lista de masă realizată de asistența șefă este transmisă zilnic serviciului de bucătărie, dieteticianului.	I						
01.09.01.06.05	Serviciul de dietetică este asigurat prin personal propriu sau colaborator.	I						
01.09.01.06.06	Alimentație pe sondă / stomă / parenterală este reglementată și asigurată pentru cazurile care o impun.	I						

01.09.01.07	<i>Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.07.07	<i>Spațiile serviciului de bucătărie sunt igienizate și dezinfectate conform reglementărilor specifice.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07.08	<i>Spitalul are bucătar/bucătari cu atestat.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07.09	<i>Meniurile sunt pregătite conform rețetarului realizat de către dietetician împreună cu bucătarul.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07.10	<i>Întreg personalul serviciului de bucătărie are carnet de sănătate vizat în termen.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07.11	<i>Triajul personalului din serviciul de bucătărie este efectuat de persoană desemnată și consemnat la intrarea în fiecare tură.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07.13	<i>Respectarea reglementărilor și a normelor de funcționare ale serviciului de bucătărie este analizată semestrial.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.08	<i>Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.08.01	<i>Transportul alimentelor pe secție respectă un circuit separat.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.08.02	<i>Transportul alimentelor pe secție se face cu respectarea normelor de igienă.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.08.03	<i>Transportul alimentelor pe secție se face cu mijloace de transport dedicate, care asigură menținerea temperaturii acestora.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.08.04	<i>Există personal distinct, cu atribuții pentru distribuirea alimentelor către pacienții de pe secție.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.09	<i>Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.09.01	<i>Spitalul monitorizează calitatea spălării lenjeriei și efectelor în serviciul propriu, în serviciu externalizat și individual, de către personalul medical, după caz.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.09.02	<i>Gestionarea lenjeriei și efectelor este reglementată și respectată.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.09.05	<i>Manipularea, spălarea și dezinfecția lavetelor de curățenie este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.10	<i>Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.10.01	<i>Colectarea lenjeriei și efectelor de spital se face separat în recipiente de diferite culori, în funcție de gradul de infestare microbiologică (septic/aseptic).</i>	<i>I</i>						

01.09.01.10.02	<i>În serviciul de spălătorie sunt asigurate și respectate circuite separate de recepție pentru lenjerie și efecte de spital, pe grade de infestare microbiologică (septic/aseptic).</i>	<i>I</i>						
01.09.01.10.03	<i>În serviciul de spălătorie sunt asigurate și respectate circuite separate, în timp sau spațiu, pe categorii de proveniență.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.10.04	<i>Serviciul de spălătorie este dotat cu utilaje care permit detectarea automată a încărcăturii microbiene.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.10.05	<i>Sunt asigurate și funcționale fluxuri tehnologice și linii, utilaje dedicate, în timp sau spațiu, lenjeriei și efectelor pe categorii de proveniență.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.10.06	<i>Pentru departajarea lenjeriei curate de cea utilizată se folosește un cod culori.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.01	<i>Instituția evaluează și îmbunătățește constant condițiile hoteliere.</i>	<i>C</i>						
01.09.02.01.03	<i>Spitalul aplică măsuri pentru ameliorarea condițiilor hoteliere, specifice fiecărei secții, rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.02	<i>Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciile de alimentație.</i>	<i>C</i>						
01.09.02.02.02	<i>Plângerile pacienților/personalului de gardă privind hrana sunt înregistrate și analizate.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.02.03	<i>Spitalul adoptă măsuri pentru îmbunătățirea calității hranei și a meniurilor zilnice.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.03	<i>Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciul de spălătorie.</i>	<i>C</i>						
01.09.02.02.01	<i>Plângerile pacienților/personalului de gardă privind aspectului lenjeriei și al efectelor de spital sunt înregistrate și analizate.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.03.02	<i>Spitalul adoptă măsuri pentru îmbunătățirea aspectului lenjeriei și al efectelor de spital pentru pacienți.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.04	<i>Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.</i>	<i>C</i>						
01.09.02.04.02	<i>Monitorizarea respectării temperaturii ambientale în funcție de specificul serviciului este consemnată zilnic.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.02	<i>Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.</i>	<i>C</i>						
02.01.02.02.03	<i>Există flexibilitate pentru distribuirea personalului mediu între servicii în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale.</i>	<i>I</i>						

02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.02	Personalul spitalului este instruit pentru interrelaționarea și preluarea în îngrijire a pacienților cu dizabilități sau nevoi speciale.	I						
02.01.04.01.09	Este asigurată modalitatea de identificarea (vizuală) de către personalul medical, a pacienților internați cu dizabilități/nevoi speciale/manifestări agresive.	I						
02.02.02.02	Traseul pacientului este stabilit în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.	C						
02.02.02.02.04	Există analiza semestrială a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice și măsuri adoptate în consecință.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.01	Spitalul are reglementată activitatea privind asigurarea continuității actului medical.	I						
02.03.03.01.02	Spitalul asigură continuitatea asistenței medicale și prin contractare externă a serviciilor specifice.	I						
02.03.04.03	Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului.	C						
02.03.04.03.03	Există analiza semestrială a modului de utilizare a planului de îngrijiri.	I						
02.03.04.03.05	Număr pacienți care au dezvoltat complicații legate de îngrijirea primită per număr pacienți internați, în ultimul an calendaristic.	I						
02.03.04.05	Necesarul de personal medical de îngrijire este stabilit în funcție de nevoia de îngrijire a pacientului.	C						
02.03.04.05.01	Există evaluare a necesarului de personal de îngrijire calculat pe baza scorului de dependență al pacienților.	I						
02.03.04.05.03	Număr personal medical de îngrijire existent per număr personal medical necesar estimat.	I						
02.11.01.01	Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.01.07	Plan de acțiune dezinsecție-dezinsecție-deratizare pe spital, pe anul în curs, elaborat și aprobat este respectat.	I						
02.11.01.02	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						

02.11.01.02.02	Există fundamentarea nevoii de biocide și materiale necesare de prevenire a IAAM, realizată de SSPLIAAM/CSPLIAAM.	I						
02.11.01.02.03	Cantitățile de biocide și materiale necesare prevenirii IAAM sunt stabilite de către Comisia de biocide și materiale sanitare cu participarea SSPLIAAM/CSPLIAAM.	I						
02.11.01.02.05	Bugetul alocat achiziției de biocide și materiale sanitare asigură prevenirea IAAM.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.07	Verificarea stării de portaj pentru personalul medical este reglementată și respectată.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.11	Există program de igienizare și dezinfectare a mijloacelor de transport utilizate în spital.	I						
02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	C						
02.11.02.05.01	Există evaluări ale nivelului de instruire a personalului sanitar auxiliar referitor la manevrarea lenjeriei.	I						
02.11.02.05.02	Sunt implementate reglementările privind colectarea lenjeriei murdare.	I						
02.11.02.05.03	Verificarea respectării condițiilor de depozitare a lenjeriei este efectuată periodic și este documentată.	I	de facut mv					
02.11.02.05.05	Registrul de autocontrol microbiologic al lenjeriei este completat la zi.	I						
02.11.02.05.06	Există analiza trimestrială a rezultatelor autocontrolului microbiologic al lenjeriei cu recomandări-măsuri corective.	I						
02.11.03.01	Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberonerie).	C						
02.11.03.01.01	Autocontrolul microbiologic al suprafețelor din sectorul alimentar este efectuat conform planificării.	I						
02.11.03.01.03	Graficele de curățenie-dezinfecție curentă, periodică și terminală la nivelul sectorului alimentar sunt respectate.	I						
02.11.03.01.05	Număr probe sanitație cu rezultat pozitiv per număr total probe de sanitație recoltate de pe suprafețe din sectorul alimentar, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.02	Există listă de echipamente de protecție obligatorii, în funcție de activitățile clinice și/sau paraclinice efectuate.	I						

02.11.04.06.06	<i>Spitalul asigură echipamentul suplimentar de protecție al personalului, utilizat în cazul identificării de pacienți cu potențial infecto-contagios și verifică utilizarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
02.12.01.04	<i>Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.</i>	<i>C</i>						
02.12.01.04.04	<i>Personalul este instruit anual cu privire la identificarea corectă a pacienților.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.02	<i>Informarea și educarea pacientului/aparținătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.</i>	<i>C</i>						
02.12.07.02.03	<i>Există analiza semestrială a cazurilor cu risc de cădere.</i>	<i>I</i>						
03.03.01.02	<i>Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.</i>	<i>C</i>						
03.03.01.02.03	<i>Spitalul instruieste anual personalul medical în legătură cu reglementările care stabilesc limitarea practicii la propria specialitate.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 11 - Managementul calității (atribuțiile SMC)

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef Structură Managementul Calității + membri structurii

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 11

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.01.02.02	Planul strategic vizează îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.	C						
01.01.02.02.01	Obiectivele și indicatorii de calitate, din Planul strategic, sunt reflectați în rezultatele obținute.	I						
01.01.02.02.02	Obiectivele și indicatorii privind siguranța pacienților, din Planul strategic, sunt reflectați în rezultatele obținute.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.	I						
01.04.03.01.02	Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.	I						
01.05.03.02	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permit eficientizarea activității în spital.	C						
01.05.03.02.01	Există proceduri operaționale pe categorii de activități.	I	care cuprind recomandări cu privire la completarea corectă a documentelor, colectarea și transmiterea datelor în vederea prelucrării pentru evaluarea eficienței activității.					
01.05.03.02.03	Există persoane desemnate pentru verificarea documentelor conform planificării prealabile.	I						
01.06.03.02	Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării.	C						
01.06.03.02.04	Număr reclamații cu privire la aspecte de comunicare cu pacienții, înregistrate în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
01.07.01.02	Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.	C						
01.07.01.02.04	Activitatea SMC este reglementată.	I						

01.07.01.03	Structura de management al calității serviciilor coordonează procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate.	C					
01.07.01.03.01	Persoanele nominalizate în procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului sunt instruite în managementul calității serviciilor.	I					
01.07.01.03.02	Sunt identificate activitățile critice care pot determina întârzieri în realizarea obiectivelor din planul de îmbunătățire a calității serviciilor, în vederea sincronizării acestora.	I					
01.07.01.03.03	Există analiza modului de respectare a termenelor de realizare a activităților în vederea identificării cauzelor de întârziere și adoptării măsurilor în consecință.	I					
01.07.01.03.04	Spitalul are reglementată activitatea de autoevaluare a calității serviciilor.	I					
01.07.01.03.05	Există autoevaluări realizate pentru monitorizarea implementării managementului calității.	I					
01.07.01.03.08	Procedurile și protocoalele utilizate în spital sunt codificate unitar.	I					
01.07.01.03.09	În planul de management al calității se regăsesc obiectivele specifice îmbunătățirii calității din planul de management al spitalului.	I					
01.07.01.03.10	Structura de management al calității serviciilor evaluează nivelul de conformitate a respectării procedurilor și a protocoalelor aprobate, la nivelul tuturor sectoarelor de activitate din spital.	I					
01.07.01.03.11	Structura de management al calității serviciilor întocmește și difuzează rapoarte anuale cu privire la nivelul de conformitate a reglementărilor/procedurilor/protocoalelor.	I					
01.07.01.04	Spitalul se preocupă de certificarea de calitate a activităților desfășurate.	C					
01.07.01.04.01	Spitalul monitorizează condițiile de menținere a certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate.	I					
01.07.02.01	Spitalul are stabilite și urmărește respectarea principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate.	C					
01.07.02.01.02	Consilierul de etică respectă planificarea activității de consiliere.	I					
01.07.02.02	Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital.	C					

01.07.02.02.02	<i>Tematica pentru instruirea angajaților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului este diferențiată pe categorii de personal.</i>	<i>I</i>						
01.07.02.02.04	<i>Spitalul are un program de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/apartenenții.</i>	<i>I</i>						
01.07.03.01	<i>Planificarea anuală a activităților SMC asigură conformarea la cerințele standardelor de acreditare.</i>	<i>C</i>						
01.07.03.01.01	<i>Există planificare a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare.</i>	<i>I</i>						
01.07.03.01.02	<i>Structura de management al calității evaluează periodic stadiul implementării managementului calității în spital, prin fișa de auto-evaluare.</i>	<i>I</i>						
01.07.03.01.03	<i>Există plan de conformare la cerințele standardelor de acreditare rezultat în urma evaluării.</i>	<i>I</i>						
01.07.03.02	<i>Planul de acțiuni pentru implementarea managementul calității serviciilor și siguranței pacienților este asumat de către conducerea unității.</i>	<i>C</i>						
01.07.03.02.02	<i>Există decizie de înființare a comisiei e coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților.</i>	<i>I</i>						
01.07.03.02.03	<i>Conducerea spitalului asigură resurse pentru realizarea fiecărui obiectiv din programul de management al calității și siguranței pacienților.</i>	<i>I</i>						
01.07.03.03	<i>SMC monitorizează implementarea planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților.</i>	<i>C</i>						
01.07.03.03.01	<i>Planul anual de activitate al structurii de management al calității serviciilor este respectat.</i>	<i>I</i>						
01.07.03.03.02	<i>Sistemul de raportare și analiză a evenimentelor interne și externe spitalului, care afectează siguranța pacienților (evenimente santinelă, evenimente adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului - "near miss") este reglementat.</i>	<i>I</i>						
01.07.03.03.03	<i>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").</i>	<i>I</i>						

01.07.03.03.04	Evenimentele adverse produse în spital sunt raportate A.N.M.C.S. la termen.	I	indicator care îl dă Horia Suci din monitorizare					
01.07.03.03.05	Indicatorii de monitorizare a nivelului de implementare a standardelor de acreditare, solicitați de către A.N.M.C.S., sunt raportați la termen.	I						
01.07.03.04	Pe baza recomandărilor SMC spitalul ia măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.	C						
01.07.03.04.01	Sunt stabiliți responsabili pentru respectarea planului de conformare elaborat de SMC.	I						
01.07.03.04.02	Sunt asigurate resursele necesare respectării planului de conformare elaborat de SMC.	I						
01.07.04.01	Spitalul elaborează și actualizează periodic chestionare de satisfacție a pacienților.	C						
01.07.04.01.01	Spitalul utilizează chestionare de satisfacție a pacienților.	I						
01.07.04.01.02	Chestionarul de satisfacție a pacienților este disponibil pentru toți pacienții care beneficiază de servicii spitalicești.	I	interviu pacienți dacă au primit chestionar					
01.07.04.01.03	Analiza obiectivității evaluării nivelului de satisfacție al pacienților prin utilizarea chestionarelor de satisfacție este realizată anual.	I						
01.07.04.01.04	Modalitatea de aplicare a chestionarului de satisfacție a pacienților asigură anonimatul pacientului.	I						
01.07.04.01.06	Chestionarul de satisfacție al pacientului cuprinde întrebări cu privire la calitatea comunicării.	I						
01.07.04.01.07	Chestionarul de evaluare a satisfacției pacienților conține întrebări privind aspectul lenjeriei și al efectelor de spital pentru pacienți.	I						
01.07.04.01.08	Chestionarul de evaluare a satisfacției pacienților conține întrebări privind calitatea hranei și a serviciului de distribuire.	I						
01.07.04.01.09	Chestionarul de evaluare a satisfacției pacienților conține întrebări referitoare la ambientul spitalului.	I						
01.07.04.02	SMC analizează sistematic informațiile rezultate din prelucrarea chestionarelor și emite recomandări.	C						
01.07.04.02.01	La nivelul structurii de management al calității există analiză lunară a chestionarelor de satisfacție a pacienților.	I						
01.07.04.02.02	SMC respectă planificarea analizei informațiilor rezultate din prelucrarea chestionarele de satisfacție a pacienților	I						

01.07.04.02.03	Recomandările de îmbunătățire a calității serviciilor rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților se regăsesc în planul de îmbunătățire a calității.	I						
01.07.04.03	Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.	C						
01.07.04.03.01	Modul de gestionare a reclamațiilor este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.07.05.02	Rezultatele evaluărilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activităților.	C						
01.07.05.02.01	SMC analizează anual rezultatele evaluărilor proceselor derulate în spital și propune măsuri.	I						
01.07.05.02.02	Implementarea recomandărilor SMC pentru eficientizarea activităților este monitorizată.	I						
01.08.01.01	Managerii de la toate nivelurile au organizat identificarea, analiza și tratarea riscurilor.	C						
01.08.01.01.01	Spitalul asigură instruirea personalului pentru managementul riscurilor.	I						
01.08.01.01.04	Comisia de gestionare a riscurilor la nivelul spitalului este funcțională.	I						
01.08.01.01.05	Activitățile cu risc de siguranță al pacienților sunt reglementate.	I						
01.08.01.02	Spitalul are un registru al riscurilor și monitorizează eficacitatea măsurilor de prevenție.	C						
01.08.01.02.01	Identificarea riscurilor este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.08.01.02.02	Riscurile neclinice identificate în spital sunt înregistrate în Registrul unic al riscurilor.	I						
01.08.01.02.03	Registrul unic al riscurilor este actualizat anual.	I						
01.08.01.03	Managementul spitalului efectuează analizele de risc pe tipuri, probabilitate de materializare și impact și adoptă măsuri dedicate.	C						
01.08.01.03.01	Gradul riscurilor identificate la nivelul sectoarelor de activitate sunt estimat.	I						
01.08.01.03.02	La nivelul sectoarelor de activitate se calculează riscul rezidual după aplicarea modalităților de tratare.	I						
01.08.01.03.04	Spitalul monitorizează implementarea măsurilor de diminuare a riscurilor.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.03	Spitalul stimulează raportarea voluntară a elementelor indezirabile, analiza și urmărirea măsurilor pentru evitarea acestora.	I						

01.08.02.14	<i>La nivelul managementului spitalului sunt organizate evaluări periodice ale modului de respectare a măsurilor de prevenire a riscurilor fizice si tehnologice.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.14.01	<i>Numări cazuri de vătămări ale pacienților cauzate de infrastructură (tavan căzut, pat rupt, traume prin cădere, alunecare etc) per numar de cazuri externate în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.14.02	<i>Numări cazuri de vătămări ale personalului datorate infrastructurii (tavan căzut, pat rupt, traume prin cădere, alunecare etc) per numar de cazuri externate în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.05	<i>Instituția asigură și își asumă calitatea sterilizării.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.05.01	<i>Modul de desfășurare al activităților legate de procesul de sterilizare este reglementat la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.01	<i>Instituția evaluează și îmbunătățește constant condițiile hoteliere.</i>	<i>C</i>						
01.09.02.01.01	<i>Spitalul analizează și prelucrează datele referitoare la condițiile hoteliere rezultate din chestionarul de satisfacție a pacientului.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.01.02	<i>Spitalul analizează și prelucrează datele referitoare la curățenie rezultate din chestionarul de satisfacție a pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.03.04.03	<i>Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.03.04.03.04	<i>Satisfacția pacienților legată de aplicarea planului de îngrijire este monitorizată.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.01	<i>Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.</i>	<i>C</i>						
02.05.02.01.01	<i>Structura de management al calității monitorizează continuu rezultatele controlului intern și extern de calitate al laboratorului clinic.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.03	<i>Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.</i>	<i>C</i>						
02.05.02.03.10	<i>Rata de confirmarea diagnosticelor prezumtive, care au făcut obiectul solicitărilor de investigații de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, este analizată semestrial de SMC împreună cu Consiliul medical.</i>	<i>I</i>						

02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	C						
02.11.04.01.01	În registrul riscurilor sunt înscrise activitățile de asistență medicală cu risc infecțios.	I						
02.11.04.01.02	Sunt adoptate măsuri pentru reducerea nivelului de risc infecțios asociat fiecărei activități.	I						
02.12.01.01	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.	C						
02.12.01.01.01	Comisia de gestionare a riscurilor (CGR) analizează situațiile identificate cu risc clinic și le propune pentru înregistrate în Registrul riscurilor.	I						
02.12.01.01.04	Măsurile de diminuare a riscurilor sunt evaluate anual.	I						
02.12.01.01.05	Personalul medical este instruit anual cu privire la riscurile clinice și măsurile pentru prevenirea lor.	I						
02.12.01.02	Spitalul dezvoltă și implementează un sistem de gestionare a evenimentelor santinelă.	C						
02.12.01.02.01	Managementul evenimentelor santinelă este reglementat.	I						
02.12.01.02.02	Evenimentele santinelă sunt identificate, analizate și prelucrate la nivelul personalului medical.	I						
02.12.01.02.03	Managementul evenimentelor santinelă include analiza cauzelor generatoare.	I						
02.12.01.02.04	Există o analiză a rezultatelor obținute prin aplicarea măsurilor de diminuare a riscului de repetare a evenimentelor santinelă.	I						
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").	C						
02.12.01.03.02	Spitalul are o evidență actualizată a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").	I						
02.12.01.03.03	Evenimentele adverse și cele cu potențial de afectare a pacientului ("near miss") sunt analizate din punct de vedere al cauzelor generatoare (RCA).	I						
02.12.01.03.04	Există analiza anuală a evenimentelor adverse proprii și a celor identificate de alte entități, cu potențial de afectare a pacientului ("near miss"), realizată de către RMC împreună cu șefii de departamente.	I						

02.12.01.03.06	Măsurile adoptate ca urmare a unui eveniment advers sau cu potențial de afectare a pacientului ("near miss"), sunt comunicate personalului.	I						
02.12.01.03.07	Rezultatele obținute prin aplicarea măsurilor de anticipare a factorilor favorizanți și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss") sunt similare cu cele estimate.	I						
02.12.01.03.08	Rezultatele obținute prin aplicarea măsurilor generate de analiza evenimentelor care afectează siguranța pacienților, evenimente adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss"), sunt similare cu cele estimate.	I						
02.12.01.03.09	Există o metodă de încurajare a personalului spitalului pentru raportarea benevolă a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.02	Dubla identificare a pacientului este monitorizată de către membrii structurii de management al calității.	I						
02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.	C						
02.12.02.05.11	Evenimentele adverse legate de administrarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt raportate voluntar, analizate și se iau măsuri pentru evitarea altor incidente similare.	I						
02.12.02.05.12	Număr evenimente adverse la administrarea soluțiilor concentrate de electroliți per număr de pacienți cărora li s-au administrat soluții de electroliți, pe an.	I						
02.12.06.01	Laboratorul clinic identifică și evaluează riscurile microbiologice.	C						
02.12.06.01.01	Riscurile microbiologice identificate la nivelul laboratorului sunt înregistrate în registrul riscurilor de la nivelul spitalului.	I						
02.13.01.03	Structurile funcționale ale spitalului, cu atribuții în implementarea și monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale, respectă modalitățile de lucru stabilite specific.	C						
02.13.01.03.03	La nivelul spitalului este organizată o modalitate de raportare a suspiciunilor de reacții adverse și, după caz, a erorilor/incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale, a reacțiilor adverse sau a celor asociate transfuziei.	I						

02.13.01.03.04	Completarea și transmiterea formularelor de raportare a reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale sunt reglementate și respectate.	I						
02.13.01.03.05	Există evidența reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale.	I						
02.14.01.01	Misiunile de audit clinic intern sunt planificate anual.	C						
02.14.01.01.01	Planul anual de audit clinic are ca obiective evaluarea eficacității și eficienței protocoalelor diagnostice și terapeutice.	I						
02.14.01.01.02	Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic este reglementată.	I						
02.14.01.02	Echipa de audit clinic este parte funcțională a structurii de management al calității.	C						
02.14.01.02.01	Auditul clinic este coordonat de către structura de management al calității.	I						
02.14.01.02.02	Echipa de audit clinic are în componență un reprezentant al structurii de management al calității și câte un specialist, din fiecare specialitate în care spitalul acordă servicii medicale.	I						
02.14.01.02.03	Membrii echipei de audit clinic au urmat un curs de formare în domeniul auditului clinic.	I						
02.14.01.03	În situațiile în care se produc evenimentele indezirabile, echipa de audit clinic propune conducerii spitalului misiuni suplimentare.	C						
02.14.01.03.01	Spitalul are reglementată modalitatea de identificare, analiză și raportare a evenimentelor indezirabile.	I						
02.14.01.03.02	Număr de evenimente indezirabile raportate, pe an.	I						
02.14.01.03.03	Număr de misiuni suplimentare de audit realizate per număr de evenimente indezirabile identificate, pe an.	I						
02.14.02.01	Recomandările rezultate în urma auditului clinic sunt utilizate pentru îmbunătățirea protocoalelor de diagnostic și tratament.	C						
02.14.02.01.01	Număr de protocoale de diagnostic și tratament auditate per număr total de protocoale de diagnostic și tratament utilizate, în ultimul an calendaristic.	I						
02.14.02.01.02	Număr de protocoale de diagnostic și tratament revizuite per număr de protocoale de diagnostic și tratament auditate, în ultimul an calendaristic.	I						
02.14.02.01.03	Număr măsuri adoptate per număr recomandări rezultate în urma auditului clinic, în ultimul an calendaristic.	I						

02.14.02.02	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.	C						
02.14.02.02.01	Există analiză anuală a rezultatelor obținute prin utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
03.01.01.02	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.	C						
03.01.01.02.01	Cunostințele și practica personalului medical în legătură cu obținerea consimțământului informat sunt evaluate anual, analizate și se iau măsuri, după caz.	I						
03.01.01.02.02	Procedurile instituționale legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile obținerii consimțământului informat sunt evaluate anual, analizate și se iau măsuri, după caz.	I						
03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.03.02	Spitalul identifică și analizează vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat.	I						
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.06	Reglementările interne legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale sunt evaluate și analizate, luându-se măsuri în consecință.	I						
03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	C						
03.01.02.03.02	Spitalul identifică și analizează vulnerabilitățile referitoare la respectarea confidențialității datelor pacienților.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 12-Suport decizional medical

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

75
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

director medical
(concurs/interimar)/coordonatorul activității
medicale pe întreg spitalul + membri consiliu

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acestuia

LISTA DE VERIFICARE NR. 12

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.01.01.01	<i>Organizația a realizat/utilizat o analiză privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit.</i>	<i>C</i>						
01.01.01.01.01	<i>Există analiza documentată privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire.</i>	<i>I</i>	se cere docum care a stat la baza analizei					
01.01.01.01.02	<i>Există analiza documentată a pieței serviciilor de sănătate din zona de acoperire.</i>	<i>I</i>						
01.06.02.02	<i>Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.</i>	<i>C</i>						
01.06.02.02.01	<i>Situațiile medicale cu risc care necesită comunicare specifică sunt definite.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.01	<i>Spitalul evaluează grupurile populaționale de pacienți cu particularități clinico-biologice pentru a identifica și satisface nevoile, patologiile specifice.</i>	<i>C</i>						
02.01.01.01.01	<i>Spitalul are identificate nevoile grupurilor populaționale cu particularități clinico-biologice.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.01.04	<i>Spitalul analizează în dinamică necesarul de resurse pentru menținerea gradului de competență al spitalului sau îmbunătățirea acestuia.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02	<i>Spitalul a identificat patologiile pentru care dispune de resurse.</i>	<i>C</i>						
02.01.01.02.02	<i>Spitalul are evidența anuală privind cauzele de transfer în alte unități sanitare.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.03	<i>Există raport anual al Consiliul medical privind actualizarea nivelului de competență al spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.01	<i>Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.</i>	<i>C</i>						

02.01.03.01.01	Există un număr minim de paturi disponibile pentru urgențe stabilit în funcție de rata medie lunară a urgențelor.	I	(1)este stabilită "rata medie lunară a urgențelor", (2)este stabilit nr.minim de paturi disponibile, (3)este utilizată "rata" pt stabilirea nr.minim de paturi disponibile, (4)este respectată rezervarea numărului minim de paturi disponibile					
02.01.03.01.03	Există analiză a timpului și modalității de răspuns a echipei medicale în situații de urgență.	I						
02.01.03.02	Personalul medical angajat în unitatea de primiri urgențe/compartimentul de primiri urgențe (UPU/CPU) este calificat conform prevederilor legale și este instruit periodic în special în ce privește atitudinea în urgențele cu o incidență mai scăzută.	C						
02.01.03.02.02	Spitalul are evidența urgențelor cu incidență scăzută care necesită simulare periodică pentru menținerea capacității de reacție.	I						
02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.	C						
02.01.03.03.05	Timpul de prezentarea la solicitare a medicilor specialiști de pe secții, în UPU/CPU/CG este analizat de către Consiliu medical.	I						
02.01.03.03.09	Există evaluare a costului mediu al investigațiilor efectuate în UPU/CPU/camera de gardă per pacient neinternat.	I						
02.02.01.01	În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.	C						
02.02.01.01.02	Consiliul medical evaluează lunar respectarea criteriilor pentru stabilirea modalității de rezolvare a cazului, pe baza analizelor efectuate de către șefii de secție.	I						
02.02.01.03	Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.02.01.03.01	Spitalul are stabilite criterii de recunoaștere a rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare.	I						

02.02.01.03.04	Consiliul medical evaluează respectarea reglementărilor privind recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare.	I						
02.02.02.03	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.	C						
02.02.02.03.02	Spitalul are elaborate protocoale pentru terapia durerii.	I						
02.02.02.03.03	Farmacistul clinician este implicat în elaborarea protocoalelor pentru terapia durerii.	I						
02.02.02.03.04	Există analiză semestrială a cazurilor care au necesitat management al durerii.	I						
02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	C						
02.03.02.01.01	Spitalul are definite situațiile care necesită abordare multidisciplinară.	I						
02.03.02.01.02	Spitalul are reglementată modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe.	I						
02.03.02.03	A doua opinie medicală este analizată și utilizată de către spital pentru îmbunătățirea practicii medicale.	C						
02.03.02.03.01	Spitalul are reglementată activitatea privind solicitarea pacientului pentru o "a doua opinie medicală".	I						
02.03.02.03.02	Spitalul are analiză anuală a rezultatelor serviciilor solicitate de pacient ca "a doua opinie medicală".	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.07	Există analiză anuală a cazurilor externate, consecință a lipsei resurselor necesare rezolvării acestora.	I						
02.03.05.01	Spitalul stabilește datele necesare a fi culese, consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării.	C						
02.03.05.01.01	Există nomenclator de date colectate în vederea realizării analizelor semestriale și anuale.	I						
02.03.05.01.02	Există analiză anuală a nomenclatorului de date, în funcție de necesități.	I						
02.05.01.01	Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.	C						
02.05.01.01.07	Solicitările investigațiilor de laborator sunt însoțite de setul minim de date clinice, stabilit de către medicii clinicieni și specialiștii din laborator.	I						
02.05.01.02	Specialiștii din serviciile paraclinice fac parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe.	C						
02.05.01.02.01	Este reglementat la nivelul spitalului, modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în echipa multidisciplinară.	I						

02.05.01.02.02	Spitalul are identificate situațiile în care medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiștilor din serviciile paraclinice.	I						
02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	C						
02.05.02.01.02	În spital există rapoarte de monitorizare a neconformităților aferente activității laboratorului, inclusiv cele datorate recoltării/pregătirii pacientului pentru investigații.	I						
02.05.02.01.07	Spitalul analizează activitatea serviciilor paraclinice utilizând și chestionare referitoare la serviciile paraclinice, completate de către medicii specialiști și asistentele medicale din spital.	I						
02.05.02.03	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.	C						
02.05.02.03.01	Sunt stabilite indicațiile de investigații paraclinice pentru fiecare patologie sau asocieri de patologii, conform competenței asumate de către spital.	I						
02.05.02.03.02	Există o analiză trimestrială a corelării între patologiiile pacienților și solicitările medicului clinician pentru investigații paraclinice.	I	analiza este făcută pe baza celor asumate de către spital - "indicațiile de investigații paraclinice... conform competenței asumate de către spital."					
02.05.02.03.06	Există analiza semestrială a investigațiilor respinse/eșuate ca urmare a modului deficitar de pregătire prealabilă a pacienților, efectuată de către Consiliul medical.	I						
02.05.02.03.10	Rata de confirmarea diagnosticelor prezumtive, care au făcut obiectul solicitărilor de investigații de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, este analizată semestrial de SMC împreună cu Consiliul medical.	I						
02.07.02.02	Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată și îmbunătățită constant.	C						
02.07.02.02.02	Eficiența practicii de radioterapie/medicină nucleară este analizată semestrială la nivelul Consiliului medical.	I						
02.09.01.02	Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației.	C						

02.09.01.02.02	Farmacistul clinician face parte din echipa de elaborare a protocoalelor terapeutice.	I						
02.09.01.02.04	Farmacistul clinician participă la analiza anuală a bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor, efectuată de către Consiliul medical.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.05	Consiliul medical informează medicii prescriptori și farmacia despre apariția și oportunitatea utilizării de noi medicamente.	I						
02.10.01.02	Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitățile de lucru.	C						
02.10.01.02.02	Există evaluare anuală a respectării bunelor practici privind utilizarea antibioticelor.	I						
02.10.04.02	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.	C						
02.10.04.02.03	Datele de monitorizare a antibioticorezistenței sunt analizate semestrial de către Consiliul Medical împreună cu responsabilii implicați în controlul infecțiilor asociate asistenței medicale.	I						
02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.	C						
02.10.05.01.01	În protocolul privind buna practică de utilizare a antibioticelor există precizări referitoare la antibioticorezistența locală și specificul patologiei tratate.	I						
02.10.05.01.03	Spitalul a stabilit intervențiile, procedurile și manevrele care necesită antibioticoprofilaxie.	I						
02.10.05.02	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.	C						
02.10.05.02.02	Există analiză semestrială a consumului de antibiotice (exprimat în DDD) per medic, pe baza datelor furnizate de către farmacie.	I						
02.12.01.01	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.	C						

02.12.01.01.02	Categoriile de pacienți cu risc sunt identificate, codificate și semnalizate vizibil pentru personalul spitalului.	I						
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").	C						
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").	I						
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.	C						
02.12.02.02.01	Spitalul are stabilită o listă de medicamente cu risc înalt.	I						
02.12.02.02.03	Există analiză, cel puțin semestrială a consumului de medicamente cu risc înalt.	I						
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.	C						
02.12.03.01.01	Există un set minim de informații/date medicale, obligatoriu de transmis la predarea pacientului, stabilit de Consiliul medical.	I						
02.12.03.01.02	Situațiile de predare-preluare a pacientului sunt identificate.	I						
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.	C						
02.12.04.01.02	Cerințele din listele de verificare a procedurilor chirurgicale și anestezice sunt analizate anual și adaptate bunelor practici din spital.	I						
02.12.04.02	În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice.	C						
02.12.04.02.02	Respectarea protocoalelor chirurgicale și anestezice este monitorizată de către Consiliul medical.	I						
02.12.05.02	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimum de expunere și delimitarea precisă a zonei.	C						
02.12.05.02.01	Există analiza semestrială la nivelul Consiliului medical a calității imaginilor radiologice.	I						
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.	C						

02.12.05.03.05	Consiliul medical reevaluează periodic tehnicile de tratament utilizate în radioterapie pentru asigurarea creșterii gradului de radioprotecție.	I						
02.12.05.03.06	Există o analiză semestrială la nivelul Consiliului medical cu privire la rezultatele de etapă în radioterapie.	I						
02.12.07.01	Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor.	C						
02.12.07.01.01	Există evidența patologiilor generatoare de risc de cădere.	I						
02.12.07.06	La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.	C						
02.12.07.06.03	Există analiza anuală a ratei de supraviețuire a tuturor pacienților care au fost transplantați în spital, pe fiecare patologie în parte.	I						
02.13.01.03	Structurile funcționale ale spitalului, cu atribuții în implementarea și monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale, respectă modalitățile de lucru stabilite specific.	C						
02.13.01.03.07	Personalul medical este informat cu privire la reacțiile adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale interne sau externe spitalului, înregistrate și transmise comunității medicale.	I						
02.13.02.01	Prescrierea sângelui și derivatelor se face conform Ghidului Național de utilizare terapeutică rațională a sângelui și a componentelor sanguine umane.	C						
02.13.02.01.01	Spitalul are definite patologiile pentru care utilizează protocoale specifice de transfuzie.	I						
02.13.02.03	Spitalul asigură necesarul de sânge total și componente sanguine, luând în considerare dinamica morbidității spitalizate, și monitorizează consumul și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	C						
02.13.02.03.01	Există analiza consumului de sânge total și componente sanguine, comparativă pentru ultimii 5 ani sau, după caz, din anul calendaristic încheiat	I						
02.14.02.02	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.	C						
02.14.02.02.01	Există analiză anuală a rezultatelor obținute prin utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						

02.14.02.02.02	<i>Spitalul are stabiliți indicatori de monitorizare a eficienței și eficacității utilizării protocoalelor de diagnostic și tratament.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01	<i>Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.</i>	<i>C</i>						
03.01.02.01.04	<i>Situația în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate este reglementată.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01.05	<i>Cunoștințele și atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale sunt evaluate și analizate anual, luându-se măsuri în consecință.</i>	<i>I</i>						
03.02.03.02	<i>Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care sunt angajați ai spitalului.</i>	<i>C</i>						
03.02.03.02.02	<i>Spitalul analizează anual cazurile pentru care a fost solicitată "a doua opinie medicală".</i>	<i>I</i>						
03.02.03.02.03	<i>Există măsuri adoptate în urma analizei anuale privind cazurile în care a fost solicitată "a doua opinie medicală".</i>	<i>I</i>						
03.03.02.02	<i>Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.</i>	<i>C</i>						
03.03.02.02.01	<i>Spitalul definește situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale, în afara specialității.</i>	<i>I</i>						
03.03.02.02.02	<i>Spitalul stabilește specialitățile și gradul profesional pentru care este permisă depășirea competențelor medicale, în limitele protocoalelor de practică.</i>	<i>I</i>						
03.03.02.02.04	<i>Există analiză anuală a situațiilor privind depășirea competențelor medicale.</i>	<i>I</i>						
03.03.02.02.05	<i>Există măsuri rezultate din analiza anuală a situațiilor privind depășirea competențelor medicale.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 13-Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

75
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator + membri SPLIAAM/CPLIAAM

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

SPLIAAM/CPLIAAM

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 13

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.04.03.01	<i>Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.</i>	<i>C</i>						
01.04.03.01.01	<i>Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.</i>	<i>I</i>						
01.04.03.01.02	<i>Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.35	<i>Disponerea saloanelor în clădire ține cont de asigurarea circuitelor la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.59	<i>Controlul calității aerului se face conform reglementărilor legale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.77	<i>Calitatea apei reziduale este verificată și sunt adoptate măsuri în consecință.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09	<i>Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.09.08	<i>Curățirea și/sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de contaminare biologică, este efectuată de personal instruit și protejat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.09	<i>Spațiile generate de plafoanele false casetate sunt igienizate, dezinfectate, dezinsectate și deratizate, anual, pe baza unui plan.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.10	<i>Dezinsecția și deratizarea este executată conform reglementărilor în vigoare, pe baza unui plan aprobat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.11	<i>Încărcătura microbiologică din filtrele aparaturii de ventilație și aer condiționat, din toate spațiile spitalului, este verificată conform planificării.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.01.15	<i>Există rezerve cu dotări speciale pentru pacienții cu patologie specifică, care necesită izolare.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07	<i>Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.</i>	<i>C</i>						

01.09.01.07.12	<i>SPLIAAM verifică prin sondaj triajul personalului din serviciul de bucătărie.</i>	<i>I</i>						
02.09.02.02	<i>Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.</i>	<i>C</i>						
02.09.02.02.14	<i>Sterilitatea soluțiilor preparate în farmacie este verificată biologic.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01	<i>Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.</i>	<i>C</i>						
02.10.01.01.01	<i>Spitalul are medic epidemiolog și/sau boli infecțioase.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01.02	<i>Comitetul de prevenire a I.A.A.M. are prevăzute atribuții cu privire la supravegherea consumului de antibiotice în spital.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01.04	<i>Este respectat un planul de acțiune pentru supravegherea, prevenirea și limitarea IAAM.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01.07	<i>Există listă cu antibiotice oprite temporar de la utilizare în urma analizei anuale a sensibilității la antibiotice a microorganismelor identificate la pacienți.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01.08	<i>Există listă cu antibiotice pentru antibioprolaxie, recomandată de SPLIAAM/CPLIAAM, pe baza analizei anuale a sensibilității la antibiotice a microorganismelor identificate la pacienți.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.02	<i>Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitățile de lucru.</i>	<i>C</i>						
02.10.01.02.01	<i>Există procedură de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.02.03	<i>Spitalul are stabilite pentru utilizarea antibioticelor și alte modalități de monitorizare și control.</i>	<i>I</i>						
02.10.02.01	<i>Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute și rezultatului antibiogrammei, după caz.</i>	<i>C</i>						
02.10.02.01.02	<i>Elaborarea protocoalelor privind bunele practici în utilizarea antibioticelor sunt realizate împreună cu medicul infecționist.</i>	<i>I</i>						
02.10.02.01.05	<i>Număr total pacienți tratați cu antibiotice per număr total pacienți cu evidență de infecție bacteriană, pe lună.</i>	<i>I</i>						
02.10.02.01.06	<i>Număr total pacienți tratați cu antibiotice conform antibiogrammei per număr total de pacienți tratați cu antibiotice, pe lună.</i>	<i>I</i>						

02.10.02.01.07	Număr de pacienți care au primit antibiotic profilactic per număr de pacienți internați, pe lună în secțiile cu profil de chirurgie.	I						
02.10.04.01	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate a investigațiilor pentru detectarea antibioticorezistenței.	C						
02.10.04.01.03	Identificarea tulpinilor de microorganisme producătoare de enzime inhibitorii de antibiotice (ESBL, MRSA etc.) este menționată cu atenționare în rezultatele antibiogramelor.	I						
02.10.04.01.05	Laboratorul clinic monitorizează tendința de evoluție a bacteriilor multidrog rezistente (MDR).	I						
02.10.04.01.08	Număr total de atenționări consemnate privind antibioticorezistența per număr total de tulpini izolate cu rezistență cu risc înalt (ex. tulpini producătoare de ESBL, carbapenemaze etc), pe lună, pe secție.	I						
02.10.04.02	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.	C						
02.10.04.02.01	Laboratorul de microbiologie comunică secțiilor, SPLIAAM/CPLIAAM, farmaciei și managementului spitalului rezultatele monitorizării epidemiologice.	I						
02.10.04.02.02	Laboratorul de microbiologie informează secțiile, farmacia și SPLIAAM/CPLIAAM cu privire la schimbările profilului antibioticorezistenței în spital.	I						
02.10.05.02	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.	C						
02.10.05.02.01	Înregistrările permit stabilirea trasabilității și verificarea respectării prevederilor protocoalelor, prescrierii și consumului de antibiotice pentru fiecare medic.	I						
02.10.05.02.04	Există date privind evoluția consumului de antibiotice, ca urmare a măsurilor adoptate, la nivelul secției.	I						
02.10.05.02.05	Număr de cazuri cu infecții cu bacterii antibioticorezistente, analizate trimestrial per număr de cazuri cu infecții bacteriene, tratate.	I						
02.11.01.01	Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						

02.11.01.01.01	Există decizie de constituire al Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.	I						
02.11.01.01.02	Responsabil al politicii de utilizare a antibioticelor este desemnat un medic specialist boli infecțioase.	I						
02.11.01.01.03	Responsabil al politicii de utilizare a antibioticelor este desemnat un medic clinician care a absolvit un curs de perfecționare profesională în domeniu.	I	(1) în cazul în care există un medic specialist boli infecțioase numit responsabil al politicii de utilizare a antibioticelor atunci acest indicator se va marca ca N/A, (2) în cazul în care nu există responsabil al politicii de utilizare a antibioticelor - nici medic specialist boli infecțioase, nici medic clinician - atunci acest indicator se va marca cu - 10					
02.11.01.01.04	Spitalul are realizată "Harta punctelor și segmentelor de risc", cu identificarea zonelor și a practicilor medicale cu risc infecțios (riscuri structurale și funcționale).	I						
02.11.01.01.05	Protocolul de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale este distribuit secțiilor și sectoarelor de activitate ale spitalului.	I						
02.11.01.01.06	Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale este aprobat și respectat.	I						
02.11.01.01.07	Plan de acțiune dezinsecție-dezinsecție-deratizare pe spital, pe anul în curs, elaborat și aprobat este respectat.	I						
02.11.01.02	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.02.02	Există fundamentarea nevoii de biocide și materiale necesare de prevenire a IAAM, realizată de SSPLIAAM/CSPLIAAM.	I						

02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.01	Este înființat registrul de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale.	I						
02.11.01.03.09	Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale analizează lunar toate cazurile de IAAM cu microorganisme multirezistente.	I						
02.11.01.03.10	Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale are analiză semestrială a respectării procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a IAAM și adoptă măsuri în consecință.	I						
02.11.01.03.11	Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat de spital, prevede planul de acțiune, responsabilii, indicatorii și resursele necesare îndeplinirii acestuia.	I						
02.11.01.03.12	Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat de spital, prevede instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia.	I						
02.11.01.03.13	Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat de spital, este evaluat și revizuit anual.	I						
02.11.01.03.14	Personalul medical este instruit pentru abordarea pacienților care necesită asigurarea microclimatului de "zona curată".	I						
02.11.01.03.16	Număr probe sanitație mâini, cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini, recoltate din fiecare sector de lucru, pe an.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.02	Spitalul reglementează condițiile de desfășurare a activității în "zonele curate".	I						
02.11.02.01.05	Spitalul definește și respectă circuitele personalului, pacienților și materialelor sanitare / instrumentarului în blocul operator / sala de nașteri / spațiile în care se fac <u>intervenții invazive</u> .	I						
02.11.02.01.06	Există analize trimestriale și/sau de necesitate a disfuncționalităților și neconformităților identificate în urma monitorizării respectării reglementărilor pentru prevenirea și limitarea IAAM.	I						

02.11.02.01.07	Există analize trimestriale a rezultatelor probelor de sterilitate a apei din barbotorul pentru administrarea oxigenului.	I						
02.11.02.01.08	Controlul bacteriologic al suprafețelor și a inventarului moale este reglementat.	I						
02.11.02.01.09	Rezultatele controlului bacteriologic al suprafețelor și a inventarului moale este făcut cunoscut persoanelor responsabile, într-o formă scrisă.	I						
02.11.02.01.10	Igienizarea/dezinfectarea/sterilizarea spațiilor/echipamentelor/suprafețelor este reglementată la nivelul spitalului.	I						
02.11.02.01.13	Curățenia / dezinfecția spațiilor și suprafețelor din zonele funcționale de risc foarte înalt și risc funcțional înalt este reglementată, respectată și monitorizată.	I						
02.11.02.01.14	Este testată sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene identificate în urma testelor de sanitație.	I						
02.11.02.01.15	Accesul vizitatorilor/aparținătorilor în spital este reglementat în situațiile cu risc epidemiologic.	I						
02.11.02.02	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează calitatea aerului și adoptă măsuri pentru a limita apariția infecțiilor aerogene.	C						
02.11.02.02.01	Este implementată procedura de monitorizare a încărcăturii microbiene aeriene din încăperi unde există riscuri de colonizare/infectare: săli de operații, săli de pansamente, săli de nașteri, saloane de prematuri etc.	I						
02.11.02.02.04	Număr probe aeromicrofloră cu rezultat pozitiv per număr total probe recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.02.03	Impactul lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital, asupra calității aerului și activității de prevenire și control a infecțiilor nosocomiale este gestionat.	C						
02.11.02.03.02	Planul SSPLIAAM/CSPLIAAM de monitorizare a aeromicroflorei pentru perioada lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital este respectat.	I						
02.11.02.04	Calitatea sterilizării este verificată și supravegheată.	C						
02.11.02.04.20	Calitatea apei utilizate în procesele de spălare-dezinfecție și sterilizare este controlată.	I						
02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	C						
02.11.02.05.04	Flora microbiană, identificată în urma verificării eficienței operațiunilor de dezinfecție/spălare, sterilizare a lenjeriei, este testată din punct de vedere al sensibilității la antibiotice.	I						

02.11.03.01	Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberoneria).	C						
02.11.03.01.02	Portajul de germeni patogeni al personalului angajat în sectorul alimentar este cercetat, gestionat epidemiologic și monitorizat.	I						
02.11.03.02	Respectarea regulilor de siguranță alimentului pentru prevenirea infecțiilor este evaluată.	C						
02.11.03.02.01	SSPLIAAM/CSPLIAAM verifică cunoștințele personalul angajat la sectorul alimentar privind procedurile de curățenie și dezinfecție.	I						
02.11.03.02.02	Există analiză trimestrială a rezultatelor autocontrolului cu recomandări implementate.	I						
02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	C						
02.11.04.01.03	Semnalarea cazurilor posibile/probabile/confirmate cu IAAM (conform Deciziei UE 506 din 2012) către SSPILAAM/CSPLIAAM este reglementată.	I						
02.11.04.01.07	SSPILAAM/CSPLIAAM are evidența centralizată a pacienților colonizați/infectați cu microorganisme multidrorezistente și monitorizează evoluția acestora.	I						
02.11.04.01.08	Există analize documentate, ale SSPLIAAM/CSPLIAAM efectuate în colaborare cu medicii curanți, a cazurilor suspectate de IAAM.	I						
02.11.04.02	Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.	C						
02.11.04.02.03	Riscul epidemiologic al pacienților este evaluat și înscris în FO/documentele medicale de către medicul specialist epidemiolog sau infecționist, după caz.	I						
02.11.04.02.04	Spitalul definește și asigură măsuri de protecție pentru pacienții cu risc epidemiologic.	I						
02.11.04.02.07	Cazurile diagnosticate cu infecții de plagă sunt analizate de SSPLIAAM/CSPLIAAM împreună cu medicii curanți/chirurgi operatori.	I						
02.11.04.02.08	Număr cazuri cu infecții respiratorii după endoscopie traheobronșică per număr cazuri la care s-au efectuat endoscopii traheobronșice, pe an.	I						
02.11.04.02.09	Număr cazuri cu infecții respiratorii după protezare respiratorie per număr cazuri protezate respirator, pe an.	I						

02.11.04.02.10	Număr cazuri cu infecții ale tractului urinar după manevre invazive pe căile urinare per număr cazuri la care s-au efectuat manevre invazive, pe an.	I						
02.11.04.02.11	Număr cazuri cu infecții respiratorii nosocomiale per număr cazuri internate, pe an.	I						
02.11.04.02.12	Număr cazuri cu infecții de plagă operatorie per număr cazuri operate pe semestru, pe an.	I						
02.11.04.02.13	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de Enterobacterii și bacili Gram negativi nefermentativi cu rezistență la carbapeneme per total cazuri de infecție nosocomială depistate, pe an.	I						
02.11.04.02.14	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de Enterobacterii și bacili Gram negativi producătoare de ESBL per total cazuri de infecție nosocomială depistate, pe an.	I						
02.11.04.02.15	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de Clostridium difficile per total cazuri de infecție nosocomială depistate, pe an.	I						
02.11.04.02.16	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de bacterii din specia Enterococcus per total cazuri de infecție nosocomială depistate, pe an.	I						
02.11.04.02.17	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de genul Candida per total cazuri de infecție nosocomială depistate, pe an.	I						
02.11.04.02.18	Număr cazuri cu escare per număr cazuri tratate în secție, pe an.	I						
02.11.04.02.19	Număr cazuri codificate Y95 per număr cazuri cu infecții cu bacterii rezistente la antibioticele de referință, pe an.	I						
02.11.04.02.20	Număr cazuri codificate cu codul Y95 per număr total de cazuri diagnosticate cu infecții cu microorganisme multirezistente, pe an.	I						
02.11.04.02.21	Număr cazuri codificate cu codul Y95 per număr cazuri internate în secție, pe an.	I						
02.11.04.03	Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.04.03.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM pune la dispoziția personalului medico-sanitar instrucțiuni de lucru pentru toate produsele biocide de nivel înalt.	I						

02.11.04.04	<i>SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.04.01	<i>SSPLIAAM/CSPLIAAM verifică planificat și inopinat respectarea regulilor de asepsie și antisepsie în spital.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04.03	<i>Apa sterilă pentru spălarea chirurgicală este controlată microbiologic conform planificării sau ori de câte ori este necesar.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04.06	<i>Există rapoarte la nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM, privind verificarea respectării condițiilor de spălare a mâinilor fără risc de contaminare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04.07	<i>Există rapoarte, la nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM, privind verificarea curățeniei mâinilor personalului medical, cu metode rapide de detectare a nivelului de curățenie.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04.08	<i>Număr probe de sanitație recoltate de pe mâini, cu rezultat pozitiv din total probe sanitație recoltate de pe mâini, pe an.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.05	<i>Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.05.01	<i>Metodologia de identificare și raportare a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial este elaborată și cunoscută de personalul medical.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.05.02	<i>Personalul medico-sanitar este informat și atenționat asupra potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.06	<i>Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.06.01	<i>La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există evidența purtătorilor sănătoși Staphylococcus aureus, pe secții și categorii profesionale.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 14-Managementul financiar-contabil

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

30
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator activitate "financiar-contabilitate"

- C. Altele

ACTIVITATE EXTERNALIZATĂ :
interviu cu managerul/responsabil
contract

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acestuia

LISTA DE VERIFICARE NR. 14

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.04.01.01	<i>Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor comunității deservite sau atragerea de noi consumatori.</i>	<i>C</i>						
01.04.01.01.01	<i>Planul de investiții este efectuat pe baza studiilor de fezabilitate pentru fiecare investiție propusă în parte.</i>	<i>I</i>	<i>(1) există studii de fezabilitate pt fiecare investiție propusă vs (2) corespondența lor cu planul de investiții</i>					
01.04.01.01.03	<i>Există monitorizare a planului de investiții.</i>	<i>I</i>						
01.04.01.02	<i>Spitalul asigură realizarea planului anual de investiții conform bugetului aprobat.</i>	<i>C</i>						
01.04.01.02.01	<i>Investițiile sunt realizate conform planului anual de investiții aprobat.</i>	<i>I</i>						
01.04.01.02.02	<i>Există concordanță între valoarea investiției și bugetul alocat.</i>	<i>I</i>						
01.04.02.01	<i>Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.</i>	<i>C</i>						
01.04.02.01.01	<i>Cheltuielile aferente serviciilor medicale sunt fundamentate pe baza evidenței consumurilor specifice raportate de șefii sectoarelor de activitate.</i>	<i>I</i>						
01.04.03.01	<i>Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.</i>	<i>C</i>						
01.04.03.01.01	<i>Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.</i>	<i>I</i>						
01.04.03.01.02	<i>Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.</i>	<i>I</i>						
01.04.03.01.03	<i>Costurile aferente serviciilor oferite pacientului sunt comunicate acestuia la externare.</i>	<i>I</i>	<i>2-3 deconturi spitalizare</i>					
01.04.03.01.07	<i>Sistemul de înregistrare a cheltuielilor pe fiecare centru de cost raportat la activitățile care generează cheltuieli este reglementat la nivelul spitalului și funcțional.</i>	<i>I</i>						

01.07.01.03	Structura de management al calității serviciilor coordonează procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate.	C						
01.07.01.03.07	La nivelul structurii de management al calității serviciilor există registrul procedurilor și protocoalelor.	I						
01.07.03.02	Planul de acțiuni pentru implementarea managementul calității serviciilor și siguranței pacienților este asumat de către conducerea unității.	C						
01.07.03.02.01	Decizia managementului spitalului de implementare a managementului calității serviciilor și a siguranței pacienților este comunicată angajaților.	I						
01.08.02.06	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism.	C						
01.08.02.06.06	Bugetul spitalului prevede alocări pentru planul de reparații și înlocuire pentru infrastructură, echipamente, instalații.	I						
01.09.01.01.04	Spitalul are posibilitatea acordării de servicii hoteliere pacienților care nu necesită internare continuă, la solicitarea acestora.	I						
02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.	C						
02.01.03.03.09	Există evaluare a costului mediu al investigațiilor efectuate în UPU/CPU/camera de gardă per pacient neinternat.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.10	Valoarea medicamentelor predate firmelor pentru distrugere per valoare totală medicamente, pe an.	I						
02.11.01.02	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.02.05	Bugetul alocat achiziției de biocide și materiale sanitare asigură prevenirea IAAM .	I						
02.11.01.02.06	Suma alocată cheltuielilor destinate prevenirii IAAM din buget per număr cazuri rezolvate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.01.02.07	Consumul de biocide realizat per consumul planificat, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

Semnătură interlocutor _____

--

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 15-Managementul achizițiilor

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

30
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator activitate "achiziții"

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Cod listă de verificare

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

LISTA DE VERIFICARE NR. 15

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.	I						
01.04.03.01.02	Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.	I						
01.04.04.01	Spitalul asigură evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice.	C						
01.04.04.01.01	Există o listă a produselor și serviciilor critice.	I						
01.04.04.01.02	Contracte de furnizare a serviciilor critice sunt valabile.	I						
01.04.04.02	Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor.	C						
01.04.04.02.01	Există un sistem de alertă pentru stocul minim acceptat.	I						
01.04.04.02.02	Contractele de achiziții prevăd clauze care permit completarea stocurilor în momentul atingerii nivelului minim acceptat.	I	1. respectarea termenelor de livrare menționate în contract 2. concordanța între cantitățile comandate și livrate					
01.04.04.02.03	Este analizată concordanța dintre calitatea și cantitatea produselor și serviciilor solicitate și a celor recepționate.	I						
01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	C						
01.04.04.03.02	Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu dezinfectanți și materiale sanitare.	I						
01.04.04.04	Spitalul asigură aprovizionarea cu produse și servicii pentru cazuri excepționale.	C						
01.04.04.04.01	Există o evidență a cazurilor excepționale potențiale.	I						
01.05.05.02	Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.	C						
01.05.05.02.03	Spitalul are abonamente la publicații de profil/specialitate pe domeniile medical, economico-financiar, tehnico-administrativ.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						

02.01.04.01.03	Spitalul asigură, la nevoie, serviciile unui translator pentru pacienții care nu sunt vorbitori de limba română.	I						
02.01.04.01.04	Spitalul asigură, la nevoie, serviciile unui interpret mimico-gestual.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.07	Spitalul are dezvoltată și respectă o reglementare privitoare la aprovizionarea cu medicamente și materiale sanitare în situații de urgență.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.03	Planul anual de achiziții este stabilit în conformitate cu Nomenclatorul de medicamente, validat în vederea utilizării în spital, și actualizat la fiecare modificare bugetară.	I						
02.09.02.02.08	Spitalul are contracte valabile, cu firme autorizate, pentru distrugerea medicamentelor expirate.	I						
02.11.01.02	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.02.04	Planul de achiziții anual cuprinde cantitățile de biocide și materialele necesare prevenirii IAAM.	I						
02.13.02.03	Spitalul asigură necesarul de sânge total și componente sanguine, luând în considerare dinamica morbidității spitalizate, și monitorizează consumul și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	C						
02.13.02.03.10	Protocolul/contractul de furnizare sânge și componente sanguine încheiat cu centrul de transfuzie sanguină are mențiuni referitoare minimum la aprovizionarea în zilele libere, zilele de sărbătoare, la situațiile cu consum neprevăzut de mare, situații deosebite, condițiile de distribuție și documentația aferentă obligatorie.	I	elementele menționate în indicator sunt minimum cumulativ obligatoriu pentru validare					

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 16-Managementul administrativ (administrare-gospodărire spital)

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

90
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator activitate "administrativă"

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Cod listă de verificare

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

LISTA DE VERIFICARE NR. 16

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.02.03.02	Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.	C						
01.02.03.02.01	Activitatea desfășurată de structurile funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul unității este înregistrată (consemnată).	I						
01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	C						
01.03.01.01.06	Fiecare loc de muncă este evaluat/analizat și din punct de vedere al expunerii la noxe.	I	se solicită 2-3 evaluări					
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.13	Persoanele care desfășoară activitate în spital sunt instruite cu privire la normele de Protecția muncii, Sănătatea și Securitatea Muncii, Apărarea, Prevenirea și Stingerea Incendiilor.	I						
01.04.01.01	Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor comunității deservite sau atragerea de noi consumatori.	C						
01.04.01.01.03	Există monitorizare a planului de investiții.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.	I						
01.04.03.01.02	Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.	I						
01.04.04.01	Spitalul asigură evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice.	C						
01.04.04.01.01	Există o listă a produselor și serviciilor critice.	I						

01.04.04.01.03	Planul de mentenanță întocmit conform specificațiilor tehnice ale echipamentelor este implementat și monitorizat.	I	tabel comparativ... lista cu echipamentele funcționale vs planificarea mentenanței la fiecare în parte					
01.04.04.01.04	Spitalul asigură mentenanță/contract de mentenanță pentru toate echipamentele.	I	tabel comparativ... lista cu echipamentele funcționale vs service la fiecare în parte					
01.04.04.02	Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor.	C						
01.04.04.02.01	Există un sistem de alertă pentru stocul minim acceptat.	I						
01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	C						
01.04.04.03.03	Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu reactivi.	I						
01.06.01.08	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.	C						
01.06.01.08.05	Spitalul asigură funcționalitatea permanentă a infrastructurii necesare consultării personalului medical extern.	I						
01.07.02.02	Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital.	C						
01.08.01.01.06	Spitalul are plan de intervenție pentru situații excepționale.	I	checklist: seism, incendiu, contaminare chimică, biologică, iradiere, inundație, explozie etc.					
01.08.02.01.01	Spitalul are stabilită modalitatea de înlăturarea a gheții/zăpezii.	I						
01.08.02.01.02	Căderile accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș sunt prevenite.	I						
01.08.02.01.03	Acoperișurile sunt verificate periodic.	I						
01.08.02.01.05	Există sistem de semnalizare luminoasă (balize) pe clădirile înalte.	I						
01.08.02.01.15	Pavimentele sunt acoperite cu materiale antiderapante și antistatice, după caz, adaptat tipului de trafic.	I						
01.08.02.01.34	Ușile au sistem de confirmare a evacuării persoanelor din încăperi, în caz de necesitate.	I	de facut mv					
01.08.02.01.36	Cazarmamentul utilizat în spital este lavabil/de unică folosință, inert chimic și nealergenic.	I						

01.08.02.01.60	Sistemul de ventilare a aerului din spațiile cu temperaturi crescute, cu abur, gaze este funcțional.	I						
01.08.02.01.65	Filtre (de tip HEPA sau superior) sunt funcționale.	I						
01.08.02.01.66	Ventilele și sistemele de siguranță pentru circulația gazelor și a aburului sunt funcționale.	I						
01.08.02.01.67	Sistemele de alarmare pentru circuitele de gaze și abur sunt funcționale.	I	de facut mv					
01.08.02.01.72	Apa potabilă este verificată din punct de vedere a condițiilor de siguranță și sunt adoptate măsuri în consecință.	I						
01.08.02.01.73	În spital, sunt asigurate două surse permanente de apă pentru fiecare locație, după caz.	I						
01.08.02.01.74	Rezerva de apă potabilă a spitalului asigură autonomia spitalului, conform prevederilor legale.	I						
01.08.02.01.75	Evacuarea apei pluviale nu afectează spațiile, instalațiile, echipamentele spitalului și continuitatea actului medical.	I						
01.08.02.01.76	Evacuarea apei reziduale respectă reglementările legale.	I						
01.08.02.01.77	Calitatea apei reziduale este verificată și sunt adoptate măsuri în consecință.	I						
01.08.02.01.78	Ventilele de reținere pentru circulația apei într-un singur sens sunt funcționale.	I						
01.08.02.01.79	Numărul de prize electrice cu împământare per număr total prize electrice.	I						
01.08.02.03	Funcționarea serviciilor vitale ale spitalului este asigurată.	C						
01.08.02.03.01	Sălile de operații și zonele de risc (ex.: UPU, ATI, neonatologie, unitatea de transfuzii sanguine etc.) au sisteme funcționale alternative de generare a curentului electric.	I						
01.08.02.03.02	Există o soluție alternativă a oxigenului în caz de avarie.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.08	Asigurarea pazei spitalului se face pe baza unui plan de pază aprobat, de către personal specializat.	I						
01.08.02.06	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism.	C						
01.08.02.06.01	Spațiile cu risc seismic sunt indentificate.	I						
01.08.02.06.02	Serviciile cu echipamente și/sau substanțe care prezintă risc major la incendiu sau în caz de seism sunt amplasate în afara spațiilor medicale.	I						
01.08.02.06.03	Spitalul implementează măsuri în urma evaluării stării infrastructurii clădirii / clădirilor, inclusiv din punct de vedere seismic.	I						
01.08.02.06.04	Spitalul are planificare pentru verificarea instalațiilor și a echipamentelor.	I						

01.08.02.06.05	Există plan de reparații și înlocuire pentru infrastructură, echipamente, instalații.	I						
01.08.02.07	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de incendiu.	C						
01.08.02.07.01	Persoanele responsabile cu reacția la incendiu sunt nominalizate.	I						
01.08.02.07.02	Verificarea îndeplinirii tuturor cerințelor normelor de prevenire și stingere a incendiilor se face planificat și inopinat.	I	se verifică consemnările/PV cu datele efectuării - aferente planificării și cele neplanificate					
01.08.02.07.03	La nivelul spitalului exista o planificare a controalelor interne cu privire la respectarea normelor de prevenire si stingere a incendiilor.	I						
01.08.02.07.04	Cerințele prevăzute de norme de prevenire și stingere a incendiilor sunt reglementate la nivelul spitalului.	I						
01.08.02.08	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie.	C						
01.08.02.08.03	Materialele, echipamentele și recipientele cu risc de explozie sunt verificate conform specificațiilor tehnice.	I						
01.08.02.08.04	Materialele, echipamentele și recipientele cu risc de explozie sunt manevrate numai de personal autorizat în acest sens.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.10	Dezinsecția și deratizarea este executată conform reglementărilor în vigoare, pe baza unui plan aprobat.	I						
01.08.02.09.11	Încărcătura microbiologică din filtrele aparaturii de ventilație și aer condiționat, din toate spațiile spitalului, este verificată conform planificării.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.06	Spitalul are evaluări ale siguranței mediului de muncă.	I						
01.08.02.11.09	Personalul expus este instruit la angajare și anual pentru manevrarea echipamentelor cu risc de vătămare fizică.	I						
01.08.02.11.12	Spitalul asigură zone de confort și refacere pentru personal.	I	de facut mv					
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.01	Personalul medical este instruit anual cu privire la riscul de contaminare profesională.	I						

01.08.02.13.02	Persoanele responsabile din structura tehnică pentru prevenirea și stingerea incendiilor sunt instruite și evaluate anual.	I						
01.08.02.13.03	Echipele responsabile cu reacția la incendiu sunt instruite și reevaluate anual, teoretic și practic.	I						
01.08.02.13.04	Personalul care manevrează materialele, echipamentele sau recipientele cu risc de explozie este instruit anual.	I						
01.08.02.13.09	Personalul este instruit anual pentru reacția în caz de cutremur.	I						
01.08.02.13.11	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.02.13.13	Planul Alb este cunoscut de către personalul implicat și implementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezaastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.01	Spitalul a stabilit un plan de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă.	I						
01.08.03.01.05	Modul de anunțare al echipelor de intervenție pentru diverse situații, este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.06	Este respectat un plan anual de simulare / verificare a funcționalității schemei de alarmare.	I	procese verbale ale simulării					
01.08.03.01.07	Procesul de evacuare al clădirilor în caz de nevoie este reglementat.	I						
01.08.03.01.09	Modul de evacuare și relocare al pacienților este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.10	Modul de evacuare al medicamentelor, materialelor sanitare si dispozitivelor medicale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.02	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.	C						
01.08.03.02.01	La nivelul spitalului există un inventar al serviciilor și produselor critice în caz de dezastru natural și catastrofă.	I						

01.08.03.02.02	<i>La nivelul spitalului există spațiu (spații) amenajat(e) ca depozit(e) pentru calamități.</i>	<i>I</i>						
01.08.03.02.03	<i>La nivelul depozitului pentru calamități există rezervă de pături și pături suplimentare.</i>	<i>I</i>						
01.08.03.02.05	<i>Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.08.03.02.06	<i>Rularea materialelor perisabile din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.01	<i>Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.01.15	<i>Există rezerve cu dotări speciale pentru pacienții cu patologie specifică, care necesită izolare.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.01.34	<i>Sistemul de backup gaze medicinale este asigurat în toate locațiile în care acestea sunt necesare.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.01.36	<i>Sistemul de eliminare a gazelor anestezice este funcțional în toate spațiile în care acestea se utilizează.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07	<i>Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.07.14	<i>Mentenanța pentru echipamentele din serviciul de bucătărie este asigurată cu respectarea programului și specificațiilor tehnice.</i>	<i>I</i>						
02.01.04.01	<i>Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.</i>	<i>C</i>						
02.01.04.01.01	<i>Există autoevaluarea îndeplinirii condițiilor conforme prevederilor din capitolul V al ordinului MDRAP 189/2013, privind adaptarea clădirilor pentru persoanele cu dizabilități.</i>	<i>I</i>						
02.11.01.01	<i>Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.</i>	<i>C</i>						
02.11.01.01.07	<i>Plan de acțiune dezinsecție-dezinsecție-deratizare pe spital, pe anul în curs, elaborat și aprobat este respectat.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.03	<i>Impactul lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital, asupra calității aerului și activității de prevenire și control a infecțiilor nosocomiale este gestionat.</i>	<i>C</i>						
02.11.02.03.01	<i>Planificarea lucrărilor și a modului de desfășurare a activității spitalului, pe perioada lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital, este avizată de SSPLIAAM/CSPLIAAM.</i>	<i>I</i>						

02.11.02.03.02	Planul SSPLIAAM/CSPLIAAM de monitorizare a aeromicroflorei pentru perioada lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital este respectat.	I						
02.11.03.01	Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberoneria).	C						
02.11.03.01.04	Produsele biocide recomandate de SSPLIAAM/CSPLIAAM sunt disponibile pentru personalul angajat în sectorul alimentar.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.02	Există listă de echipamente de protecție obligatorii, în funcție de activitățile clinice și/sau paraclinice efectuate.	I						
02.11.04.06.08	Există fișe de supraveghere a accidentului cu expunere la produse biologice (AES).	I						
02.11.04.06.09	Registrul de evidență a accidentelor de expunere la produse biologice (AES) este completat la zi.	I						
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.	C						
02.12.05.01.10	Sistemul de colectare și reținere a apei ionizate, radioactive este verificat conform planificării.	I						
03.02.04.02	Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.	C						
03.02.04.02.02	În incinta și perimetrul spitalului este asigurată paza și protecția pacienților/apartenențelor, față de accesul persoanelor neautorizate.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 17-Observare directă – curte/căi de acces

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A.** Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

30
min

- B.** Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator activitate "administrativă"

- C.** Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

- 1.** Locație

- 2.** Cod listă de verificare

- 3.** Data completării listei de verificare

- 4.** Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

- 5.** Numele și prenumele interlocutorului *)

- 6.** Funcția deținută de interlocutor

- 7.** Numele și prenumele evaluatorului

- 8.** Semnătura evaluatorului

LISTA DE VERIFICARE NR. 17

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.01	<i>Căile de acces exterioare și interioare și de evacuare sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.02	<i>Traseele în curtea și interiorul spitalului sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.03	<i>Pavilioanele sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.04	<i>Zonele de parcare, așteptare, recepție, recreere, informare, scăările sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.06	<i>Marcaje/inscripționări sunt în limba română și multilingvistic, acolo unde este cazul.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.07	<i>Există marcaje/inscripționări și pentru nevăzători.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.08	<i>Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.04	<i>Există paratrasnet.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.05	<i>Există sistem de semnalizare luminoasă (balize) pe clădirile înalte.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.06	<i>Căile exterioare de acces în spital sunt protejate contra intemperiilor.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.07	<i>Comunicarea între clădirile unui spital aflate în aceeași locație, se face cu păstrarea unui ambient constant, de confort termic.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.08	<i>Circuitele de acces ale mașinilor la UPU / CPU / CG asigură evitarea incidentelor cu risc fizic.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.09	<i>Interdicția de acces al mașinilor cu GPL în garajul subteran este semnalizată conform reglementărilor legale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.10	<i>Iluminatul spațiilor interioare și exterioare la nivelul spitalului permite deplasarea nocturnă în siguranță.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.11	<i>Spitalul asigură spații de parcare pentru pacienți/aparținători semnalizate și luminate, pentru evitarea riscurilor fizice.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.12	<i>Spațiile verzi și aleile de acces sunt dimensionate și întreținute, pentru a preveni riscurile fizice.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.23	Spitalul are scări de evacuare externă, accesibile permanent din interior.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.02.10	Zonele de colectare și depozitare a deșeurilor sunt semnalizate și au acces controlat conform reglementărilor în vigoare.	I						
01.08.02.06	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism.	C						
01.08.02.06.02	Serviciile cu echipamente și/sau substanțe care prezintă risc major la incendiu sau în caz de seism sunt amplasate în afara spațiilor medicale.	I						
01.08.02.08	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie.	C						
01.08.02.08.01	Zonele cu risc de explozie sunt identificate și marcate distinct, vizibil.	I						
01.08.02.08.02	În zonele cu risc de explozie accesul este restricționat.	I						
01.08.02.08.03	Materialele, echipamentele și recipientele cu risc de explozie sunt verificate conform specificațiilor tehnice.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Manevrarea, recuperarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice se face de către personal instruit și cu echipament de protecție.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.10	Există semnalizări distincte, vizibile permanent pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu.	I						
01.09.01.01.11	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.	I						
01.09.01.01.14	Pentru persoanele cu dizabilități spitalul asigură rampe adaptate, cu unghi nu mai mare de 25° sau alte facilități de acces.	I						
02.04.03.01	Spitalul asigură condiții adaptate îngrijirii copilului.	C						

02.04.03.01.01	<i>Spitalul asigură pentru copiii internați facilități de recreere în aer liber.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.03	<i>Spitalul asigură necesarul de sânge total și componente sanguine, luând în considerare dinamica morbidității spitalizate, și monitorizează consumul și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.</i>	<i>C</i>						
02.13.02.03.08	<i>Există monitorizare a temperaturii în timpul transportului sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către alte locații ale spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.03.09	<i>Transportul sângelui și componentelor sanguine se face în condiții de temperatură și siguranță, cu respectarea caracteristicilor acestora.</i>	<i>I</i>						
03.02.04.02	<i>Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.</i>	<i>C</i>						
03.02.04.02.02	<i>În incinta și perimetrul spitalului este asigurată paza și protecția pacienților/aparținătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 18-Observare directă – interiorul spitalului/spații comune

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

45
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator activitate "administrativă"

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Cod listă de verificare

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

LISTA DE VERIFICARE NR. 18

COD	ENUNȚ	C	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.05.04.05.14	Documentele arhivate sunt amprentate cu termenul de păstrare.	I						
01.06.01.03	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	C						
01.06.01.03.01	Căile de acces exterioare și interioare și de evacuare sunt semnalizate.	I						
01.06.01.03.04	Zonele de parcare, așteptare, recepție, recreere, informare, scările sunt semnalizate.	I						
01.06.01.03.05	Camerele, saloanele și grupurile sanitare sunt semnalizate.	I						
01.06.01.03.06	Marcaje/inscripționări sunt în limba română și multilingvistic, acolo unde este cazul.	I						
01.06.01.03.07	Există marcaje/inscripționări și pentru nevăzători.	I						
01.06.01.03.08	Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.05	Pictograma codificării vestimentare a fiecărei secții/ departament este afișată la loc vizibil.	I						
01.06.01.06	Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.	C						
01.06.01.06.06	Programul de vizită al pacienților este afișat în zonele de acces ale vizitatorilor.	I						
01.07.02.02	Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital.	C						
01.07.02.02.01	Spitalul asigură spații amenajate și dotate pentru susținerea lucrului în echipă.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.10	Iluminatul spațiilor interioare și exterioare la nivelul spitalului permite deplasarea nocturnă în siguranță.	I						
01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare și recreere pentru pacienți/însoțitori/aparținători.	I						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						

01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	I							
01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei târgi sau a unui pat mobil.	I							
01.08.02.01.19	Scările au cel puțin un sistem de sprijin al mâinii.	I							
01.08.02.01.20	Scările de evacuare sunt accesibile în orice moment și permit evacuarea persoanelor.	I							
01.08.02.01.21	Scările de evacuare sunt luminate în caz de pană de curent.	I							
01.08.02.01.22	Scările au lățimea care permite evacuarea pacienților pe targă.	I							
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I							
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I							
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I							
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpăre sau spațiu care necesită evacuare.	I	de facut mv						
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpăre sau spațiu populat.	I							
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I							
01.08.02.01.30	Ușile se deschid numai în afară.	I							
01.08.02.01.31	Ușile nu au praguri.	I							
01.08.02.01.32	Ușile au sistemul de deschidere accesibil inclusiv persoanelor cu dizabilități.	I							
01.08.02.01.33	Ușile de acces la coridoare și scări au ferestre de vizualizare.	I							
01.08.02.01.37	Sunt utilizate prelungitoare în spațiile destinate activităților medicale.	I							
01.08.02.01.60	Sistemul de ventilare a aerului din spațiile cu temperaturi crescute, cu abur, gaze este funcțional.	I							
01.08.02.01.68	Sistemul modular de închidere fluide, individualizat pentru zone dedicate este accesibil și funcțional.	I							
01.08.02.01.73	În spital, sunt asigurate două surse permanente de apă pentru fiecare locație, după caz.	I							
01.08.02.01.75	Evacuarea apei pluviale nu afectează spațiile, instalațiile, echipamentele spitalului și continuitatea actului medical.	I							
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C							
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I							
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I							

01.08.02.03.02	Există o soluție alternativă a oxigenului în caz de avarie.	I							
01.08.02.04	Capacitatea și numărul lifturilor asigură volumul, tipurile și fluxurile de transport în spital.	C							
01.08.02.04.01	Programul de utilizare a lifturilor asigură desfășurarea și continuitatea activităților în spital.	I							
01.08.02.04.02	Există minim două lifturi funcționale pentru transportul cu targa.	I							
01.08.02.04.03	Butonul de alarmă și a senzorul de greutate sunt funcționale în fiecare lift.	I							
01.08.02.04.04	În fiecare lift sunt afișate vizibil informațiile legate de: program de curățenie, apel de urgență la blocare, mod de utilizare, greutate maxim admisă, data ultimei verificări și data programată pentru următoarea verificare.	I							
01.08.02.04.05	Lifturile sunt prevăzute cu sistem funcțional de ventilație.	I							
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C							
01.08.02.05.02	Reglementarea preluării/predării, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților este respectată.	I							
01.08.02.05.03	Spitalul asigură depozitarea bunurilor de valoare ale pacienților în seif dedicat.	I							
01.08.02.05.04	Spațiile de depozitare a bunurilor personalului și pacienților au sisteme antiefracție funcționale.	I							
01.08.02.05.05	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I	de facut mv						
01.08.02.05.07	Este asigurată paza și securitatea spațiilor de depozitare a bunurilor la nivelul spitalului (echipamente, materiale etc).	I							
01.08.02.05.08	Asigurarea pazei spitalului se face pe baza unui plan de pază aprobat, de către personal specializat.	I							
01.08.02.08	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie.	C							
01.08.02.08.01	Zonele cu risc de explozie sunt identificate și marcate distinct, vizibil.	I							
01.08.02.08.02	În zonele cu risc de explozie accesul este restricționat.	I							
01.08.02.08.03	Materialele, echipamentele și recipientele cu risc de explozie sunt verificate conform specificațiilor tehnice.	I							
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C							
01.08.02.09.03	Manevrarea, recuperarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice se face de către personal instruit și cu echipament de protecție.	I							
01.08.03.02	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.	C							

01.08.03.02.02	La nivelul spitalului există spațiu (spații) amenajat(e) ca depozit(e) pentru calamități.	I							
01.08.03.02.03	La nivelul depozitului pentru calamități există rezervă de paturi și pături suplimentare.	I							
01.08.03.02.04	Medicamentele și materiale sanitare prevăzute în lista aprobată sunt disponibile la nivelul depozitului pentru calamități.	I							
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C							
01.09.01.01.01	Spitalul are o recepție generală care asigură informarea și orientarea pacienților / aparținătorilor / vizitatorilor.	I							
01.09.01.01.05	Spațiile de așteptare sunt dimensionate conform numărului estimat de persoane care le accesează.	I							
01.09.01.01.06	Spațiile de așteptare sunt dotate cu mobilier în funcție de numărului estimat de persoane care le accesează.	I							
01.09.01.01.07	Spitalul are sistem funcțional de planning al solicitanților în spațiile de așteptare de la Recepție, Biroul internări, Ambulatoriu, bază de tratament, după caz.	I							
01.09.01.01.08	Spațiile de așteptare au facilități funcționale de informare a pacienților / aparținătorilor / vizitatorilor.	I							
01.09.01.01.10	Există semnalizări distincte, vizibile permanent pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu.	I							
01.09.01.01.11	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.	I							
01.09.01.01.12	Accesul mijloacelor care transportă pacienți în zona de primiri urgențe este asigurat și monitorizat.	I							
01.09.01.01.14	Pentru persoanele cu dizabilități spitalul asigură rampe adaptate, cu unghi nu mai mare de 25° sau alte facilități de acces.	I							
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C							
01.09.01.02.02	Există grup sanitar cu acces pentru persoanele cu dizabilități.	I							
01.09.01.02.03	Spitalul asigură grup sanitar, cu acces și utilizare facilă pentru vizitatori, în zonele de așteptare sau întâlnire cu pacienții.	I							
01.09.01.02.04	Funcționalitatea și starea de curățenie a grupurilor sanitare este menținută și consemnată.	I							
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C							

01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I							
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C							
01.09.01.04.01	Lifturile sunt marcate distinct și sunt utilizate în funcție de specificul de transport.	I							
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I							
01.09.01.04.04	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I							
01.09.01.04.05	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	I							
01.09.01.08	Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.	C							
01.09.01.08.01	Transportul alimentelor pe secție respectă un circuit separat.	I							
01.09.01.08.02	Transportul alimentelor pe secție se face cu respectarea normelor de igienă.	I							
01.09.01.08.03	Transportul alimentelor pe secție se face cu mijloace de transport dedicate, care asigură menținerea temperaturii acestora.	I							
01.09.02.04	Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.	C							
01.09.02.04.01	Facilitățile de recreere pentru copii sunt astfel realizate încât previn riscurile fizice.	I							
01.09.02.04.02	Monitorizarea respectării temperaturii ambientale în funcție de specificul serviciului este consemnată zilnic.	I							
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C							
02.01.04.01.11	Condițiile de spațiu și circuitele pentru preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților permit accesul pacienților cu dizabilități.	I							
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C							
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I							
02.08.05.02.09	Spitalul pune la dispoziția familiei/aparținătorilor materialele informative despre serviciul de doliu pe care îl oferă.	I							

02.11.02.01	<i>Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.</i>	<i>C</i>						
02.11.02.01.01	<i>Accesul în zonele restricționate este securizat și semnalizat prin afișaj specific.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.11.02.01.12	<i>Lifturile sunt igienizate/dezinfectate conform unui program stabilit la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04	<i>SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.04.02	<i>Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04.04	<i>Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.11.04.04.05	<i>Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.11.04.06	<i>Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.06.03	<i>Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.13.02.03	<i>Spitalul asigură necesarul de sânge total și componente sanguine, luând în considerare dinamica morbidității spitalizate, și monitorizează consumul și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.</i>	<i>C</i>						
02.13.02.03.08	<i>Există monitorizare a temperaturii în timpul transportului sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către alte locații ale spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.03.09	<i>Transportul sângelui și componentelor sanguine se face în condiții de temperatură și siguranță, cu respectarea caracteristicilor acestora.</i>	<i>I</i>						
03.02.04.02	<i>Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.</i>	<i>C</i>						
03.02.04.02.02	<i>În incinta și perimetrul spitalului este asigurată paza și protecția pacienților/aparținătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

Semnătură interlocutor _____



Semnătură evaluator_____

115 / 418

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 19-Observare directă – bucătărie

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A.** Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

15
min

- B.** Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

- C.** Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 19

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.06.01.03	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	C						
01.06.01.03.08	Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.01	Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.	I						
01.06.01.04.03	Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I	de facut mv					
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.45	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.60	Sistemul de ventilare a aerului din spațiile cu temperaturi crescute, cu abur, gaze este funcțional.	I						
01.08.02.01.66	Ventilele și sistemele de siguranță pentru circulația gazelor și a aburului sunt funcționale.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.10	Zonele de colectare și depozitare a deșeurilor sunt semnalizate și au acces controlat conform reglementărilor în vigoare.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						

01.09.01.01.14	<i>Pentru persoanele cu dizabilități spitalul asigură rampe adaptate, cu unghi nu mai mare de 25° sau alte facilități de acces.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.02	<i>Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.02.04	<i>Funcționalitatea și starea de curățenie a grupurilor sanitare este menținută și consemnată.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.04	<i>Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.04.03	<i>Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.04.04	<i>Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07	<i>Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.07.02	<i>Termenul de valabilitate al alimentelor utilizate este respectat.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07.03	<i>Alimentele și materiile prime necesare preparării hranei respectă reglementările privind depozitarea.</i>	<i>I</i>	<i>Din reglementările privind depozitarea alimentelor/materiilor prime evaluatorul alege 4-5 elemente pe care le verifică (asocierea alimentelor/materiile prime, respectarea și monitorizarea temperaturii de păstrare, etichetarea cu precizarea termenului de valabilitate, respectarea igienei etc.) - indicator valid dacă toate sunt elementele verificate sunt validate</i>					
01.09.01.07.05	<i>Personalul din serviciul de bucătărie are asigurat și folosește echipament de protecție.</i>	<i>I</i>						

01.09.01.07.06	<i>Serviciul de bucătărie are spații amenajate și dotate pentru personalul propriu.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07.07	<i>Spațiile serviciului de bucătărie sunt igienizate și dezinfectate conform reglementărilor specifice.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.07.09	<i>Meniurile sunt pregătite conform rețetarului realizat de către dietetician împreună cu bucătarul.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.01	<i>Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.</i>	<i>C</i>						
02.11.02.01.18	<i>Număr teste sanitație pozitive per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04	<i>SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.04.02	<i>Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04.04	<i>Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.11.04.04.05	<i>Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.11.04.06	<i>Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.06.03	<i>Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 20-Observare directă – spălătorie

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A.** Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

30
min

- B.** Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

- C.** Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 20

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.06.01.03	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	C						
01.06.01.03.08	Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.01	Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.	I						
01.06.01.04.03	Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I	de facut mv					
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.45	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.60	Sistemul de ventilare a aerului din spațiile cu temperaturi crescute, cu abur, gaze este funcțional.	I						
01.08.02.01.66	Ventilele și sistemele de siguranță pentru circulația gazelor și a aburului sunt funcționale.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.10	Zonele de colectare și depozitare a deșeurilor sunt semnalizate și au acces controlat conform reglementărilor în vigoare.	I						
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C						

01.09.01.02.04	Funcționalitatea și starea de curățenie a grupurilor sanitare este menținută și consemnată.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.04	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	C						
01.09.01.09.02	Gestionarea lenjeriei și efectelor este reglementată și respectată.	I						
01.09.01.09.04	În serviciul de spălătorie sunt asigurate și respectate circuite separate pentru lenjerie și efecte curate și murdare.	I						
01.09.01.09.05	Manipularea, spălarea și dezinfecția lavetelor de curățenie este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.09.01.10	Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.	C						
01.09.01.10.01	Colectarea lenjeriei și efectelor de spital se face separat în recipiente de diferite culori, în funcție de gradul de infestare microbiologică (septic/aseptic).	I						
01.09.01.10.02	În serviciul de spălătorie sunt asigurate și respectate circuite separate de recepție pentru lenjerie și efecte de spital, pe grade de infestare microbiologică (septic/aseptic).	I						
01.09.01.10.03	În serviciul de spălătorie sunt asigurate și respectate circuite separate, în timp sau spațiu, pe categorii de proveniență.	I						
01.09.01.10.04	Serviciul de spălătorie este dotat cu utilaje care permit detectarea automată a încărcăturii microbiene.	I						
01.09.01.10.05	Sunt asigurate și funcționale fluxuri tehnologice și linii, utilaje dedicate, în timp sau spațiu, lenjeriei și efectelor pe categorii de proveniență.	I						
01.09.01.10.06	Pentru departajarea lenjeriei curate de cea utilizată se folosește un cod culori.	I						
02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	C						
02.11.02.05.03	Verificarea respectării condițiilor de depozitare a lenjeriei este efectuată periodic și este documentată.	I	de facut mv					
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.02	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						

02.11.04.04.04	<i>Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.11.04.04.05	<i>Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.11.04.06	<i>Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.06.03	<i>Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 21-Managementul resurselor umane

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A.** Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

120
min

- B.** Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

Coordonator activitate "resurse umane"

- C.** Altele

* ACTIVITATE EXTERNALIZATĂ :
interviu cu managerul / responsabil contract

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 21

COD	ENUNȚ	C	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.02.01.01.04	Există responsabili nominalizați pentru obținerea autorizațiilor și avizelor specifice.	I	responsabilii care urmăresc termenul de valabilitate să nu fie depășit, să depună documentația din timp pt reavizare/reautorizare					
01.02.01.02	Spitalul a luat toate măsurile pentru menținerea condițiilor pe baza cărora s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.	C						
01.02.01.02.01	Există responsabili nominalizați pentru monitorizarea condițiilor pentru care s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.	I						
01.02.03.01	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active.	C						
01.02.03.01.01	Există decizii de constituire a structurilor funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) și sunt actualizate.	I						
01.02.03.01.03	Fișele de post ale personalului, membrii în structurile funcționale (comisii, comitete, consilii), sunt actualizate.	I	se verifică (cel puțin) actualizarea legislativă în FP pentru Cons.Med., Etică, SMC					
01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	C						
01.03.01.01.01	Necesarul minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale este reglementat la nivelul spitalului.	I						

01.03.01.01.02	Repartiția personalului pe sectoare de activitate se face în funcție de pregătirea profesională/calitățile personale/abilități coroborată cu particularitățile condițiilor de muncă.	I	prin sondaj, se verifică (1) în 3-4 dosare de ocuparea posturilor concordanța între cerințele postului și selecția candidaților, (2) Exemplu de modificare a locului de muncă a unui angajat bazat pe evaluarea calităților personale/abilități					
01.03.01.01.04	Există evidența competențelor suplimentare ale personalului dobândite pe perioada angajării.	I	„evidența”					
01.03.01.01.06	Fiecare loc de muncă este evaluat/analizat și din punct de vedere al expunerii la noxe.	I	se solicită 2-3 evaluări					
01.03.01.01.07	Există estimare anuală a necesarului de personal în funcție de volumul total de activitate și de expunere la noxe al angajaților.	I	se solicită analiza volumului total de activitate și de expunere la noxe a angajaților, analiză care a fundamentat necesarul de personal					
01.03.01.02	Conducerea spitalului analizează anual structura posturilor și dispune măsuri pentru adaptarea acesteia la nevoile identificate.	C						
01.03.01.02.01	Deciziile privind măsurile dispuse ca urmare a analizei anuale a structurii posturilor sunt implemetate.	I	existența modificărilor statutului de funcții în concordanță cu analiza efectuată anual					
01.03.01.02.02	Fișele de post sunt adaptate îndatoririlor specifice angajaților.	I	se selectează 3-4 fișe de post și se verifică cu angajații concordanța între îndatoririle specifice pe care le cunosc / practică și mențiunile din FP					
01.03.01.03	Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.	C						

01.03.01.03.01	Dezvoltarea resurselor umane este un obiectiv al Planului de management al spitalului / contractelor de management / contractelor de administrare.	I						
01.03.01.03.02	Există fundamentarea planului anual de selecție și recrutare a personalului	I	se selectează din Planul anual 3-5 solicitări fundamentate pentru selecție și recrutare personal din anul precedent					
01.03.01.03.04	Există fundamentarea planului anual de dezvoltare profesională a personalului	I	se solicită fundamentări care au stat la baza elaborării planului anual de dezvoltare					
01.03.01.03.06	Există încheiate parteneriate/convențiile cu instituții sau organizații autorizate pentru susținerea programelor de formare și dezvoltare profesională.	I	se solicită dovezi de funcționalitate ale parteneriatelor/convențiilor or cu instituții sau organizații autorizate pentru susținerea programelor de formare și dezvoltare profesională și organizațională					
01.03.01.04	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.	C						
01.03.01.04.02	Planul anual pentru formarea/dezvoltarea profesională este realizat în funcție de specificul și nevoile estimate ale unității.	I	corelare între "specificul unității", "nevoile estimate" și "planul anual"					
01.03.01.04.03	Perfecționarea continuă a personalului prevede și elemente de îmbunătățire, de profesionalizare a comunicării personalului cu pacienții/însoțitorii/aparținătorii.	I						
01.03.01.04.04	Spitalul asigură participarea personalului structurii de management al calității și a altor persoane cu atribuții în managementul calității la programe de formare profesională specifică.	I						

01.03.01.04.05	<i>Pregătirea personalului de îngrijire, prin cursuri de educație medicală continuă, cu tema planul de îngrijire, este prevăzută în planul anual al spitalului de pregătire profesională continuă.</i>	I						
01.03.01.04.06	<i>Număr asistenți medicali care au urmat cursuri de educație medicală continuă având ca temă planul de îngrijire efectuate anual per număr total asistenți, pentru fiecare secție.</i>	I						
01.03.01.04.08	<i>Număr studii de cercetare nursing derulate, pe an.</i>	I						
01.03.01.04.12	<i>Număr asistenți medicali cu studii superioare cu atribuții de management al calității prevăzute în fișele de post per număr asistenți medicali cu studii superioare, din fiecare secție.</i>	I						
01.03.02.02	<i>Nevoia de personal este estimată pentru a asigura utilizarea la capacitate optimă a resurselor tehnice existente.</i>	C						
01.03.02.02.02	<i>Măsurile pentru ameliorarea riscurilor / deficiențelor / disfuncționalităților, care au la bază deficitul de personal, sunt implementate.</i>	I	<i>exemple de implementare a măsurilor pentru ameliorarea riscurilor / deficiențelor / disfuncționalităților, care au la bază deficitul de personal</i>					
01.03.02.03	<i>Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.</i>	C						
01.03.02.03.01	<i>Există monitorizare continuă a valabilității autorizațiilor și avizelor profesionale ale personalului organizată la nivelul structurii de resurse umane.</i>	I						
01.03.02.03.02	<i>Există o evidență a activităților de asistență medicală pentru care este necesară o certificare suplimentară (atestare, competențe).</i>	I						
01.03.02.03.03	<i>Există confirmarea că aceste activități se desfășoară de către personal calificat conform legii.</i>	I						

01.03.02.03.04	Responsabilitățile asociate postului sunt în concordanță cu nivelul de competență profesională cerut de către post.	I	se verifică concordanța pentru 3-5 cazuri între descrierea postului, fișa de post cadru aferentă aceluși post (anexa la ROF) și fișa de post proprie angajatului - responsabilitățile trebuie să fie conform nivelului de pregătire					
01.03.02.03.05	Responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire existente în ROF și fișele de post ale cadrelor medicale (asistenți medicali, infirmiere).	I	se verifică 3-5 fișe de post ale personalului de îngrijire să conțină aceleași responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire ca ele existente în ROF					
01.03.02.03.06	Noul angajat este informat cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului, procedurile și protocoalele utilizate în desfășurarea activității sale.	I	se verifică (1)dovada ca a fost informat, (2)interviu angajat					
01.03.02.03.07	Noul angajat este îndrumat/monitorizat în perioada de probă.	I	se verifică (1)dovada existența nominalizării unui îndrumător, (2)interviu angajat					
01.03.02.03.08	Noul angajat este evaluat la sfârșitul perioadei de probă.	I	se verifică (1)dovada existența evaluări, (2)interviu angajat					
01.03.02.03.09	Personalul nou angajat este instruit specific postului la începerea activității în spital, cu privire la sistemul informațional utilizat în spital.	I						
01.03.02.03.10	Spitalul evaluează anual activitatea personalului.	I						
01.03.02.03.11	Personalul medical este evaluat periodic privitor la respectarea reglementărilor specifice documentării activității sale.	I						
01.03.02.03.12	Personalul cu nivel "satisfăcător" al evaluării anuale urmează o formă de pregătire specifică domeniului în care a fost evaluat cu deficit.	I						
01.03.03.02	Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.	C						

01.03.03.02.01	Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.03.03.02.02	Rezultatele analizei satisfacției angajaților sunt puse la dispoziția structurii de management.	I						
01.03.03.02.03	Sunt dispuse măsuri ca rezultat al analizei satisfacției angajaților.	I						
01.03.03.02.04	Rezultatele aplicării măsurilor propuse sunt evaluate comparativ cu rezultatele estimate.	I						
01.03.03.03	Spitalul asigură respectarea cerințelor privind calitatea vieții profesionale.	C						
01.03.03.03.01	Evaluarea sănătății angajaților se face anual sau mai des în raport cu particularitățile condițiilor de muncă.	I						
01.03.03.03.03	În chestionarul de evaluare a satisfacției angajaților există întrebări despre percepția calității vieții profesionale.	I						
01.03.03.03.04	Chestionarul de satisfacție al angajaților cuprinde întrebări privind comunicarea dintre aceștia.	I						
01.03.03.03.05	Există analiză anuală a calității vieții profesionale a angajaților.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.	I						
01.04.03.01.02	Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.	I						
01.05.01.02	Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerințele activității spitalului.	C						
01.05.01.02.02	Administratorul de sistem monitorizează nevoia de optimizare a sistemului informatic în conformitate cu cerințele activității spitalului.	I						
01.05.03.02	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permit eficientizarea activității în spital.	C						
01.05.03.02.02	Există o analiză semestrială a respectării procedurilor operaționale.	I						
01.05.04.02	Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.	C						
01.05.04.02.08	Contractele individuale de muncă au prevăzut clauza de confidențialitate asupra informațiilor.	I						
01.05.04.04	Spitalul asigură monitorizarea și controlul utilizării sistemelor informaționale.	C						

01.05.04.04.03	Chestionarul de satisfacție a angajaților cuprinde întrebări specifice privitoare la facilitatea utilizării sistemului informatic existent.	I							
01.06.02.01	Spitalul are implementate modele de comunicare profesională între membrii echipelor medicale.	C							
01.06.02.01.02	Comunicarea interpersonală a angajaților este cuprinsă în criteriile de evaluare anuală a personalului.	I							
01.06.03.02	Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării.	C							
01.06.03.02.01	Comunicarea cu pacienții/aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului.	I							
01.06.03.02.02	Spitalul are reglementată limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul.	I							
01.06.03.02.03	Spitalul are reglementată limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media.	I							
01.07.01.02	Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.	C							
01.07.01.02.03	Responsabilul cu managementul calității serviciilor are experiență și calificări în domeniul calității.	I							
01.07.02.02	Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital.	C							
01.07.02.02.04	Spitalul are un program de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/aparținătorii.	I							
01.07.02.02.05	Spitalul evaluează anual rezultatele măsurilor de stimulare a lucrului în echipă.	I							
01.07.04.03	Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.	C							
01.07.04.03.02	Pacienții sunt informați cu privire la modalitatea de acces la condica de sugestii și reclamații.	I							
01.08.01.01	Managerii de la toate nivelurile au organizate identificarea, analiza și tratarea riscurilor.	C							
01.08.01.01.02	Este desemnat la nivelul spitalului un responsabil cu managementul riscurilor.	I							
01.08.01.01.03	Fiecare departament are o persoană nominalizată pentru gestionarea riscurilor.	I							
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C							
01.08.02.05.06	Există personal responsabil cu preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților.	I							
01.08.02.05.08	Asigurarea pazei spitalului se face pe baza unui plan de pază aprobat, de către personal specializat.	I							

01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C							
01.08.02.09.05	Programul de lucru în zonele cu risc crescut și expunere la noxe este strict respectat.	I							
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C							
01.08.02.11.01	Sunt identificate activitățile cu risc de accidente de muncă și sunt adoptate măsurile de prevenire.	I							
01.08.02.11.09	Personalul expus este instruit la angajare și anual pentru manevrarea echipamentelor cu risc de vătămare fizică.	I							
01.08.02.12	Responsabilii cu prevenirea riscurilor tehnologice sunt nominalizați prin decizie și instruiți.	C							
01.08.02.12.01	Responsabilul ISU nominalizat prin decizie este instruit anual.	I							
01.08.02.12.02	Responsabilul cu protecția muncii nominalizat prin decizie este instruit anual.	I							
01.08.02.12.03	Responsabilul cu deșeurile nominalizat prin decizie este instruit anual.	I							
01.08.02.12.04	Responsabilul cu radio-protecția nominalizat prin decizie este instruit anual.	I							
01.08.02.12.05	Responsabilul cu sterilizarea nominalizat prin decizie este instruit anual.	I							
01.08.02.12.06	Responsabilul cu contractele de mentenanță și service nominalizat prin decizie este instruit anual.	I							
01.08.02.12.07	Responsabilul cu securitatea internă - paza, nominalizat prin decizie este instruit anual.	I							
01.08.02.12.08	Responsabilul cu sistemul IT nominalizat prin decizie este instruit anual.	I							
01.08.02.12.09	Responsabilul serviciul tehnic nominalizat prin decizie este instruit anual.	I							
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C							
01.08.03.01.02	Spitalul are nominalizate persoane responsabile cu intervenția în caz de dezastru natural și/sau catastrofă și înlocuitori pentru aceștia.	I							
01.08.03.01.03	Prevederile referitoare la responsabilitățile în caz de dezastru natural și/sau catastrofă sunt menționate în fișele de post.	I							
01.08.03.03	Spitalul are organizată evidența resurselor vizate de sarcini specifice la mobilizare și razboi.	C							

01.08.03.03.01	Spitalul are nominalizată persoană responsabilă cu evidența militară.	I						
01.08.03.03.02	Spitalul are nominalizată persoană responsabilă cu evidența bunurilor rechiziționabile.	I						
01.08.03.03.03	Persoanele responsabile cu evidența militară și cu evidența bunurilor rechiziționabile au atribuții specifice menționate în fișa postului.	I						
01.09.01.07	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.	C						
01.09.01.07.08	Spitalul are bucătar/bucătari cu atestat.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.03	Există flexibilitate pentru distribuirea personalului mediu între servicii în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.08	Există dovada recertificării, pentru "Suport avansat al vieții" (ALS), la fiecare 2 ani, pentru toți medicii care desfășoară activitate în spital.	I						
02.01.03.01.09	Există dovada recertificării, pentru "Suport vital de bază" (BLS), la fiecare 2 ani, pentru toți asistenții medicali, infirmiere, personal auxiliar medical, personal nemedical, care desfășoară activitate în spital.	I						
02.01.03.02	Personalul medical angajat în unitatea de primiri urgențe/compartimentul de primiri urgențe (UPU/CPU) este calificat conform prevederilor legale și este instruit periodic în special în ce privește atitudinea în urgențele cu o incidență mai scăzută.	C						
02.01.03.02.01	Coordonatorul și medicii din UPU/CPU au calificări profesionale conform prevederile legale pentru desfășurarea activității în acest sector.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.05	Personalul medical este instruit și folosește la nevoie, limbajul mimico-gestual pentru comunicare facilă.	I						
02.09.02.01	Activitățile și responsabilitățile specifice specialității farmaceutice sunt consemnate corespunzător legislației în vigoare.	C						

02.09.02.01.01	Fișa postului personalului farmaceutic este permanent actualizată cu cerințele specifice legislației în domeniu.	I						
02.09.02.01.02	Autorizațiile de liberă practică ale personalului din farmacie sunt cu vizele la zi.	I						
02.12.07.05	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.	C						
02.12.07.05.04	Atribuțiile personalului implicat în activitatea de transplant organe/țesuturi/celule sunt consemnate în Fișa Postului.	I						
02.13.01.02	Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță.	C						
02.13.01.02.02	Există plan anual de educație continuă a personalului medical referitor la activitatea transfuzională.	I						
03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.01.01	Obligația personalului medical de obținere a consimțământului informat este trecută în ROF, RI și fișele de post.	I						
03.01.01.02	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.	C						
03.01.01.02.01	Cunoștințele și practica personalului medical în legătură cu obținerea consimțământului informat sunt evaluate anual, analizate și se iau măsuri, după caz.	I						
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.05	Cunoștințele și atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale sunt evaluate și analizate anual, luându-se măsuri în consecință.	I						
03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	C						
03.02.01.01.01	Nediscriminarea în acordarea asistenței medicale este prevăzută explicit în ROF/RI/Fișa postului.	I						
03.02.02.01	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/aparținătorilor/împuțerniciilor documentele medicale solicitate.	C						
03.02.02.01.02	Instruirea personalului care avizează/eliberează documentele medicale solicitate de către pacienți/aparținători/împuțerniciți/autorități se face la angajare și ori de câte ori este necesar.	I						

03.03.01.01	<i>Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu competența specifică.</i>	<i>C</i>						
03.03.01.01.01	<i>Spitalul asigură necesarul de medici de specialitate în limita de competență a fiecărei secții/compartiment.</i>	<i>I</i>						
03.03.01.01.02	<i>Spitalul are reglementată modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 22-Suport juridic

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

30
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

Jurist

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Denumire listă de verificare

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acestuia

LISTA DE VERIFICARE NR. 22

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.03.03.02	<i>Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.</i>	<i>C</i>						
01.03.03.02.05	<i>Număr total de litigii înregistrate la instanțe judecătorești, cu actuali sau foști angajați per număr total litigii ale spitalului, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
01.03.03.02.06	<i>Număr total de litigii pierdute cu actuali sau foști angajați per număr total litigii ale spitalului cu aceștia, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
01.04.02.02	<i>Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.</i>	<i>C</i>						
01.04.02.02.04	<i>Număr total de litigii comerciale înregistrate la instanțe judecătorești, cu furnizorii per număr total litigii ale spitalului, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
01.04.02.02.05	<i>Număr total de litigii câștigate cu furnizorii per număr total litigii cu aceștia, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
01.05.05.01	<i>Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital.</i>	<i>C</i>						
01.05.05.01.02	<i>Spitalul are organizat un sistem de informare lunară a personalului cu privire la noutățile legislative.</i>	<i>I</i>						
01.05.05.01.03	<i>Reglementările interne aprobate la nivelul spitalului sunt disponibile și accesibile fiecărui angajat.</i>	<i>I</i>						
01.06.02.03	<i>Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.</i>	<i>C</i>						
01.06.02.03.09	<i>Actualizările legislative cu impact asupra activității spitalului sunt comunicate angajaților.</i>	<i>I</i>						
01.06.02.03.10	<i>Deciziile managerului și hotărârile Consiliu de administrație sunt comunicate angajaților.</i>	<i>I</i>						
01.06.03.02	<i>Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării.</i>	<i>C</i>						
01.06.03.02.06	<i>Număr total de litigii înregistrate la instanțe judecătorești, cu foști pacienți sau aparținători per număr total litigii ale spitalului, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
01.06.03.02.07	<i>Număr total de litigii pierdute cu foști pacienți sau aparținători per număr total litigii ale spitalului cu aceștia, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
03.01.01.01	<i>Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.</i>	<i>C</i>						

03.01.01.01.02	Obținerea consimțământului informat este reglementată la nivelul spitalului și respectată.	I						
03.01.01.01.03	Spitalul reglementează acordarea de servicii medicale pacienților în absența consimțământul acestuia.	I						
03.01.01.01.04	Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical este reglementată la nivelul spitalului și respectată.	I						
03.01.01.02	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.	C						
03.01.01.02.02	Procedurile instituționale legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile obținerii consimțământului informat sunt evaluate anual, analizate și se iau măsuri, după caz.	I						
03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.03.01	Reglementările interne referitoare la obținerea consimțământului informat sunt actualizate.	I						
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.01	Modalitatea de comunicare a datelor medicale ale pacienților către terți este reglementată.	I						
03.01.02.01.02	Situațiile în care pot fi comunicate datele pacientului, fără acordul acestuia, sunt reglementate.	I						
03.01.02.01.04	Situația în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate este reglementată.	I						
03.01.02.01.07	Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.	I						
03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	C						
03.01.02.03.01	Reglementările spitalului referitoare la păstrarea confidențialității datelor medicale sunt analizate anual și actualizate, după caz.	I						
03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	C						
03.02.01.01.02	Spitalul respectă reglementarea privitoare la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.	I						
03.02.01.02	Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.	C						

03.02.01.02.01	Activitatea Consiliului etic este reglementată specific la nivelul spitalului.	I						
03.02.02.01	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/aparținătorilor/împuțerniciilor documentele medicale solicitate.	C						
03.02.02.01.01	Condițiile specifice de eliberare a documentelor medicale solicitate de către pacienți/aparținători/împuțernici/autorități sunt menționate într-o reglementare respectată de către spital.	I						
03.02.02.01.02	Instruirea personalului care avizează/eliberază documentele medicale solicitate de către pacienți/aparținători/împuțernici/autorități se face la angajare și ori de câte ori este necesar.	I						
03.02.02.02	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția autorităților autorizate/altor institutii datele medicale personale ale pacientului.	C						
03.02.02.02.01	Personalul medical este instruit cu privire la protecția datelor cu caracter personal.	I						
03.02.02.02.02	Spitalul are reglementată modalitatea de transmitere a datelor medicale ale pacientului către alte instituții / autorități.	I						
03.02.02.02.03	Personalul medical este informat cu privire la hotărârile judecatorești definitive și irevocabile care permit accesul la datele medicale și personale ale pacientului.	I						
03.02.03.01	Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	C						
03.02.03.01.01	Spitalul are reglementată modalitatea privind "a doua opinie medicală" în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, la solicitarea pacientului.	I						
03.02.03.01.02	Spitalul are reglementată modalitatea privind "a doua opinie medicală" în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate, la solicitarea pacientului.	I						
03.02.03.02	Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care sunt angajați ai spitalului.	C						
03.02.03.02.01	Spitalul instruește anual personalul medical în legatură cu procedurile care asigură accesul pacientului la "a doua opinie medicală".	I						
03.02.04.02	Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.	C						

03.02.04.02.01	<i>Spitalul are reglementată intervenția în cazul persoanelor neautorizate.</i>	<i>I</i>						
03.02.05.01	<i>Spitalul asigură condițiile și procedurile pentru înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.</i>	<i>C</i>						
03.02.05.01.01	<i>Personalul medical este instruit cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.</i>	<i>I</i>						
03.02.05.02	<i>Spitalul asigură condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic și de cercetare.</i>	<i>C</i>						
03.02.05.02.01	<i>Spitalul are reglementată activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scopul medical, didactic și de cercetare.</i>	<i>I</i>						
03.02.05.02.02	<i>Personalul medical este instruit privitor la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare.</i>	<i>I</i>						
03.03.02.01	<i>Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.</i>	<i>C</i>						
03.03.02.01.01	<i>Spitalul are reglementată și aplică modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 23-Managementul informațiilor (datelor statistice și sportul IT)

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru
completarea listei de verificare

45
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

Coordonator activitate "statistică-DRG" +
coordonator activitate" IT"

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc
completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este
înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați
numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 23

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.04.03.01	<i>Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.</i>	<i>C</i>						
01.04.03.01.01	<i>Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.</i>	<i>I</i>						
01.04.03.01.02	<i>Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.</i>	<i>I</i>						
01.05.01.01	<i>Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.</i>	<i>C</i>						
01.05.01.01.02	<i>Planul de dezvoltare al sistemului informațional este realizat pe baza nevoilor informaționale ale organizației.</i>	<i>I</i>	<i>se verifică corespondența între (1)elementele analizei și (2)elemente din planul de dezvoltare</i>					
01.05.01.01.03	<i>Planul de dezvoltare al sistemului informațional stabilește modelul de interoperabilitate informațională în raport cu particularitățile spitalului.</i>	<i>I</i>	<i>se verifică corespondența între (1)elementele analizei și (2)elemente de particularitate ale spitalului</i>					
01.05.01.01.04	<i>Interoperabilitatea informațională permite realizarea unui „tablou de bord” care susține actul decizional.</i>	<i>I</i>	<i>se verifică existența și funcționalitatea “tabloului de bord”</i>					

01.05.01.01.05	Scalabilitatea și complexitatea soluțiilor de tehnologizare, documentate în Planul de dezvoltare al sistemului informațional, acoperă toate structurile organizației.	I	se verifică corespondența între (1)elementele de scalabilitatea și complexitate a soluțiilor de tehnologizare, documentate în Planul de dezvoltare al sistemului informațional și (2)elemente de structură al organizației					
01.05.01.01.06	Identificarea unui pacient în spital se face pe baza unui cod unic alocat pacientului.	I						
01.05.01.02	Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerințele activității spitalului.	C						
01.05.01.02.03	Există software care permite transmiterea investigațiilor direct către prescriptor.	I	e-mail si/sau alte platforme (telefon, programe speciale)					
01.05.01.02.04	Mentenanța sistemului informatic este asigurată pentru fiecare componentă (software, hardware și de comunicații).	I						
01.05.01.02.05	Spitalul monitorizează remedierea disfuncționalităților sistemului informatic în conformitate cu prevederile contractului de mentenanță.	I						
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.03	Personalul spitalului are acces în timp real la datele și informațiile necesare îndeplinirii responsabilităților.	I	(1)interviu angajați, (2)funcționabilitatea intranetului					
01.05.02.02	Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.	C						
01.05.02.02.01	Nivelele de acces la informații sunt definite pentru fiecare categorie de personal.	I						
01.05.02.02.02	Există alertă în caz de virusare accidentală/intenționată.	I						
01.05.02.02.03	Integritatea informațiilor este reglementată și asigurată prin utilizarea filtrelor de verificare succesivă.	I						
01.05.03.02	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permit eficientizarea activității în spital.	C						

01.05.03.02.04	Există evidențe lunare pentru intervenții și dezvoltarea aplicațiilor informatice.	I						
01.05.03.02.05	Riscurile aferente sistemului informatic în raport cu fiabilitatea, complexitatea și scalabilitatea acestuia sunt identificate și tratate.	I						
01.05.04.02	Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.	C						
01.05.04.02.01	Accesul la datele din sistemul informatic este reglementat și respectat la nivelul spitalului.	I	se verifică (1) existența reglementării și cu reglementarea în față (2) îl întrebi cum face					
01.05.04.02.02	Accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului este reglementată și aplicată.	I	se verifică (1) existența reglementării și cu reglementarea în față (2) îl întrebi cum face					
01.05.04.02.03	Aplicațiile informatice care accesează date cu caracter personal au setată secvența de delogare automată a utilizatorilor care nu utilizează aplicația într-un interval de timp definit la nivel de spital.	I	verificare pe viu/calculator					
01.05.04.02.04	Înregistrările permit identificarea utilizatorului și a momentului efectuării lor.	I	se verifică "logul"					
01.05.04.02.05	Fiecare utilizator al sistemului informatic poate să-și gestioneze din contul său propria parolă.	I	verificare pe viu/calculator					
01.05.04.02.06	Administratorul de sistem informatic asigură managementul conturilor de utilizatori pentru aplicațiile informatice, conform reglementărilor interne.	I						
01.05.04.02.09	Manualul de utilizare pentru aplicațiile informatice utilizate în spital, cu ultima versiune în uz, în conformitate cu aplicația utilizată este accesibil personalului spitalului.	I						
01.05.04.02.10	Instruirea personalului pentru utilizarea bazelor de date este efectuată conform planificării.	I						
01.05.04.03	Spitalul asigură sisteme de back-up al informației.	C						
01.05.04.03.01	Aplicațiile informatice sunt prevăzute cu sisteme automate de back-up al bazelor de date.	I	verificare pe viu					
01.05.04.03.02	Sistemul automat de back-up informatic este funcțional.	I	verificare pe viu					
01.05.04.04	Spitalul asigură monitorizarea și controlul utilizării sistemelor informaționale.	C						
01.05.04.04.06	Vulnerabilitățile sistemului informatic sunt identificate și analizate semestrial și sunt luate măsuri în consecință.	I						

01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.06	<i>Baza de date a pacienților este accesibilă facil, la nevoie, inclusiv după externarea acestora, persoanelor autorizate.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.07	<i>Protecția sistemului informatic este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.08	<i>Spitalul utilizează un sistem și/sau un software de management al rețelei.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.09	<i>Sistemul informatic al spitalului are protecție antivirus actualizată.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.10	<i>Mediile de stocare (serverele pe care se stochează informațiile) se află în spații securizate și protejate.</i>	<i>I</i>						
01.05.05.01	<i>Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital.</i>	<i>C</i>						
01.05.05.01.01	<i>Există un portal intranet/bibliotecă electronică utilizat/utilizată pentru informarea personalului angajat.</i>	<i>I</i>						
01.05.05.02	<i>Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.</i>	<i>C</i>						
01.05.05.02.01	<i>Structura portalului intranet de la nivelul spitalului conține o secțiune distinctă, dedicată instruirii și schimbului de informații profesionale între angajați.</i>	<i>I</i>						
01.05.05.02.02	<i>Responsabilii cu asigurarea securității sistemului informațional și de comunicații sunt instruiți pentru gestionarea și managementul informațiilor, anual.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02	<i>Spitalul a identificat patologii pentru care dispune de resurse.</i>	<i>C</i>						
02.01.01.02.01	<i>Spitalul are evidența anuală a cazurilor transferate pe cod de boală.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.04	<i>Număr cazuri transferate spre alte unități sanitare chiar dacă există în spital specialitățile necesare tratării pacienților per număr cazuri prezentate.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.05	<i>Număr cazuri transferate spre alte unități sanitare din motiv că nu există în spital specialitățile necesare preluării pacienților per număr cazuri prezentate.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.06	<i>Număr cazuri transferate din motivul depășirii capacității de preluare spre îngrijire.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.07	<i>Număr total cazuri internate din număr total cazuri prezentate, pe an.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.08	<i>Număr total cazuri preluate prin transfer, de la alte unități sanitare per număr total cazuri internate, pe an.</i>	<i>I</i>						

02.01.01.02.09	<i>Număr cazuri preluate prin transfer pe baza de protocol, de la fiecare unitate sanitară trimițătoare pe an, cu distribuția lunară a acestora.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.10	<i>Număr cazuri preluate prin transfer fără protocol existent, de la fiecare unitate sanitară trimițătoare pe an, cu distribuția lunară a acestora.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.11	<i>Număr cazuri preluate de la unități sanitare cu care nu există protocol de transfer per număr total cazuri preluate de la alte unități sanitare, pe an.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.01	<i>Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.</i>	<i>C</i>						
02.01.02.01.06	<i>Există posibilitatea de programare de către medicul prescriptor fără ca pacientul să parcurgă circuitul programărilor.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 24-Managementul arhivei

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

15
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

arhivar / coordonator activitate
"administrativă"

C. Altele

* ACTIVITATE EXTERNALIZATĂ :
interviu cu coordonatorul activității
administrative / responsabilul cu contractul

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 24

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.03	<i>Toate documentele privind pacientul care s-a aflat la un moment dat într-un proces de evaluare și/sau tratament sunt centralizate în dosarul unic al pacientului (letric și electronic).</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.04	<i>Există plan de măsuri tehnice și organizatorice pentru protejarea și arhivarea datelor (fizic și electronic) cu caracter personal și medical (împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii sau accesului neautorizat, inclusiv accesul fizic la server, precum și împotriva oricărei alte forme de prelucrare ilegală).</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.05	<i>Evaluarea eficacității planului de măsuri tehnice și organizatorice pentru protejarea și arhivarea datelor (fizic și electronic) cu caracter personal și medical (împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii sau accesului neautorizat, inclusiv accesul fizic la server, precum și împotriva oricărei alte forme de prelucrare ilegală) se face anual.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.06	<i>Baza de date a pacienților este accesibilă facil, la nevoie, inclusiv după externarea acestora, persoanelor autorizate.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.11	<i>Arhivarea documentelor este reglementată la nivelul spitalului și respectată.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.12	<i>Există un nomenclator arhivistic aprobat conform legii.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.13	<i>În nomenclatorul arhivistic sunt incluse documentele rezultate din activitatea structurii de management al calității serviciilor.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.16	<i>Arhivarea fizică a documentelor de la nivelul spitalului asigură condiții de securitate împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii sau accesului neautorizat.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.17	<i>La nivelul spitalului, eliberarea duplicatelor documentelor emise, este reglementată.</i>	<i>I</i>						

01.05.04.06	<i>Distrugerea documentelor/înregistrărilor se realizează cu păstrarea confidențialității și securității datelor.</i>	<i>C</i>					
01.05.04.06.01	<i>Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate este reglementată la nivelul spitalului și respectată.</i>	<i>I</i>					
01.05.04.06.02	<i>Propunerile de casare cuprind desfășurătorul documentelor vizate, aprobat de conducerea unității.</i>	<i>I</i>					
01.05.04.06.03	<i>Pentru distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate este desemnată, de fiecare dată, o comisie de casare.</i>	<i>I</i>					
01.05.04.06.04	<i>Fiecare episod de casare a documentelor spitalului este documentat.</i>	<i>I</i>					
03.02.01.02	<i>Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.</i>	<i>C</i>					
03.02.01.02.03	<i>Nomenclatorul arhivistic al spitalului a fost actualizat cu includerea documentelor rezultate din activitatea Consiliului etic.</i>	<i>I</i>					

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 25-Managementul urgențelor medico-chirurgicale în UPU/CPU

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru
completarea listei de verificare

135
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

șef / coordonator UPU/CPU

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc
completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este
înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați
numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 25

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	C						
01.03.01.01.03	Managementul resursei umane a UPU/CPU/camera de gardă are în vedere analiza lunară a numărului de prezentări la UPU/CPU/cameră de gardă per număr de medici UPU/CPU/cameră de gardă.	I	analiza					
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.11	Personalul medical este evaluat periodic privitor la respectarea reglementărilor specifice documentării activității sale.	I						
01.04.02.01	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.	C						
01.04.02.01.02	Costurile aferente serviciilor oferite pacientului sunt analizate anual.	I						
01.04.02.02	Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.	C						
01.04.02.02.01	Există analiză anuală a veniturilor planificate comparativ cu cele realizate.	I						
01.04.02.02.03	Există analiză anuală a costurilor în vederea eficientizării cheltuielilor.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.	I						
01.04.03.01.02	Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.	I						
01.04.03.01.04	Măsurile de îmbunătățire a costurilor aferente serviciilor oferite pacientului sunt implementate.	I	rapoarte/constatări ale implementării măsurilor					
01.04.03.01.06	Măsurile rezultate în urma analizei comparative a costurilor înregistrate cu veniturile realizate sunt implementate.	I	rapoarte/constatări ale implementării măsurilor					

01.04.03.02	Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.	C						
01.04.03.02.02	Există analiză a îndeplinirii indicatorilor de performanță asumați la toate nivelurile de management și sunt adoptate măsuri în consecință.	I						
01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	C						
01.04.04.03.01	Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu medicamente.	I	discuții cu șefii de secții/servicii + as șefe					
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.04	Spitalul are organizat un sistem de înregistrare a pacienților.	I						
01.05.02.02	Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.	C						
01.05.02.02.03	Integritatea informațiilor este reglementată și asigurată prin utilizarea filtrelor de verificare succesivă.	I						
01.05.03.02	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permit eficientizarea activității în spital.	C						
01.05.03.02.01	Există proceduri operaționale pe categorii de activități.	I	care cuprind recomandări cu privire la completarea corectă a documentelor, colectarea și transmiterea datelor în vederea prelucrării pentru evaluarea eficienței activității.					
01.05.03.02.03	Există persoane desemnate pentru verificarea documentelor conform planificării prealabile.	I						
01.06.02.02	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.	C						
01.06.02.02.02	Comunicarea cu prioritate a rezultatelor investigațiilor și/sau a nevoii de tratament/intervenție, în cazul în care este pusă în pericol viața pacientului, este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.06.02.02.03	Comunicarea în situații cu risc/de criză este reglementată la nivelul spitalului.	I						

01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/apartinătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.03	Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente este reglementată.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.41	Reglementarea referitoare la manipularea pacienților în condiții de siguranță este respectată.	I						
01.08.02.01.71	Există infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților.	I	de facut mv					
01.08.02.01.83	Vizitarea pacienților din secțiile de terapie intensivă este reglementată.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.05	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I	de facut mv					
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.04	Curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de contaminare chimică este efectuată de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.09.08	Curățirea și/sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de contaminare biologică, este efectuată de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.11	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.03	Serviciul UPU/CPU are organizată o recepție proprie, cu resurse dimensionate proporțional cu volumul numeric și fluxul urgențelor.	I						

01.09.01.01.05	Spațiile de așteptare sunt dimensionate conform numărului estimat de persoane care le accesează.	I						
01.09.01.01.06	Spațiile de așteptare sunt dotate cu mobilier în funcție de numărului estimat de persoane care le accesează.	I						
01.09.01.01.34	Sistemul de backup gaze medicinale este asigurat în toate locațiile în care acestea sunt necesare.	I						
01.09.01.01.38	Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi, pe secție/compartiment.	I						
01.09.01.01.39	Număr paturi-cântar per numar total de paturi, pe secție/compartiment.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.06	Număr de brancarde funcționale și cu elemente de siguranță per număr de paturi.	I						
01.09.01.03.07	Număr de fotolii rulante funcționale și cu elemente de siguranță per număr de paturi.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.06	Există posibilitatea de programare de către medicul prescriptor fără ca pacientul să parcurgă circuitul programărilor.	I						
02.01.02.01.09	Spitalul are prevederi specifice care reglementează accesul la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.01	Evidența centralizată zilnică a paturilor libere din secții este comunicată UPU/CPU/camerei de gardă.	I						
02.01.03.02	Personalul medical angajat în unitatea de primiri urgențe/compartimentul de primiri urgențe (UPU/CPU) este calificat conform prevederilor legale și este instruit periodic în special în ce privește atitudinea în urgențele cu o incidență mai scăzută.	C						
02.01.03.02.03	Există planificarea instruirilor personalului care își desfășoară activitatea în UPU/CPU pentru urgențele cu incidență scăzută.	I	(1)există planificarea, (2)include și "...pentru urgențele cu incidență scăzută"					
02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.	C						

02.01.03.03.01	<i>Triajul urgențelor la UPU/CPU/camera de gardă este reglementat și efectuat utilizând un scor pentru prioritizarea accesului pacienților la diagnostic și aplicarea tratamentului în urgență.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.02	<i>Triajul urgențelor la UPU/CPU/camera de gardă se face de către personal desemnat, instruit și evaluat periodic în acest scop.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.03	<i>La nivelul spitalului este reglementat modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.05	<i>Timpul de prezentarea la solicitare a medicilor specialiști de pe secții, în UPU/CPU/CG este analizat de către Consiliu medical.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.07	<i>Rotația personalului pentru asigurarea triajului urgențelor la UPU/CPU este reglementată.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.08	<i>La nivelul UPU/CPU/camerei de gardă este transmis zilnic numărul și locația unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.09	<i>Există evaluare a costului mediu al investigațiilor efectuate în UPU/CPU/camera de gardă per pacient neinternat.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.10	<i>Costului mediu direct al investigațiilor efectuate în UPU/CPU/camera de gardă per pacient neinternat în ultimul an calendaristic.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.11	<i>Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.12	<i>Măsurile de îmbunătățire a activității UPU/CPU/camera de gardă se bazează și pe analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.13	<i>Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.14	<i>Măsurile de îmbunătățire a activității UPU/CPU/camera de gardă se bazează și pe analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.15	<i>Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.</i>	<i>I</i>						

02.01.03.03.16	Măsurile de îmbunătățire a activității UPU/CPU/camera de gardă se bazează și pe analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.	I						
02.01.03.03.17	Există personal desemnat în UPU/CPU/camera de gardă pentru spălarea, decontaminarea pacienților / personalului contaminat.	I						
02.01.03.03.18	Colaborarea dintre UPU /CPU/camera de gardă și serviciile de urgență prespitalicești este reglementată și implementată.	I						
02.01.03.03.19	Numărul de prezentări la UPU/CPU/cameră de gardă per număr de medici UPU/CPU/cameră de gardă, pe lună.	I						
02.01.03.03.20	Număr internări de urgență per număr total internări, pe an.	I						
02.01.03.03.21	Număr internări per număr total prezentări în UPU/CPU/camera de gardă, pe an.	I						
02.01.03.03.22	Număr pacienți internați prin UPU/CPU/camera de gardă în perioada Luni-Joi inclusiv per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.23	Număr pacienți internați UPU/CPU/camera de gardă în perioada Vineri-Duminică, inclusiv per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.24	Număr pacienți internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.25	Număr pacienți consultați interdisciplinar la internare per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.26	Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe an.	I						
02.01.03.03.27	Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe an.	I						
02.01.03.03.28	Număr pacienți internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.29	Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe an.	I						
02.01.03.03.30	Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe an.	I						

02.01.03.03.31	Număr pacienți internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.32	Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe an.	I						
02.01.03.03.33	Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe an.	I						
02.01.03.03.34	Număr pacienți internați ca urgență medico-chirurgicală sau acutizare a unei patologii cronice per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.35	Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe an.	I						
02.01.03.03.36	Număr pacienți transportați de SMURD la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe an.	I						
02.01.03.03.37	Număr pacienți transportați de Ambulanțe private la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe an.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.01	Există instructaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/apartinătorilor.	I						
02.01.04.02.03	La nivelul spitalului se respectă reglementarea referitoare la conținutarea și/sau izolarea pacienților agresivi.	I						
02.01.04.02.05	Personalul medical este instruit pentru identificarea semnelor clinice ale sevrajului / intoxicației sau utilizării substanțelor generatoare de adicție.	I						
02.01.04.02.06	Spitalul asigură posibilitatea testărilor specifice în cazul sevrajului / intoxicației sau utilizării substanțelor psihoactive și generatoare de adicție.	I						
02.02.01.02	Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.	C						
02.02.01.02.01	Există evidență a categoriilor de pacienți care depășesc nivelul de competență al spitalului.	I						
02.02.02.01	Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.	C						
02.02.02.01.01	Există psiholog/psihoterapeut implicat în asigurarea continuității îngrijirilor.	I						
02.02.02.01.02	Există asistent social implicat în asigurarea continuității îngrijirilor.	I						

02.02.02.03	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.	C						
02.02.02.03.01	Este respectată metodologia de evaluare a durerii pe bază de scoruri.	I						
02.03.01.03	Protocoloalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	C						
02.03.01.03.01	Secția are analiza semestrială a abaterilor de la aplicarea protocoloalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.04	Evaluarea eficienței și eficacității protocoloalelor se efectuează periodic.	C						
02.03.01.04.02	Secția are analiza semestrială a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai aplicării protocoloalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.05	Actualizarea protocoloalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.	C						
02.03.01.05.01	Există măsuri de modificare a protocoloalelor adoptate ca urmare a analizei indicatorilor de eficiență și eficacitate a protocoloalelor.	I						
02.03.01.05.02	Există protocoale analizate, revizuite sau nou elaborate, ca urmare a modificărilor capacității tehnico-materiale a spitalului.	I						
02.03.01.05.03	Spitalul monitorizează protocolul specific referitor la prescrierea și administrarea medicației analgezice pacienților, în vederea prevenirii adicției la aceasta.	I	(1)există? (2)rezultatele monitorizării protocolului					
02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	C						
02.03.02.01.09	Spitalul asigură consultul psihiatric în caz de necesitate.	I	prin serviciu propriu de psihiatrie sau psihiatru de proximitate/					
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.12	Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la prescrierea unei investigații paraclinice până la sosirea rezultatului.	I						
02.03.03.01.13	Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la solicitarea consultului medicului de gardă, până la efectuarea acestuia.	I						

02.03.03.01.14	Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la solicitarea consultului interdisciplinar, până la efectuarea acestuia.	I						
02.05.01.01	Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.	C						
02.05.01.01.01	Serviciile clinice au stabilit un set de investigații specific specialităților.	I						
02.05.01.01.05	Laboratoarele au stabilit și comunicat secțiilor timpul de emiter al rezultatelor/interpretărilor investigațiilor solicitate în regim de urgență.	I						
02.05.01.01.06	Laboratoarele comunică secțiilor timpul de emiter al rezultatelor/interpretărilor investigațiilor solicitate în regim normal.	I						
02.05.01.01.08	Spitalul are stabilite și comunicate medicilor investigațiile care necesită aprobare prealabilă.	I						
02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	C						
02.05.02.01.06	Există analiza neconformităților investigațiilor solicitate, făcută împreună cu medicii de pe secții și ambulator.	I						
02.05.02.02	Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.	C						
02.05.02.02.04	Sistemul de comunicare a rezultatelor investigațiilor și consulturilor are o modalitate de semnalizare de alertare, pentru rezultatele critice.	I						
02.05.02.03	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.	C						
02.05.02.03.03	Sunt aplicate protocoale pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.07	Spitalul utilizează sistem de transmitere electronică a rezultatelor de laborator medicului prescriptor.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.01	Fiecare secție are stabilită medicația cu risc de administrare și/sau financiar.	I						

02.09.01.01.02	<i>Fiecare secție are reglementată prescrierea/administrarea medicației cu risc.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.06	<i>Codul de pe prescripția eliberată de farmacie permite identificarea numelui și prenumelui pacientului prin programul informatic utilizat atât de farmacie cât și de secții.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.10	<i>Prescrierea medicamentelor este reglementată în limitele competenței specialităților.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.03	<i>Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.</i>	<i>C</i>						
02.09.01.03.02	<i>Medicii curanți au acces în timp real la informații cu privire la disponibilul de medicamente în farmacie.</i>	<i>I</i>						
02.09.02.02	<i>Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.</i>	<i>C</i>						
02.09.02.02.04	<i>Nomenclatorul de medicamente validat în vederea utilizării în spital este accesibil informatic personalului medical și farmaceutic.</i>	<i>I</i>						
02.09.02.02.05	<i>Spitalul stabilește, pentru fiecare secție și în farmacie, responsabilii cu monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice, monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră.</i>	<i>I</i>						
02.09.02.02.09	<i>Circuitul medicamentelor eliberate și neutilizate este reglementat, respectat și monitorizat.</i>	<i>I</i>						
02.09.02.04	<i>Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.</i>	<i>C</i>						
02.09.02.04.03	<i>Registrele de evidență stupefiante sunt completate la zi și securizate în farmacie și pe secțiile din spital.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01	<i>Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.</i>	<i>C</i>						
02.10.01.01.05	<i>Lista de antibiotice disponibile în spital este accesibilă medicilor prescriptori, în orice moment.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01.06	<i>Lista cu antibiotice de rezervă este actualizată în funcție de profilul antibiologic rezistenței și accesibilă medicilor prescriptori.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01.07	<i>Există listă cu antibiotice oprite temporar de la utilizare în urma analizei anuale a sensibilității la antibiotice a microorganismelor identificate la pacienți.</i>	<i>I</i>						

02.10.01.01.08	Există listă cu antibiotice pentru antibioprolaxie, recomandată de SPLIAAM/CPLIAAM, pe baza analizei anuale a sensibilității la antibiotice a microorganismelor identificate la pacienți.	I						
02.10.03.03	Farmacia informează periodic prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la antibioticele disponibile, precum și consumul de antibiotice realizat pe secții/compartimente cu paturi și pe medici.	C						
02.10.03.03.03	Farmacia informează lunar prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la consumul de antibiotice și returnul acestora, pentru fiecare secție.	I						
02.10.03.03.04	Farmacia informează lunar prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la consumul de antibiotice per medic.	I						
02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.	C						
02.10.05.01.02	Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.	I						
02.10.05.02	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.	C						
02.10.05.02.03	Există măsuri adoptate la nivelul secțiilor, în urma analizelor semestriale privind reducerea consumului de antibiotice.	I						
02.10.05.02.04	Există date privind evoluția consumului de antibiotice, ca urmare a măsurilor adoptate, la nivelul secției.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.02	La nivelul secției/compartimentului există evidența cazurilor expuse accidental la produse biologice.	I						
02.11.02.02	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează calitatea aerului și adoptă măsuri pentru a limita apariția infecțiilor aerogene.	C						
02.11.02.02.01	Este implementată procedura de monitorizare a încărcăturii microbiene aeriene din încăperi unde există riscuri de colonizare/infectare: săli de operații, săli de pansamente, săli de nașteri, saloane de prematuri etc.	I						

02.11.04.03	<i>Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.03.01	<i>La nivelul secției există o evidență a aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.03.03	<i>Se respectă reglementarea de verificare a menținerii sterilității aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.06	<i>Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.06.07	<i>Procedura operațională de supraveghere a accidentului cu expunere la produse biologice (AES) este implementată.</i>	<i>I</i>						
02.12.01.04	<i>Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.</i>	<i>C</i>						
02.12.01.04.01	<i>La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.</i>	<i>I</i>	de facut mv					
02.12.01.04.03	<i>În cazul transferului se utilizează minimum două date de identificare a pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.12.01.04.05	<i>Pacientul este identificat cu ocazia fiecărei intervenții diagnostice sau terapeutice.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.02	<i>Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.</i>	<i>C</i>						
02.12.02.02.02	<i>Depozitarea, etichetarea, prescrierea și utilizarea medicamentelor cu risc înalt sunt monitorizate.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.02.03	<i>Există analiză, cel puțin semestrială a consumului de medicamente cu risc înalt.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.03	<i>Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.</i>	<i>C</i>						
02.12.02.03.01	<i>Activitatea de recepție, depozitare, prescriere și eliberare, transport și administrare a medicamentelor cu risc de a crea dependență este reglementată și strict monitorizată.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.03.02	<i>Administrarea medicamentelor stupefiante și/sau a substanțelor sub control național (ex.: ketamina) se face sub supravegherea medicului specialist.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.03.04	<i>Spitalul aplică reglementarea specifică referitoare la utilizarea medicației analgezice, în vederea prevenirii adicției la aceasta, de către personalul medical.</i>	<i>I</i>						

02.12.02.05	<i>Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.</i>	<i>C</i>						
02.12.02.05.04	<i>Soluțiile concentrate de electroliți nu sunt depozitate pe secții.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.05.05	<i>Diluția soluțiilor concentrate de electroliți este reglementată și respectată de personalul responsabil cu această activitate.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.05.06	<i>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.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.05.07	<i>Transportul soluțiilor de electroliți preparate, se face de personal instruit, în condiții de temperatură și siguranță conforme cu caracteristicile produsului.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.05.08	<i>Soluțiile de electroliți preparate pentru fiecare pacient în parte, sunt disponibile exclusiv pe secțiile unde acestea sunt administrate pacienților.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.05.09	<i>Soluțiile de electroliți sunt etichetate și sunt utilizate cel puțin două elemente de indentificare a pacienților pentru care au fost preparate.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.05.11	<i>Evenimentele adverse legate de administrarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt raportate voluntar, analizate și se iau măsuri pentru evitarea altor incidente similare.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.05.12	<i>Număr evenimente adverse la administrarea soluțiilor concentrate de electroliți per număr de pacienți cărora li s-au administrat soluții de electroliți, pe an.</i>	<i>I</i>						
02.12.03.01	<i>Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.</i>	<i>C</i>						
02.12.03.01.07	<i>Statusul pacientului inclusiv prezența escarelor, este transmis persoanei responsabile de preluarea pacientului pe secție și consemnat în documentele medicale.</i>	<i>I</i>						
02.12.03.02	<i>Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.</i>	<i>C</i>						
02.12.03.02.01	<i>Predarea-preluarea pacientului este monitorizată.</i>	<i>I</i>						
02.12.03.02.02	<i>Există înregistrări ale setului minim de date utilizat la predarea-primirea pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.12.03.02.03	<i>Există analiza semestrială a activității de predare-preluare a cazului.</i>	<i>I</i>						
02.14.02.02	<i>Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.</i>	<i>C</i>						

02.14.02.02.01	Există analiză anuală a rezultatelor obținute prin utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.14.02.02.04	Rezultatele evaluărilor a cazurilor tratate/rezolvate, pe patologii, realizate de către medicii specialiști sunt analizate.	I						
02.14.02.02.05	Rezultatele analizei privind utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament fundamentează revizuirea acestora.	I						
02.15.02.03	Spitalul are reglementate activitățile necesar a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.	C						
02.15.02.03.01	Situațiile de deces sunt înregistrate conform cerințelor legale în vigoare.	I						
02.15.02.03.02	Familia/apartinătorii sunt informați referitor la etapele care trebuie parcurse/soluționate după decesul pacientului.	I						
03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.03.03	Personalului medical este instruit cu privire la modalitatea și vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului.	I						
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.03	Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/apartinătorilor la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale și respectată de spital.	I						
03.01.02.01.07	Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.	I						
03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	C						
03.01.02.03.03	Personalului medical este instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la respectarea confidențialității datelor pacienților.	I						
03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	C						
03.02.01.01.02	Spitalul respectă reglementarea privitoare la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.	I						
03.02.01.01.04	Spitalul informează familia/apartinătorii privitor la decizia încetării furnizării asistenței medicale pacientului, înainte ca aceasta să se producă, cu respectarea reglementării specifice.	I						

03.03.01.01	Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu competența specifică.	C						
03.03.01.01.01	Spitalul asigură necesarul de medici de specialitate în limita de competență a fiecărei secții/compartiment.	I						
03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	C						
03.03.01.02.01	Spitalul are stabilite criterii pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.	I						
03.03.01.02.02	Există analiză anuală privind modul de respectare a limitei de competență profesională a personalului.	I						
03.03.01.02.03	Spitalul instruieste anual personalul medical în legatură cu reglementările care stabilesc limitarea practicii la propria specialitate.	I						
03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	C						
03.03.02.01.02	Spitalul instruieste anual personalul medical în legatură cu reglementările care stabilesc condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	I						
03.03.02.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.	C						
03.03.02.02.05	Există măsuri rezultate din analiza anuală a situațiilor privind depășirea competențelor medicale.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 26-Observare directă – UPU/CPU

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

45
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

Observare directă

C. Altele

În cazul spitalelor:

1. **cu mai multe farmacii (puncte de lucru) în structură** - se aplică pentru fiecare câte o listă

2. **fără farmacie în structură** - indicatorii care nu pot fi evaluați se notează ca neaplicabili, timpul utilizat fiind redus la

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 26

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.05.01.01	<i>Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.</i>	<i>C</i>						
01.05.01.01.06	<i>Identificarea unui pacient în spital se face pe baza unui cod unic alocat pacientului.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.06	<i>Marcaje/inscripționări sunt în limba română și multilingvistic, acolo unde este cazul.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.07	<i>Există marcaje/inscripționări și pentru nevăzători.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.08	<i>Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06	<i>Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.06.01	<i>Există afișate informații privind serviciile medicale și patologiiile tratate în spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06.02	<i>Programul serviciului de gardă este afișat.</i>	<i>I</i>						
01.06.02.03	<i>Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.</i>	<i>C</i>						
01.06.02.03.01	<i>Regulile de comportament în UPU/CPU/camera de gardă sunt afișate în zone accesibile pacienților/apartenențelor.</i>	<i>I</i>						
01.06.02.03.02	<i>Drepturile și obligațiile pacientului înscrise lizibil sunt afișate în zone accesibile pacienților/apartenențelor la UPU/CPU/camera de gardă .</i>	<i>I</i>						
01.06.02.03.03	<i>Informații privind condițiile de internare, respectiv externare, sunt puse la dispoziția pacienților/apartenențelor.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.08	<i>Circuitele de acces ale mașinilor la UPU / CPU / CG asigură evitarea incidentelor cu risc fizic.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare și recreere pentru pacienți/insoțitori/aparținători.	I						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	I						
01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei tărgi sau a unui pat mobil.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I	de facut mv					
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I						
01.08.02.01.30	Ușile se deschid numai în afară.	I						
01.08.02.01.31	Ușile nu au praguri.	I						
01.08.02.01.32	Ușile au sistemul de deschidere accesibil inclusiv persoanelor cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.37	Sunt utilizate prelungitoare în spațiile destinate activităților medicale.	I						
01.08.02.01.71	Există infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților.	I	de facut mv					
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înșepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.05	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I	de facut mv					
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.10	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I	de facut mv					
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						

01.09.01.01.03	Serviciul UPU/CPU are organizată o recepție proprie, cu resurse dimensionate proporțional cu volumul numeric și fluxul urgențelor.	I						
01.09.01.01.05	Spațiile de așteptare sunt dimensionate conform numărului estimat de persoane care le accesează.	I						
01.09.01.01.06	Spațiile de așteptare sunt dotate cu mobilier în funcție de numărului estimat de persoane care le accesează.	I						
01.09.01.01.08	Spațiile de așteptare au facilități funcționale de informare a pacienților / aparținătorilor / vizitatorilor.	I						
01.09.01.01.09	Spațiul de așteptare UPU/CPU/cameră de gară nu interferă cu circuitul de acces al urgențelor.	I						
01.09.01.01.10	Există semnalizări distincte, vizibile permanent pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu.	I						
01.09.01.01.11	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.	I						
01.09.01.01.12	Accesul mijloacelor care transportă pacienți în zona de primiri urgențe este asigurat și monitorizat.	I						
01.09.01.01.13	Zona exterioară de primiri urgențe este protejată împotriva intemperiilor.	I						
01.09.01.01.14	Pentru persoanele cu dizabilități spitalul asigură rampe adaptate, cu unghi nu mai mare de 25° sau alte facilități de acces.	I						
01.09.01.01.31	Există sistem de alertare funcțional și accesibil la nivelul fiecărui grup sanitar.	I						
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C						
01.09.01.02.01	Spitalul asigură mijloacele necesare pentru a respecta intimitatea pacientului.	I						
01.09.01.02.04	Funcționalitatea și starea de curățenie a grupurilor sanitare este menținută și consemnată.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.03.03	Există brancard cu suport lateral rabatabil, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie.	I	de facut mv					
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						

01.09.01.04.04	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.05	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	I						
01.09.01.04.07	Sunt asigurate ploști/bazine autoclavabile.	I						
01.09.01.09.03	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.	I						
02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.	C						
02.01.03.03.04	Triajul urgențelor la UPU/CPU/camera de gardă se face într-un spațiu definit și semnalizat.	I						
02.01.03.03.06	Serviciul UPU/CPU asigură paturi de supraveghere.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.10	Pentru persoanele cu dizabilități, nevoi speciale, spitalul asigură în serviciul de primire al pacienților, însoțitor permanent.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/apartinătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație pozitive per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.02	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.04	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I	de facut mv					
02.11.04.04.05	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I	de facut mv					
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.	I	de facut mv					
02.11.04.06.04	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						

02.11.04.06.05	<i>Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.</i>	<i>I</i>						
----------------	---	----------	--	--	--	--	--	--

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 27-Managementul urgențelor medico-chirurgicale în Camera de garda

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

45
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef / coordonator Cameră de gardă

C. Altele

1. Se aplică inclusiv pentru TIC/USTACC sau echivalentul (ex: UTIC etc)

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 27

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	C						
01.03.01.01.03	Managementul resursei umane a UPU/CPU/camera de gardă are în vedere analiza lunară a numărului de prezentări la UPU/CPU/cameră de gardă per număr de medici UPU/CPU/cameră de gardă.	I	analiza					
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.04	Spitalul are organizat un sistem de înregistrare a pacienților.	I						
01.06.02.02	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.	C						
01.06.02.02.02	Comunicarea cu prioritate a rezultatelor investigațiilor și/sau a nevoii de tratament/intervenție, în cazul în care este pusă în pericol viața pacientului, este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.06.02.02.03	Comunicarea în situații cu risc/de criză este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/aparținătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.03	Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente este reglementată.	I						
01.08.02.01.83	Vizitarea pacienților din secțiile de terapie intensivă este reglementată.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.05	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I	de facut mv					
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.04	Curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de contaminare chimică este efectuată de personal instruit și protejat.	I						

01.08.02.09.08	Curățirea și/sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de contaminare biologică, este efectuată de personal instruit și protejat.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.05	Spațiile de așteptare sunt dimensionate conform numărului estimat de persoane care le accesează.	I						
01.09.01.01.06	Spațiile de așteptare sunt dotate cu mobilier în funcție de numărului estimat de persoane care le accesează.	I						
01.09.01.01.34	Sistemul de backup gaze medicinale este asigurat în toate locațiile în care acestea sunt necesare.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.06	Număr de brancarde funcționale și cu elemente de siguranță per număr de paturi.	I						
01.09.01.03.07	Număr de fotolii rulante funcționale și cu elemente de siguranță per număr de paturi.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.06	Există posibilitatea de programare de către medicul prescriptor fără ca pacientul să parcurgă circuitul programărilor.	I						
02.01.02.01.09	Spitalul are prevederi specifice care reglementează accesul la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.01	Evidența centralizată zilnică a paturilor libere din secții este comunicată UPU/CPU/camerei de gardă.	I						
02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.	C						
02.01.03.03.01	Triajul urgențelor la UPU/CPU/camera de gardă este reglementat și efectuat utilizând un scor pentru prioritizarea accesului pacienților la diagnostic și aplicarea tratamentului în urgență.	I						
02.01.03.03.02	Triajul urgențelor la UPU/CPU/camera de gardă se face de către personal desemnat, instruit și evaluat periodic în acest scop.	I						
02.01.03.03.03	La nivelul spitalului este reglementat modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile.	I						

02.01.03.03.05	<i>Timpul de prezentare la solicitare a medicilor specialiști de pe secții, în UPU/CPU/CG este analizat de către Consiliu medical.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.08	<i>La nivelul UPU/CPU/camerei de gardă este transmis zilnic numărul și locația unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.09	<i>Există evaluare a costului mediu al investigațiilor efectuate în UPU/CPU/camera de gardă per pacient neinternat.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.10	<i>Costului mediu direct al investigațiilor efectuate în UPU/CPU/camera de gardă per pacient neinternat în ultimul an calendaristic.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.11	<i>Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.12	<i>Măsurile de îmbunătățire a activității UPU/CPU/camera de gardă se bazează și pe analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.13	<i>Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.14	<i>Măsurile de îmbunătățire a activității UPU/CPU/camera de gardă se bazează și pe analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.15	<i>Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.16	<i>Măsurile de îmbunătățire a activității UPU/CPU/camera de gardă se bazează și pe analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.17	<i>Există personal desemnat în UPU/CPU/camera de gardă pentru spălarea, decontaminarea pacienților / personalului contaminat.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.18	<i>Colaborarea dintre UPU/CPU/camera de gardă și serviciile de urgență prespitalicești este reglementată și implementată.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.19	<i>Numărul de prezentări la UPU/CPU/cameră de gardă per număr de medici UPU/CPU/cameră de gardă, pe lună.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.03.20	<i>Număr internări de urgență per număr total internări, pe an.</i>	<i>I</i>						

02.01.03.03.21	Număr internări per număr total prezentări în UPU/CPU/camera de gardă, pe an.	I						
02.01.03.03.22	Număr pacienți internați prin UPU/CPU/camera de gardă în perioada Luni-Joi inclusiv per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.23	Număr pacienți internați UPU/CPU/camera de gardă în perioada Vineri-Duminică, inclusiv per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.25	Număr pacienți consultați interdisciplinar la internare per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.28	Număr pacienți internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.29	Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe an.	I						
02.01.03.03.30	Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe an.	I						
02.01.03.03.31	Număr pacienți internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.32	Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe an.	I						
02.01.03.03.33	Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe an.	I						
02.01.03.03.34	Număr pacienți internați ca urgență medico-chirurgicală sau acutizare a unei patologii cronice per număr pacienți internați, pe an.	I						
02.01.03.03.35	Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe an.	I						
02.01.03.03.36	Număr pacienți transportați de SMURD la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe an.	I						
02.01.03.03.37	Număr pacienți transportați de Ambulanțe private la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe an.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.03	La nivelul spitalului se respectă reglementarea referitoare la conținerea și/sau izolarea pacienților agresivi.	I						

02.02.01.02	<i>Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.</i>	<i>C</i>						
02.02.01.02.01	<i>Există evidență a categoriilor de pacienți care depășesc nivelul de competență al spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.02.02.03	<i>Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.</i>	<i>C</i>						
02.02.02.03.01	<i>Este respectată metodologia de evaluare a durerii pe bază de scoruri.</i>	<i>I</i>						
02.03.03.01	<i>Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.</i>	<i>C</i>						
02.03.03.01.12	<i>Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la prescrierea unei investigații paraclinice până la sosirea rezultatului.</i>	<i>I</i>						
02.03.03.01.13	<i>Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la solicitarea consultului medicului de gardă, până la efectuarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
02.03.03.01.14	<i>Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la solicitarea consultului interdisciplinar, până la efectuarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.02	<i>Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.</i>	<i>C</i>						
02.05.02.02.04	<i>Sistemul de comunicare a rezultatelor investigațiilor și consulturilor are o modalitate de semnalizare de alertare, pentru rezultatele critice.</i>	<i>I</i>						
02.05.03.02.07	<i>Spitalul utilizează sistem de transmitere electronică a rezultatelor de laborator medicului prescriptor.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 28-Observare directă – camera de gardă

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru
completarea listei de verificare

15
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

Observare directă

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc
completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este
înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați
numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 28

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.02	<i>Documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament sunt păstrate în spații amenajate și dotate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06.01	<i>Există afișate informații privind serviciile medicale și patologiiile tratate în spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06.02	<i>Programul serviciului de gardă este afișat.</i>	<i>I</i>						
01.06.02.03	<i>Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.</i>	<i>C</i>						
01.06.02.03.01	<i>Regulile de comportament în UPU/CPU/camera de gardă sunt afișate în zone accesibile pacienților/apartinătorilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.02.03.02	<i>Drepturile și obligațiile pacientului înscrise lizibil sunt afișate în zone accesibile pacienților/apartinătorilor la UPU/CPU/camera de gardă .</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.25	<i>Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.37	<i>Sunt utilizate prelungitoare în spațiile destinate activităților medicale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02.03	<i>Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02.04	<i>Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.05	<i>La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.05.05	<i>Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
01.09.01.01	<i>Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.01.05	<i>Spațiile de așteptare sunt dimensionate conform numărului estimat de persoane care le accesează.</i>	<i>I</i>						

01.09.01.01.06	Spațiile de așteptare sunt dotate cu mobilier în funcție de numărului estimat de persoane care le accesează.	I						
01.09.01.01.08	Spațiile de așteptare au facilități funcționale de informare a pacienților / aparținătorilor / vizitatorilor.	I						
01.09.01.01.09	Spațiul de așteptare UPU/CPU/cameră de gardă nu interferă cu circuitul de acces al urgențelor.	I						
01.09.01.01.10	Există semnalizări distincte, vizibile permanent pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu.	I						
01.09.01.01.11	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.	I						
01.09.01.01.12	Accesul mijloacelor care transportă pacienți în zona de primiri urgențe este asigurat și monitorizat.	I						
01.09.01.01.13	Zona exterioară de primiri urgențe este protejată împotriva intemperiilor.	I						
01.09.01.01.14	Pentru persoanele cu dizabilități spitalul asigură rampe adaptate, cu unghi nu mai mare de 25° sau alte facilități de acces.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.09.03	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.06	Instalația de oxigen și vacuum este funcțională.	I	(1)există ? (2)este funcțională ?					
02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.	C						
02.01.03.03.04	Triajul urgențelor la UPU/CPU/camera de gardă se face într-un spațiu definit și semnalizat.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.10	Pentru persoanele cu dizabilități, nevoi speciale, spitalul asigură în serviciul de primire al pacienților, însoțitor permanent.	I						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.	I	de facut mv					

02.11.04.06.04	<i>Personalul medical utilizeaza mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.06.05	<i>Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 29-Managementul medical la nivel de secție

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

210
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție/coordonator compartiment de
sine stătător

- C. Observație:

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 29

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.03.01.04	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.	C						
01.03.01.04.10	Număr comunicări științifice/articole publicate cu temă managementul calității per număr total comunicări științifice/articole publicate din fiecare secție, pe an.	I						
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.11	Personalul medical este evaluat periodic privitor la respectarea reglementărilor specifice documentării activității sale.	I						
01.04.02.01	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.	C						
01.04.02.01.02	Costurile aferente serviciilor oferite pacientului sunt analizate anual.	I						
01.04.02.02	Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.	C						
01.04.02.02.01	Există analiză anuală a veniturilor planificate comparativ cu cele realizate.	I						
01.04.02.02.03	Există analiză anuală a costurilor în vederea eficientizării cheltuielilor.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.	I						
01.04.03.01.02	Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.	I						
01.04.03.01.04	Măsurile de îmbunătățire a costurilor aferente serviciilor oferite pacientului sunt implementate.	I	rapoarte/constatări ale implementării măsurilor					
01.04.03.01.06	Măsurile rezultate în urma analizei comparative a costurilor înregistrate cu veniturile realizate sunt implementate.	I	rapoarte/constatări ale implementării măsurilor					

01.04.03.02	Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.	C						
01.04.03.02.02	Există analiză a îndeplinirii indicatorilor de performanță asumați la toate nivelurile de management și sunt adoptate măsuri în consecință.	I						
01.04.03.02.03	Serviciile contractate de spital aferente secției se regăsesc ca act adițional la contractul de management al șefului de secție, actualizat la fiecare modificare cu impact în bugetul de venituri și cheltuieli al secției respective.	I						
01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	C						
01.04.04.03.01	Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu medicamente.	I	discuții cu șefii de secții/servicii + as șefe					
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.04	Spitalul are organizat un sistem de înregistrare a pacienților.	I						
01.05.02.02	Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.	C						
01.05.02.02.03	Integritatea informațiilor este reglementată și asigurată prin utilizarea filtrelor de verificare succesivă.	I						
01.05.03.02	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permit eficientizarea activității în spital.	C						
01.05.03.02.01	Există proceduri operaționale pe categorii de activități.	I	care cuprind recomandări cu privire la completarea corectă a documentelor, colectarea și transmiterea datelor în vederea prelucrării pentru evaluarea eficienței activității.					
01.05.03.02.03	Există persoane desemnate pentru verificarea documentelor conform planificării prealabile.	I						
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.02	Există evidența datelor de contact ale medicilor din teritoriu și a serviciilor medicale și conexe.	I						
01.06.01.07.04	Spitalul asigură condiții pentru accesul medicilor la Dosarul Electronic al Pacientului (DES).	I						

01.06.01.08	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.	C						
01.06.01.08.05	Spitalul asigură funcționalitatea permanentă a infrastructurii necesare consultării personalului medical extern.	I						
01.06.02.02	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.	C						
01.06.02.02.02	Comunicarea cu prioritate a rezultatelor investigațiilor și/sau a nevoii de tratament/intervenție, în cazul în care este pusă în pericol viața pacientului, este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.06.02.02.03	Comunicarea în situații cu risc/de criză este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.05	Regulile de comportament în spital sunt comunicate pacienților/aparținătorilor.	I						
01.06.02.03.06	Regulile de igienă personală sunt comunicate pacienților.	I						
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/aparținătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.03	Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente este reglementată.	I						
01.06.03.01.04	Medicul curant informează imediat aparținătorii pacientului despre transferul pacientului în secțiile de terapie intensivă.	I						
01.06.03.01.05	Aparținătorii pacientului și medicul curant sunt informați în legătură cu intenția de transfer al pacientului din secțiile de terapie intensivă.	I						
01.07.01.03	Structura de management al calității serviciilor coordonează procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate.	C						
01.07.01.03.07	La nivelul structurii de management al calității serviciilor există registrul procedurilor și protocoalelor.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.71	Există infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților.	I	de facut mv					
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						

01.08.02.05.05	<i>Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
01.08.02.13	<i>Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.13.11	<i>Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.13.12	<i>Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.01	<i>Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.01.15	<i>Există rezerve cu dotări speciale pentru pacienții cu patologie specifică, care necesită izolare.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02	<i>Spitalul a identificat patologii pentru care dispune de resurse.</i>	<i>C</i>						
02.01.01.02.08	<i>Număr total cazuri preluate prin transfer, de la alte unități sanitare per număr total cazuri internate, pe an.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.09	<i>Număr cazuri preluate prin transfer pe baza de protocol, de la fiecare unitate sanitară trimițătoare pe an, cu distribuția lunară a acestora.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.10	<i>Număr cazuri preluate prin transfer fără protocol existent, de la fiecare unitate sanitară trimițătoare pe an, cu distribuția lunară a acestora.</i>	<i>I</i>						
02.01.01.02.11	<i>Număr cazuri preluate de la unități sanitare cu care nu există protocol de transfer per număr total cazuri preluate de la alte unități sanitare, pe an.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.01	<i>Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.</i>	<i>C</i>						
02.01.02.01.01	<i>Există evidența zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.01.06	<i>Există posibilitatea de programare de către medicul prescriptor fără ca pacientul să parcurgă circuitul programărilor.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.01.07	<i>Există un sistem funcțional de programare a consultațiilor pentru bolnavii cronici.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.01.09	<i>Spitalul are prevederi specifice care reglementează accesul la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.01	<i>Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.</i>	<i>C</i>						

02.01.03.01.07	Există analiză a timpului și modalității de răspuns la situațiile interne care necesită asistență medicală de urgență.	I						
02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.	C						
02.01.03.03.05	Timpul de prezentare la solicitare a medicilor specialiști de pe secții, în UPU/CPU/CG este analizat de către Consiliu medical.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.01	Există instructaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/aparținătorilor.	I						
02.01.04.02.03	La nivelul spitalului se respectă reglementarea referitoare la conținutul și/sau izolarea pacienților agresivi.	I						
02.01.04.02.05	Personalul medical este instruit pentru identificarea semnelor clinice ale sevrului / intoxicației sau utilizării substanțelor generatoare de adicție.	I						
02.01.05.04	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie are prevăzute măsuri speciale, de prevenire și limitare a urmărilor unor manifestări comportamentale ale pacientului psihiatric, ce pot pune în pericol pacientul, pe cei din jur sau bunurile materiale.	C						
02.01.05.04.03	Spitalul respectă reglementarea referitoare la măsurile de izolare și conținutul pentru pacienții psihiatrici, inclusiv cei cu adicții.	I						
02.01.05.04.04	Izolarea și conținutul pentru pacienții psihiatrici, inclusiv cei cu adicții este consemnată în documentele medicale și monitorizată.	I						
02.01.05.04.06	Imobilizarea pacientului agresiv este efectuată cu ajutorul unui sistem de manșete (pentru cele patru membre și torace), conform reglementării specifice, pentru o perioadă de timp limitată.	I						
02.01.05.04.07	Izolarea pacientului agresiv se face într-o cameră special amenajată, la recomandarea medicului, pentru o perioadă de timp limitată.	I						
02.01.05.04.08	Decizia medicului de imobilizarea/izolarea pacientului agresiv este consemnată în FO.	I						
02.02.01.01	În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.	C						

02.02.01.01.01	Medicii sunt instruiți pentru utilizarea unitară a criteriilor de stabilire a modalității de rezolvare a cazului (ambulatoriu/spitalizare de zi/spitalizare continuă).	I						
02.02.01.01.04	Evaluarea pacientului în funcție de particularitățile imediate de îngrijire (modalitate transport pe secție, dieta, tip pat, tip saltea etc) este consemnată în FO.	I						
02.02.02.01	Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.	C						
02.02.02.01.01	Există psiholog/psihoterapeut implicat în asigurarea continuității îngrijirilor.	I						
02.02.02.02	Traseul pacientului este stabilit în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.	C						
02.02.02.02.03	Planul de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice cuprinde recomandările psihologului/asistentului social.	I						
02.02.02.03	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.	C						
02.02.02.03.01	Este respectată metodologia de evaluare a durerii pe bază de scoruri.	I						
02.03.01.03	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	C						
02.03.01.03.01	Secția are analiza semestrială a abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.04	Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.	C						
02.03.01.04.02	Secția are analiza semestrială a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai aplicării protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.05	Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.	C						
02.03.01.05.01	Există măsuri de modificare a protocoalelor adoptate ca urmare a analizei indicatorilor de eficiență și eficacitate a protocoalelor.	I						
02.03.01.05.02	Există protocoale analizate, revizuite sau nou elaborate, ca urmare a modificărilor capacității tehnico-materiale a spitalului.	I						

02.03.01.05.03	Spitalul monitorizează protocolul specific referitor la prescrierea și administrarea medicației analgezice pacienților, în vederea prevenirii adicției la aceasta.	I	(1)există? (2)rezultatele monitorizării protocolului					
02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	C						
02.03.02.01.03	Există medici desemnați pentru consulturile interdisciplinare interne și externe.	I						
02.03.02.01.06	Analiza concordanței diagnosticului clinic cu cel paraclinic este o practică curentă.	I						
02.03.02.01.07	Sunt prevăzute întâlniri comune între medicii de laborator și medicii clinicieni cu scopul analizei cazurilor deosebite.	I						
02.03.02.01.08	Evaluarea concordanței între diagnosticul clinic și cel anatomopatologic este realizată.	I						
02.03.02.01.09	Spitalul asigură consultul psihiatric în caz de necesitate.	I	prin serviciu propriu de psihiatrie sau psihiatru de proximitate/					
02.03.02.01.10	Condițiile de instituire a tratamentului paliativ sunt reglementate și cunoscute de medicii clinicieni.	I						
02.03.02.04	Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR).	C						
02.03.02.04.01	Este determinat clearance-ul de creatinină pentru fiecare bolnav internat.	I						
02.03.02.04.02	Numărul pacienților cu creatinina serică determinată în cursul internării per numărul pacienților internați.	I						
02.03.02.04.04	Examenul sumar de urină se efectuează fiecărui bolnav internat.	I						
02.03.02.04.06	În protocoalele clinice este precizată obligativitatea determinării raportului albumină (proteine)/creatinină în urină proaspăt emisă sau albuminurie (proteinurie) în urina din 24 ore, la bolnavii internați cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă/transplant).	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.04	Serviciul de gardă este asigurat, pentru fiecare secție cu paturi a spitalului.	I						
02.03.03.01.05	Intervalul maxim de prezentare a medicului de gardă de la domiciliu este respectat și înregistrat în documente.	I						

02.03.03.01.12	Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la prescrierea unei investigații paraclinice până la sosirea rezultatului.	I						
02.03.03.01.13	Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la solicitarea consultului medicului de gardă, până la efectuarea acestuia.	I						
02.03.03.01.14	Măsurile de îmbunătățire a activității medicale iau în considerare analiza timpului scurs de la solicitarea consultului interdisciplinar, până la efectuarea acestuia.	I						
02.03.04.01	Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului.	C						
02.03.04.01.03	Personalul medical care interacționează cu pacienții imunodeficitari respectă regulile asumate de igienă.	I						
02.03.04.01.05	Practica prevenirii trombozelor periferice este monitorizată.	I						
02.03.05.02	Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității.	C						
02.03.05.02.01	Există analiză, pe secții, a respectării modalității de consemnare a informațiilor privind activitatea proprie - datele primite, evoluția pacienților, recomandările de tratament/ consulturi/investigații etc.	I						
02.03.05.02.04	Există analiză a completării corecte și complete a foilor de observație pe secții și pe medici.	I						
02.05.01.01	Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.	C						
02.05.01.01.01	Serviciile clinice au stabilit un set de investigații specific specialităților.	I						
02.05.01.01.02	Există propuneri ale medicilor clinicieni pentru dezvoltarea serviciilor paraclinice.	I						
02.05.01.01.03	Spitalul are definită lista de investigații care se efectuează 24/7.	I						
02.05.01.01.04	Este definită lista investigațiilor asigurate în regim de urgență.	I						
02.05.01.01.05	Laboratoarele au stabilit și comunicat secțiilor timpul de emitere al rezultatelor/interpretărilor investigațiilor solicitate în regim de urgență.	I						
02.05.01.01.06	Laboratoarele comunică secțiilor timpul de emitere al rezultatelor/interpretărilor investigațiilor solicitate în regim normal.	I						
02.05.01.01.08	Spitalul are stabilite și comunicate medicilor investigațiile care necesită aprobare prealabilă.	I						

02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	C						
02.05.02.01.06	Există analiza neconformităților investigațiilor solicitate, făcută împreună cu medicii de pe secții și ambulator.	I						
02.05.02.02	Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.	C						
02.05.02.02.04	Sistemul de comunicare a rezultatelor investigațiilor și consulturilor are o modalitate de semnalizare de alertare, pentru rezultatele critice.	I						
02.05.02.03	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.	C						
02.05.02.03.03	Sunt aplicate protocoale pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională.	I						
02.05.02.03.04	Interpretările investigațiilor radiodiagnostice, imagistice și a explorărilor funcționale sunt comunicate în aceeași zi medicilor prescriptori.	I						
02.05.02.03.05	Interpretările și imaginile investigațiilor paraclinice sunt transmise și în format electronic.	I						
02.05.03.01	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.	C						
02.05.03.01.09	Solicitarea de investigații se face utilizând formulare tipizate.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.04	Laboratorul instruește periodic personalul responsabil de recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.	I						
02.05.03.02.07	Spitalul utilizează sistem de transmitere electronică a rezultatelor de laborator medicului prescriptor.	I						
02.08.01.01	Nevoile de îngrijiri paliative la pacienții cu boală cronică progresivă sunt identificate prompt și se iau măsuri adecvate.	C						
02.08.01.01.01	Personalul aplică protocolul de screening pentru nevoile de îngrijiri paliative.	I						
02.08.01.01.02	Durerea pacientului cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative este evaluată, de la preluare, pe baza unui scor.	I						

02.08.01.01.03	Totalitatea nevoilor de îngrijire paliativă ale cazului sunt înscrise în FO/documentele medicale.	I						
02.08.01.02	Internarea pacienților cu boală cronică progresivă și nevoi de îngrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.	C						
02.08.01.02.02	Criteriile de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative sunt comunicate medicilor specialiști.	I						
02.08.01.03	Personalul implicat în îngrijirea pacienților cu boli cronice progresive are pregătire recunoscută în îngrijiri paliative.	C						
02.08.01.03.01	Cel puțin un medic din fiecare secție/compartiment de îngrijire pacienți cu boli cronice progresive are competență/supraspecializare/atestat de paliativă.	I						
02.08.01.03.02	50% din medicii organizației, care au în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive, au absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de 3 zile.	I						
02.08.01.03.04	Educația medicală continuă a personalului implicat (medici, asistenți, psihologi, preoți etc) în asigurarea îngrijirilor pacienților cu boli cronice progresive, include minim 4 ore anual de pregătire specifică în îngrijiri paliative.	I						
02.08.01.04	Durerea și celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate.	C						
02.08.01.04.01	Durerea în bolile cronice progresive este monitorizată pe întreaga perioadă a îngrijirilor, utilizând scorurile specifice.	I						
02.08.01.04.03	Aprovizionarea cu morfină orală, cutanată (plasture) și injectabilă asigură continuitatea tratamentului durerii pentru pacienții cu nevoi de îngrijiri paliative.	I						
02.08.01.04.05	Număr pacienți cu nevoi de îngrijiri paliative tratați cu opioide per categorii de patologii, în ultimul an calendaristic, încheiat.	I						
02.08.01.04.06	Număr pacienți cărora pentru durere li s-a aplicat tratament non-opioid sau metode alternative de terapia durerii per număr pacienți care au necesitat terapie pentru durere, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.08.01.05	Pacienții cu boli cronice progresive "cazuri complexe" primesc îngrijire paliativă specializată.	C						
02.08.01.05.02	Transferul pacienților, considerați "cazuri complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată este reglementat la nivelul spitalului.	I						
02.08.03.03	Semnele și simptomele stării terminale se evaluează folosind scale standardizate și se documentează.	C						

02.08.03.03.01	<i>Aprecierea intensității simptomelor stării terminale se face utilizând un scor specific.</i>	<i>I</i>						
02.08.03.03.02	<i>Anxietatea și depresia sunt evaluate și monitorizate conform unui scor adoptat de spital.</i>	<i>I</i>						
02.08.03.03.03	<i>Spitalul are generalizată utilizarea scorurilor de evaluare și monitorizare specifice stării terminale, cel puțin, pentru nevoia de îngrijire, mobilitate, gradul de înțelegere.</i>	<i>I</i>						
02.08.03.03.04	<i>Scorurile de evaluare clinică a stării terminale sunt validate de către Consiliul medical.</i>	<i>I</i>						
02.08.03.05	<i>Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/aparținătorii este permanentă și parte definitorie a îngrijirii paliative.</i>	<i>C</i>						
02.08.03.05.01	<i>Personalul medical comunică cu familia/aparținătorii respectând opțiunile specifice exprimate și asumate de către pacientul cu nevoi de îngrijiri paliative .</i>	<i>I</i>						
02.08.03.05.02	<i>Personalul medical respectă opțiunile specifice exprimate și asumate de către pacientul cu nevoi de îngrijiri paliative în a îi comunica evoluția bolii.</i>	<i>I</i>						
02.08.03.06	<i>La externare, continuitatea îngrijirilor pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative se face luând în considerare opțiunile pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.08.03.06.01	<i>Personalul medical explică pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative opțiunile privitoare la continuitatea îngrijirilor la externare.</i>	<i>I</i>						
02.08.03.06.02	<i>Personalul medical respectă opțiunile specifice exprimate și asumate de către pacientul cu nevoi de îngrijiri paliative privitoare la continuitatea îngrijirilor la externare.</i>	<i>I</i>						
02.08.03.06.03	<i>Medicul curant este responsabil de comunicarea cu medicii de familie, alți specialiști implicați în îngrijirea pacientului în ambulatoriu, cu echipe de îngrijire paliativă la domiciliu, centre de zi, alte unități de îngrijire paliativă.</i>	<i>I</i>						
02.08.05.01	<i>Starea terminală este identificată și comunicată familiei/aparținătorilor.</i>	<i>C</i>						
02.08.05.01.01	<i>Starea terminală este identificată și înregistrată în documentele medicale.</i>	<i>I</i>						
02.08.05.01.02	<i>Familia/aparținătorii sunt informați despre starea terminală a pacientului cu boală cronică progresivă și nevoi de îngrijiri paliative, cu respectarea opțiunilor specifice făcute și asumate de către pacient.</i>	<i>I</i>						
02.08.05.02	<i>Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.</i>	<i>C</i>						

02.08.05.02.01	Spitalul are implementată reglementarea privind pacienții în stare terminală.	I						
02.08.05.02.02	Protocolul de stare terminală este cunoscut și aplicat de către personalul medical.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.01	Fiecare secție are stabilită medicația cu risc de administrare și/sau financiar.	I						
02.09.01.01.02	Fiecare secție are reglementată prescrierea/administrarea medicației cu risc.	I						
02.09.01.01.06	Codul de pe prescripția eliberată de farmacie permite identificarea numelui și prenumelui pacientului prin programul informatic utilizat atât de farmacie cât și de secții.	I						
02.09.01.01.10	Prescrierea medicamentelor este reglementată în limitele competenței specialităților.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.02	Medicii curanți au acces în timp real la informații cu privire la disponibilul de medicamente în farmacie.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.04	Nomenclatorul de medicamente validat în vederea utilizării în spital este accesibil informatic personalului medical și farmaceutic.	I						
02.09.02.02.05	Spitalul stabilește, pentru fiecare secție și în farmacie, responsabilii cu monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice, monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră.	I						
02.09.02.02.09	Circuitul medicamentelor eliberate și neutilizate este reglementat, respectat și monitorizat.	I						
02.09.02.04	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.	C						
02.09.02.04.03	Registrele de evidență stupefiante sunt completate la zi și securizate în farmacie și pe secțiile din spital.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						
02.10.01.01.05	Lista de antibiotice disponibile în spital este accesibilă medicilor prescriptori, în orice moment.	I						

02.10.01.01.06	<i>Lista cu antibiotice de rezervă este actualizată în funcție de profilul antibioticorezistenței și accesibilă medicilor prescriptori.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01.07	<i>Există listă cu antibiotice oprite temporar de la utilizare în urma analizei anuale a sensibilității la antibiotice a microorganismelor identificate la pacienți.</i>	<i>I</i>						
02.10.01.01.08	<i>Există listă cu antibiotice pentru antibioprolaxie, recomandată de SPLIAAM/CPLIAAM, pe baza analizei anuale a sensibilității la antibiotice a microorganismelor identificate la pacienți.</i>	<i>I</i>						
02.10.03.01	<i>Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.</i>	<i>C</i>						
02.10.03.01.02	<i>Eliberarea antibioticelor cu regim special se face numai pe baza existenței antibiogramelor cu rezultat relevant, cu aprobarea șefilor de secții și a directorului medical/manager.</i>	<i>I</i>						
02.10.03.03	<i>Farmacia informează periodic prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la antibioticele disponibile, precum și consumul de antibiotice realizat pe secții/compartimente cu paturi și pe medici.</i>	<i>C</i>						
02.10.03.03.03	<i>Farmacia informează lunar prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la consumul de antibiotice și returnarea acestora, pentru fiecare secție.</i>	<i>I</i>						
02.10.03.03.04	<i>Farmacia informează lunar prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la consumul de antibiotice per medic.</i>	<i>I</i>						
02.10.05.01	<i>Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.</i>	<i>C</i>						
02.10.05.01.02	<i>Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.</i>	<i>I</i>						
02.10.05.02	<i>Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.</i>	<i>C</i>						
02.10.05.02.03	<i>Există măsuri adoptate la nivelul secțiilor, în urma analizelor semestriale privind reducerea consumului de antibiotice.</i>	<i>I</i>						

02.10.05.02.04	Există date privind evoluția consumului de antibiotice, ca urmare a măsurilor adoptate, la nivelul secției.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.02	La nivelul secției/compartimentului există evidența cazurilor expuse accidental la produse biologice.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.03	Triajul epidemiologic zilnic al personalului sanitar în "zona curată" a spitalului este consemnat.	I	ordin 914/2006					
02.11.02.02	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează calitatea aerului și adoptă măsuri pentru a limita apariția infecțiilor aerogene.	C						
02.11.02.02.01	Este implementată procedura de monitorizare a încărcăturii microbiene aeriene din încăperi unde există riscuri de colonizare/infectare: săli de operații, săli de pansamente, săli de nașteri, saloane de prematuri etc.	I						
02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	C						
02.11.04.01.04	La nivelul secției, prevenirea infectării pacienților imunodeprimați este reglementată.	I						
02.11.04.01.05	Infecțiile de plagă operatorie sunt identificate, consemnate în FO și raportate sefului de secție de către medicul curant / chirurg operator.	I						
02.11.04.02	Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.	C						
02.11.04.02.07	Cazurile diagnosticate cu infecții de plagă sunt analizate de SSPLIAAM/CSPLIAAM împreună cu medicii curanți/chirurghi operatori.	I						
02.11.04.03	Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.04.03.01	La nivelul secției există o evidență a aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	I						

02.11.04.03.03	Se respectă reglementarea de verificare a menținerii sterilității aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.07	Procedura operațională de supraveghere a accidentului cu expunere la produse biologice (AES) este implementată.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.	I	de facut mv					
02.12.01.04.03	În cazul transferului se utilizează minimum două date de identificare a pacientului.	I						
02.12.01.04.05	Pacientul este identificat cu ocazia fiecărei intervenții diagnostice sau terapeutice.	I						
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.	C						
02.12.02.02.02	Depozitarea, etichetarea, prescrierea și utilizarea medicamentelor cu risc înalt sunt monitorizate.	I						
02.12.02.02.03	Există analiză, cel puțin semestrială a consumului de medicamente cu risc înalt.	I						
02.12.02.03	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.	C						
02.12.02.03.01	Activitatea de recepție, depozitare, prescriere și eliberare, transport și administrare a medicamentelor cu risc de a crea dependență este reglementată și strict monitorizată.	I						
02.12.02.03.02	Administrarea medicamentelor stupefiante și/sau a substanțelor sub control național (ex.: ketamina) se face sub supravegherea medicului specialist.	I						
02.12.02.03.04	Spitalul aplică reglementarea specifică referitoare la utilizarea medicației analgezice, în vederea prevenirii adicției la aceasta, de către personalul medical.	I						
02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.	C						
02.12.02.05.04	Soluțiile concentrate de electroliți nu sunt depozitate pe secții.	I						
02.12.02.05.05	Diluția soluțiilor concentrate de electroliți este reglementată și respectată de personalul responsabil cu această activitate.	I						
02.12.02.05.06	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.	I						

02.12.02.05.07	Transportul soluțiilor de electroliți preparate, se face de personal instruit, în condiții de temperatură și siguranță conforme cu caracteristicile produsului.	I					
02.12.02.05.08	Soluțiile de electroliți preparate pentru fiecare pacient în parte, sunt disponibile exclusiv pe secțiile unde acestea sunt administrate pacienților.	I					
02.12.02.05.09	Soluțiile de electroliți sunt etichetate și sunt utilizate cel puțin două elemente de indentificare a pacienților pentru care au fost preparate.	I					
02.12.02.05.11	Evenimentele adverse legate de administrarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt raportate voluntar, analizate și se iau măsuri pentru evitarea altor incidente similare.	I					
02.12.02.05.12	Număr evenimente adverse la administrarea soluțiilor concentrate de electroliți per număr de pacienți cărora li s-au administrat soluții de electroliți, pe an.	I					
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.	C					
02.12.03.01.05	Transferul pacientului pe secție se face cu acordul medicului curant/medicului de gardă, consemnat în FO/documente medicale și după informarea asistentei șef/assistentei de tură.	I					
02.12.03.01.06	Secțiile de terapie intensivă fac cunoscute medicilor specialiști din spital criteriile pentru transferul pacienților din și în secțiile medico-chirurgicale.	I					
02.12.03.01.07	Statusul pacientului inclusiv prezența escarelor, este transmis persoanei responsabile de preluarea pacientului pe secție și consemnat în documentele medicale.	I					
02.12.03.01.10	Există persoană responsabilă cu predarea-preluarea pacientului de la/către serviciul de gardă al secției.	I					
02.12.03.02	Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.	C					
02.12.03.02.01	Predarea-preluarea pacientului este monitorizată.	I					
02.12.03.02.02	Există înregistrări ale setului minim de date utilizat la predarea-primirea pacientului.	I					
02.12.03.02.03	Există analiza semestrială a activității de predare-preluare a cazului.	I					

02.13.01.03	Structurile funcționale ale spitalului, cu atribuții în implementarea și monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale, respectă modalitățile de lucru stabilite specific.	C						
02.13.01.03.13	Există măsuri adoptate la nivelul secției, în urma analizelor trimestriale, privind reducerea consumului de sânge total și componente sanguine.	I						
02.13.01.03.14	Există la nivelul secției date privind evoluția consumului de sânge total și componente sanguine, ca urmare a măsurilor adoptate.	I						
02.13.02.01	Prescrierea sângelui și derivatelor se face conform Ghidului Național de utilizare terapeutică rațională a sângelui și a componentelor sanguine umane.	C						
02.13.02.01.02	La nivelul secției este implementat protocolul de transfuzie specific specialității.	I						
02.14.02.02	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.	C						
02.14.02.02.01	Există analiză anuală a rezultatelor obținute prin utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.14.02.02.03	Medicii specialiști realizează evaluări a cazurilor tratate/rezolvate și a rezultatelor obținute, pe patologii, utilizând datele consemnate în documentele pacienților spitalizați.	I						
02.14.02.02.04	Rezultatele evaluărilor a cazurilor tratate/rezolvate, pe patologii, realizate de către medicii specialiști sunt analizate.	I						
02.14.02.02.05	Rezultatele analizei privind utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament fundamentează revizuirea acestora.	I						
02.15.01.02	Spitalul îndeplinește procedurile necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor.	C						
02.15.01.02.01	Decizia de a externa/transfera pacientului ia în considerare și atingerea obiectivelor din planul de îngrijiri.	I						
02.15.01.02.03	Există dovada comunicării către medicul de familie/medicul care a trimis pacientul la internare/unitatea sanitară la care se transferă pacientul și, după caz, serviciilor de îngrijiri la domiciliu, a informațiilor și documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor pacienților.	I						
02.15.01.02.04	Implicarea medicului de familie, pentru continuarea tratamentului și prevenirea cronicizării durerii, este reglementată și respectată.	I						

02.15.02.02	<i>Demnitatea pacientului aflat în stare critică/fază terminală și convingerile sale spirituale/culturale, deciziile anterioare legate de acest eveniment sunt luate în considerare.</i>	<i>C</i>						
02.15.02.02.02	<i>Accesul pacientului aflat în stare critică/fază terminală sau a familiei acestuia la servicii spirituale/religioase este asigurat.</i>	<i>I</i>						
02.15.02.03	<i>Spitalul are reglementate activitățile necesar a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.15.02.03.01	<i>Situațiile de deces sunt înregistrate conform cerințelor legale în vigoare.</i>	<i>I</i>						
02.15.02.03.02	<i>Familia/aparținătorii sunt informați referitor la etapele care trebuie parcurse/soluționate după decesul pacientului.</i>	<i>I</i>						
03.01.01.03	<i>Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.</i>	<i>C</i>						
03.01.01.03.03	<i>Personalului medical este instruit cu privire la modalitatea și vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01	<i>Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.</i>	<i>C</i>						
03.01.02.01.03	<i>Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/aparținătorilor la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale și respectată de spital.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01.07	<i>Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.03	<i>Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.</i>	<i>C</i>						
03.01.02.03.03	<i>Personalului medical este instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la respectarea confidențialității datelor pacienților.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.01	<i>Spitalul reglementează prevenirea discriminării.</i>	<i>C</i>						
03.02.01.01.02	<i>Spitalul respectă reglementarea privitoare la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.01.04	<i>Spitalul informează familia/aparținătorii privitor la decizia încetării furnizării asistenței medicale pacientului, înainte ca aceasta să se producă, cu respectarea reglementării specifice.</i>	<i>I</i>						

03.03.01.01	Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu competența specifică.	C						
03.03.01.01.01	Spitalul asigură necesarul de medici de specialitate în limita de competență a fiecărei secții/compartiment.	I						
03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	C						
03.03.01.02.01	Spitalul are stabilite criterii pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.	I						
03.03.01.02.02	Există analiză anuală privind modul de respectare a limitei de competență profesională a personalului.	I						
03.03.01.02.03	Spitalul instruieste anual personalul medical în legatură cu reglementările care stabilesc limitarea practicii la propria specialitate.	I						
03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	C						
03.03.02.01.01	Spitalul are reglementată și aplică modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.	I						
03.03.02.01.02	Spitalul instruieste anual personalul medical în legatură cu reglementările care stabilesc condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	I						
03.03.02.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.	C						
03.03.02.02.05	Există măsuri rezultate din analiza anuală a situațiilor privind depășirea competențelor medicale.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 30-Observare directă – mediul de îngrijire la nivelul secției

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru
completarea listei de verificare

45
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

Observare directă

C. Altele:

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc
completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este
înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați
numele și funcția acestuia

Observare directă – mediul de îngrijire la nivelul secției

LISTA DE VERIFICARE NR. 30

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.05.01.01	<i>Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.</i>	<i>C</i>						
01.05.01.01.06	<i>Identificarea unui pacient în spital se face pe baza unui cod unic alocat pacientului.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.02	<i>Documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament sunt păstrate în spații amenajate și dotate.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.15	<i>Distrugea sau degradarea documentelor arhivate este prevenită prin condițiile de păstrare.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01	<i>Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.01.03	<i>Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.05	<i>Camerele, saloanele și grupurile sanitare sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.06	<i>Marcaje/inscripționări sunt în limba română și multilingvistic, acolo unde este cazul.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.07	<i>Există marcaje/inscripționări și pentru nevăzători.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.08	<i>Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06	<i>Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.06.02	<i>Programul serviciului de gardă este afișat.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06.04	<i>Programul de servire a mesei este afișat pe secții.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06.05	<i>Meniul zilnic este afișat pe secții.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.07	<i>Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.</i>	<i>C</i>						

Semnătură evaluator _____

203 / 418

Semnătură interlocutor _____

01.06.01.07.03	<i>Sunt afișate listele furnizorilor din teritoriu care oferă servicii medicale de Recuperare, de Îngrijiri la Domiciliu și de Îngrijiri Paliative.</i>	<i>I</i>						
01.06.02.03	<i>Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.</i>	<i>C</i>						
01.06.02.03.03	<i>Informații privind condițiile de internare, respectiv externare, sunt puse la dispoziția pacienților/apartinătorilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.02.03.04	<i>Programul serviciului de contravizită este afișat pe secții.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.13	<i>Spitalul asigură zone de așteptare și recreere pentru pacienți/însoțitori/apartinători.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.14	<i>Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.16	<i>Pavimentele umede sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.17	<i>Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.18	<i>Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei țărzi sau a unui pat mobil.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.24	<i>Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.25	<i>Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.26	<i>Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.27	<i>Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpăre sau spațiu care necesită evacuare.</i>	<i>I</i>	de facut mv					
01.08.02.01.28	<i>Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpăre sau spațiu populat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.29	<i>Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.30	<i>Ușile se deschid numai în afară.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.31	<i>Ușile nu au praguri.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.32	<i>Ușile au sistemul de deschidere accesibil inclusiv persoanelor cu dizabilități.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.37	<i>Sunt utilizate prelungitoare în spațiile destinate activităților medicale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.38	<i>Paturile în salon sunt dispuse astfel încât să asigure accesul personalului medical și pacienților, inclusiv cu cărucior și targă.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.39	<i>Paturile au dimensiuni adaptate tipologiei pacienților.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.40	<i>Patul de spital asigură protecția împotriva căderilor accidentale.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.01.42	Fiecare pat are asigurată lumină artificială proprie.	I						
01.08.02.01.43	Fiecare pat are noptieră care permite hrănirea la pat.	I						
01.08.02.01.44	Ferestrele au sisteme antidefenestrare.	I						
01.08.02.01.45	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.46	Saloanele au grup sanitar propriu.	I						
01.08.02.01.47	Grupurile sanitare permit accesul și utilizarea facilă pentru persoane cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.51	Toate paturile din secțiile de ATI, cardiologie, ortopedie, neurologie, recuperare au facilități de mobilizare a pacientului.	I	de facut mv					
01.08.02.01.71	Există infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților.	I	de facut mv					
01.08.02.01.80	Există cel puțin un pat asigurat cu sursă de oxigen și de aspirație pentru fiecare secție.	I	de facut mv					
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înșepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.05	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I	de facut mv					
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.10	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I	de facut mv					
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.17	Există condiții pentru spălarea/dezinfecția mâinilor la intrare/ieșire pentru fiecare salon.	I						
01.09.01.01.18	Spitalul asigură sisteme de monitorizare individuală a pacientului, fixe sau mobile, la nivelul fiecărei secții.	I	de facut mv					
01.09.01.01.31	Există sistem de alertare funcțional și accesibil la nivelul fiecărui grup sanitar.	I						
01.09.01.01.32	Spitalul asigură un sistem de alertare individual și funcțional pentru fiecare pat.	I						
01.09.01.01.33	Spitalul asigură paturi-cântar, fără mobilizarea pacientului, pentru patologii care necesită această evaluare.	I	de facut mv					
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C						

01.09.01.02.01	Spitalul asigură mijloacele necesare pentru a respecta intimitatea pacientului.	I						
01.09.01.02.04	Funcționalitatea și starea de curățenie a grupurilor sanitare este menținută și consemnată.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.04	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.05	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	I						
01.09.01.04.06	Fiecare secție/compartiment are ploscar funcțional, pentru fiecare unitate de îngrijire (25-30 de paturi).	I						
01.09.01.04.07	Sunt asigurate ploști/bazine autoclavabile.	I						
01.09.01.08	Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.	C						
01.09.01.08.05	Spitalul asigură condiții de servire a mesei pentru pacientul mobilizabil.	I	de facut mv					
01.09.01.08.06	Spitalul asigură condiții de servire a mesei pentru pacientul imobilizabil.	I						
01.09.01.08.07	Secțiile au oficiu/oficii de distribuire a hranei cu acces restricționat.	I						
01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	C						
01.09.01.09.03	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.	I						
01.09.02.04	Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.	C						
01.09.02.04.02	Monitorizarea respectării temperaturii ambientale în funcție de specificul serviciului este consemnată zilnic.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.04	Există trusă de urgență în dotarea fiecărei secții.	I	(1)există ? (2)inventar la zi ? (3)materialele sunt în termen ?					

02.01.03.01.05	Există defibrilator în dotarea fiecărei secții.	I	(1)există ? (2)este permanent încărcat / funcțional ?					
02.01.03.01.06	Instalația de oxigen și vacuum este funcțională.	I	(1)există ? (2)este funcțională ?					
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.12	Activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale (soluții injectabile sau perfuzabile) se efectuează centralizat, reglementat, de către asistentul desemnat din secție sau asistentul din farmacie, după caz.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.01	Accesul în zonele restricționate este securizat și semnalizat prin afișaj specific.	I	de facut mv					
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație pozitive per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	C						
02.11.02.05.03	Verificarea respectării condițiilor de depozitare a lenjeriei este efectuată periodic și este documentată.	I	de facut mv					
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.02	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.04	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I	de facut mv					
02.11.04.04.05	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I	de facut mv					
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.	I	de facut mv					
02.11.04.06.04	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						

02.11.04.06.05	<i>Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.</i>	<i>I</i>						
02.12.01.01	<i>La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.</i>	<i>C</i>						
02.12.01.01.02	<i>Categoriile de pacienți cu risc sunt identificate, codificate și semnalizate vizibil pentru personalul spitalului.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 31-Managementul îngrijirilor medicale la nivel de secție

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru
completarea listei de verificare

90
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

asistent șef secție/asistent coordonator
compartiment de sine stătător

C. Altele:

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să
se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc
completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este
înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați
numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 31

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	C						
01.03.01.01.08	Estimarea anuală a necesarului de personal de îngrijire din secțiile cu paturi este bazată pe nevoia de îngrijire a pacienților.	I						
01.03.01.04	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.	C						
01.03.01.04.06	Număr asistenți medicali care au urmat cursuri de educație medicală continuă având ca temă planul de îngrijire efectuate anual per număr total asistenți, pentru fiecare secție.	I						
01.03.01.04.07	Număr asistenți medicali implicați în derularea unor studii de cercetare nursing per număr asistenți medicali din fiecare secție, pe an.	I						
01.03.01.04.08	Număr studii de cercetare nursing derulate, pe an.	I						
01.03.01.04.09	Număr comunicări științifice/articole publicate per număr asistenți medicali din fiecare secție, pe an.	I						
01.03.01.04.10	Număr comunicări științifice/articole publicate cu temă managementul calității per număr total comunicări științifice/articole publicate din fiecare secție, pe an.	I						
01.03.01.04.11	Număr asistenți medicali cu studii superioare per număr asistenți medicali, din fiecare secție.	I						
01.03.02.01	Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.	C						
01.03.02.01.01	La nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se determină gradul mediu de dependență al pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități.	I						
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						

01.03.02.03.11	Personalul medical este evaluat periodic privitor la respectarea reglementărilor specifice documentării activității sale.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.04	Codificarea vestimentară a fiecărei secții/ departament este comunicată pacientului.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.07.04.01.05	Spitalul comunică pacienților/apartenențelor modalitatea de completare și depunere a chestionarelor pentru pacienți.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.41	Reglementarea referitoare la manipularea pacienților în condiții de siguranță este respectată.	I						
01.08.02.01.48	Număr grupuri sanitare care asigură acces persoanelor cu dizabilități per număr saloane per secție.	I						
01.08.02.01.49	Numărul de paturi care au facilități funcționale de mobilizare a pacientului per numărul total de paturi.	I						
01.08.02.01.50	Spitalul asigură paturi cu facilități de mobilizare a pacientului pentru a acoperi nevoile de îngrijire ale acestora.	I						
01.08.02.01.51	Toate paturile din secțiile de ATI, cardiologie, ortopedie, neurologie, recuperare au facilități de mobilizare a pacientului.	I	de facut mv					
01.08.02.01.62	Aerul ionizat este ventilat.	I						
01.08.02.01.81	Numărul surse de oxigen și aspirație asigurat per număr paturi per secție/compartiment.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.02	Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.06	Manevrarea produselor cu risc de contaminare biologică se face de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.09.08	Curățirea și/sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de contaminare biologică, este efectuată de personal instruit și protejat.	I						

01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.10	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I	de facut mv					
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.11	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.38	Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi, pe secție/compartiment.	I						
01.09.01.01.39	Număr paturi-cântar per numar total de paturi, pe secție/compartiment.	I						
01.09.01.01.40	Număr saloane cu mai mult de patru paturi per număr total saloane și rezerve.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.03.06	Număr de brancarde funcționale și cu elemente de siguranță per număr de paturi.	I						
01.09.01.03.07	Număr de fotolii rulante funcționale și cu elemente de siguranță per număr de paturi.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.04	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.06	Fiecare secție/compartiment are ploscar funcțional, pentru fiecare unitate de îngrijire (25-30 de paturi).	I						
01.09.01.06	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale.	C						
01.09.01.06.02	Meniurile zilnice sunt stabilite în funcție de dietele recomandate.	I						
01.09.01.06.03	Sunt asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacient.	I						

01.09.01.06.04	<i>Lista de masă realizată de asistența șefă este transmisă zilnic serviciului de bucătărie, dieteticianului.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.06.06	<i>Alimentație pe sondă / stomă / parenterală este reglementată și asigurată pentru cazurile care o impun.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.08.04	<i>Există personal distinct, cu atribuții pentru distribuirea alimentelor către pacienții de pe secție.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.01	<i>Instituția evaluează și îmbunătățește constant condițiile hoteliere.</i>	<i>C</i>						
01.09.02.01.03	<i>Spitalul aplică măsuri pentru ameliorarea condițiilor hoteliere, specifice fiecărei secții, rezultate din analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.01	<i>Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.</i>	<i>C</i>						
02.01.02.01.01	<i>Există evidența zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.01.08	<i>Confirmarea programărilor și reprogramările sunt comunicate pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.01.04.02	<i>Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.</i>	<i>C</i>						
02.01.04.02.01	<i>Există instructaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/aparținătorilor.</i>	<i>I</i>						
02.01.04.02.03	<i>La nivelul spitalului se respectă reglementarea referitoare la conținutul și/sau izolarea pacienților agresivi.</i>	<i>I</i>						
02.01.04.02.05	<i>Personalul medical este instruit pentru identificarea semnelor clinice ale sevrajului / intoxicației sau utilizării substanțelor generatoare de adicție.</i>	<i>I</i>						
02.02.01.01	<i>În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.</i>	<i>C</i>						
02.02.01.01.05	<i>Igienizarea generală și, după caz, locală, cu dezinfectarea plăgilor pacienților transferați este reglementată și respectată.</i>	<i>I</i>						
02.02.02.01	<i>Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.</i>	<i>C</i>						
02.02.02.01.02	<i>Există asistent social implicat în asigurarea continuității îngrijirilor.</i>	<i>I</i>						
02.03.03.01	<i>Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.</i>	<i>C</i>						

02.03.03.01.09	Recoltările de probe intravasculare și administrările intravasculare sunt efectuate exclusiv de asistenți medicali licențiați și/sau medici.	I					
02.03.03.01.10	Îngrijirea pacienților din izolator este reglementată.	I					
02.03.03.01.11	Există personal desemnat pentru monitorizarea pacienților din izolator.	I					
02.03.04.01	Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului.	C					
02.03.04.01.01	În documentele medicale este înregistrat scorul de dependență specific cazului îngrijit.	I					
02.03.04.01.02	Planul de îngrijire al pacientului are precizate sarcinile specifice fiecărei persoane în funcție de competență.	I	în planurile de îngrijire aferente FO evaluate se verifică corespundența între sarcinile înscrise pt.fiecare persoană și competența acestora conform documentelor solicitate de la RUNOS (se solicita pentru persoanele implicate în îngrijirea pacienților competențele specifice, conf.documentele de la RUNOS)				
02.03.04.01.03	Personalul medical care interacționează cu pacienții imunodeficientari respectă regulile asumate de igienă.	I					
02.03.04.01.04	Practica prevenirii și tratării escarelor este monitorizată.	I					
02.03.04.01.06	Îngrijirea specifică a stomelilor este asigurată de personal pregătit în acest sens.	I					
02.03.04.02	Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical, pe baza recomandărilor medicale.	C					
02.03.04.02.01	Modul de întocmire al planului de îngrijire este reglementat.	I					
02.03.04.02.02	Există planuri de îngrijire individualizate pentru fiecare pacient.	I					
02.03.04.02.03	Protocolurile de îngrijire a pacienților au prevederi legate de siguranța pacienților.	I					
02.03.04.02.05	Pacienții/aparținătorii/reprezentanții legali ai acestora, după caz, sunt implicați, cu acordul lor, în implementarea planului de îngrijire.	I					

02.03.04.03	Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului.	C						
02.03.04.03.01	Evoluția pacienților este consemnată în planul de îngrijire, de către asistenții medicali, în vederea ajustării nevoilor de îngrijiri.	I						
02.03.04.03.03	Exista analiza semestrială a modului de utilizare a planului de îngrijiri.	I						
02.03.04.03.04	Satisfacția pacienților legată de aplicarea planului de îngrijire este monitorizată.	I						
02.03.04.03.05	Număr pacienți care au dezvoltat complicații legate de îngrijirea primită per număr pacienți internați, în ultimul an calendaristic.	I						
02.03.04.05	Necesarul de personal medical de îngrijire este stabilit în funcție de nevoia de îngrijire a pacientului.	C						
02.03.04.05.01	Există evaluare a necesarului de personal de îngrijire calculat pe baza scorului de dependență al pacienților.	I						
02.03.04.05.02	Repartizarea pacienților pentru îngrijire, fiecărui asistent medical, se face în funcție de timpul necesar îngrijirii fiecărui pacient, atribuțiilor administrative și a celor privind managementul calității.	I						
02.03.04.05.03	Număr personal medical de îngrijire existent per număr personal medical necesar estimat.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.04	Laboratorul instruește periodic personalul responsabil de recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.	I						
02.08.01.03	Personalul implicat în îngrijirea pacienților cu boli cronice progresive are pregătire recunoscută în îngrijiri paliative.	C						
02.08.01.03.03	50% din asistentele care au în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive au absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de 3 zile.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.12	Activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale (soluții injectabile sau perfuzabile) se efectuează centralizat, reglementat, de către asistentul desemnat din secție sau asistentul din farmacie, după caz.	I						
02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.	C						

02.10.05.01.02	Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.03	Procedura privind dezinfecția saloanelor în care au fost internați pacienți infectați/colonizați cu bacterii multirezistente este implementată.	I						
02.11.01.03.04	Procedura privind dezinfecția paturilor și cazarmamentului este implementată.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.09	Rezultatele controlului bacteriologic al suprafețelor și a inventarului moale este făcut cunoscut persoanelor responsabile, într-o formă scrisă.	I						
02.11.02.01.11	Există program de igienizare și dezinfectare a mijloacelor de transport utilizate în spital.	I						
02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	C						
02.11.02.05.01	Există evaluări ale nivelului de instruire a personalului sanitar auxiliar referitor la manevrarea lenjeriei.	I						
02.11.02.05.02	Sunt implementate reglementările privind colectarea lenjeriei murdare.	I						
02.11.02.05.03	Verificarea respectării condițiilor de depozitare a lenjeriei este efectuată periodic și este documentată.	I	de facut mv					
02.11.02.05.06	Există analiza trimestrială a rezultatelor autocontrolului microbiologic al lenjeriei cu recomandări-măsuri corective.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.	I	de facut mv					
02.12.01.04.05	Pacientul este identificat cu ocazia fiecărei intervenții diagnostice sau terapeutice.	I						
02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.	C						

02.12.02.05.10	Persoana responsabilă cu monitorizarea modului de gestionare a soluțiilor de electroliți are prevăzute aceste atribuții distinct în fișa postului.	I						
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.	C						
02.12.03.01.05	Transferul pacientului pe secție se face cu acordul medicului curant/medicului de gardă, consemnat în FO/documente medicale și după informarea asistentei șefe/asistentei de tură.	I						
02.12.03.01.07	Statusul pacientului inclusiv prezența escarelor, este transmis persoanei responsabile de preluarea pacientului pe secție și consemnat în documentele medicale.	I						
02.12.03.01.09	Includerea pacienților în lista de masă se face odată ce aceștia au ajuns pe secție.	I						
02.12.03.02	Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.	C						
02.12.03.02.01	Predarea-preluarea pacientului este monitorizată.	I						
02.12.03.02.02	Există înregistrări ale setului minim de date utilizat la predarea-primirea pacientului.	I						
02.12.03.02.03	Există analiza semestrială a activității de predare-preluare a cazului.	I						
02.12.07.01	Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor.	C						
02.12.07.01.03	Pacienții cu risc de cădere sunt monitorizați.	I						
02.12.07.02	Informarea și educarea pacientului/apartinătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.	C						
02.12.07.02.01	Spitalul pune la dispoziția pacienților/apartinătorilor informații cu privire la riscul de cădere.	I						
02.12.07.02.02	Personalul este instruit referitor la prevenirea/diminuarea riscurilor de cădere a pacienților aflați în îngrijire.	I						
02.12.07.02.03	Există analiza semestrială a cazurilor cu risc de cădere.	I						
02.12.07.02.04	Există măsuri implementate în urma analizei semestriale a cazurilor de cădere a pacienților.	I						
02.15.01.02	Spitalul îndeplinește procedurile necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor.	C						
02.15.01.02.01	Decizia de a externa/transfere pacientului ia în considerare și atingerea obiectivelor din planul de îngrijiri.	I						
03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	C						

03.01.01.03.03	<i>Personalului medical este instruit cu privire la modalitatea și vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului.</i>	<i>I</i>						
----------------	---	----------	--	--	--	--	--	--

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 32-Managementul ATI

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

30
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție ATI sau echivalent / coordonator
compartiment de sine stătător ATI sau
echivalent

C. Altele:

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acestuia

LISTA DE VERIFICARE NR. 32

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	C						
01.03.01.01.09	Spitalul asigură toate categoriile de personal calificat, necesare acoperirii nevoilor individuale de îngrijiri ale pacienților din secțiile de terapie intensivă.	I	existența (1)estimării necesarului de personal bazat pe nevoia de îngrijire a pac.din TI, (2)corelării între estimare și personalul existent					
01.03.01.01.10	Număr medici specialiști ATI per număr de paturi.	I						
01.03.01.01.11	Număr asistente medicale ATI per număr de paturi.	I						
01.03.01.01.12	Număr personal auxiliar de îngrijire, în ATI per număr de paturi.	I						
01.03.01.01.13	Număr pacienți tratați în fiecare lună per an, separat pentru fiecare serviciu de terapie intensivă.	I						
01.03.01.01.14	Număr medici specialiști ATI per număr mese de operație.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.68	Sistemul modular de închidere fluide, individualizat pentru zone dedicate este accesibil și funcțional.	I						
01.08.02.01.82	Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al serviciului de terapie intensivă sunt reglementate.	I						
01.08.02.01.83	Vizitarea pacienților din secțiile de terapie intensivă este reglementată.	I						
01.08.02.01.84	Accesul în secțiile de terapie intensivă este strict controlat.	I						
01.08.02.01.85	În zona de acces din secțiile de terapie intensivă este asigurat spațiu și echipament de protecție a vizitatorilor, inclusiv personal medical din alte secții.	I						
01.08.02.13.08	Personalul care utilizează gaze anestezice și manipulează recipienți cu gaze anestezice este instruit periodic.	I						

01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.16	Serviciile de terapie intensivă au rezervă de izolare cu grup sanitar propriu.	I						
01.09.01.01.21	Spitalul asigură saloane postoperatorii cu paturi suficiente, dotate inclusiv pentru suportul și monitorizarea funcțiilor vitale.	I						
01.09.01.01.22	Capacitatea secției de ATI respectă normativul în vigoare de proporționalitate cu numărul total al paturilor de acuzi (6-10%).	I						
01.09.01.01.34	Sistemul de backup gaze medicinale este asigurat în toate locațiile în care acestea sunt necesare.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.08	Anestezia și asistarea respirației pacientului infecto-contagios este reglementată.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.16	Accesul vizitatorilor/aparținătorilor în secțiile de ATI și neonatologie este condiționat de un triaj epidemiologic.	I						
02.11.04.02	Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.	C						
02.11.04.02.06	Protocolul specific pentru anestezia și asistarea respirației pacientului cu tuberculoză pulmonară și/sau colonizat cu microorganisme multidrogrezistente, prevede comunicarea cazului la SSPLIAAM/CSPLIAAM.	I						
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.	C						
02.12.03.01.04	Șeful secției/medicul de gardă din serviciile de terapie intensivă decide și consemnează în documentele medicale transferul pacienților din și în secțiile medico-chirurgicale.	I						
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.	C						
02.12.04.01.01	Există liste de verificare a procedurilor chirurgicale și anestezice completate în întregime pentru fiecare pacient operat.	I						

02.12.04.01.03	<i>Aplicarea listelor de verificare utilizate în practica chirurgicală/anestezică este monitorizată.</i>	<i>I</i>					
02.13.01.02	<i>Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță.</i>	<i>C</i>					
02.13.01.02.23	<i>Există și sunt cunoscute de către medici protocoalele privind indicațiile tratamentului transfuzional în cazul anumitor categorii de pacienți, după caz, pentru nou-născuți, sugari, copii, pacienți politransfuzati, pacienți cu evidență a alloimunizării antieritrocitare, antitrombocitare, pacienți imunodepresați, anemici, leucemici etc.</i>	<i>I</i>	<i>în funcție de specialitatea medicilor și profilul secției</i>				

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 33-Observare directă – ATI

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

Observare directă

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 33

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.02	<i>Documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament sunt păstrate în spații amenajate și dotate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.05	<i>Camerele, saloanele și grupurile sanitare sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.08	<i>Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea pesoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.16	<i>Pavimentele umede sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.18	<i>Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei târghi sau a unui pat mobil.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.24	<i>Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.25	<i>Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.26	<i>Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.27	<i>Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
01.08.02.01.28	<i>Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.29	<i>Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.30	<i>Ușile se deschid numai în afară.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.31	<i>Ușile nu au praguri.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.01.32	Ușile au sistemul de deschidere accesibil inclusiv persoanelor cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.37	Sunt utilizate prelungitoare în spațiile destinate activităților medicale.	I						
01.08.02.01.38	Paturile în salon sunt dispuse astfel încât să asigure accesul personalului medical și pacienților, inclusiv cu cârucior și targă.	I						
01.08.02.01.40	Patul de spital asigură protecția împotriva căderilor accidentale.	I						
01.08.02.01.42	Fiecare pat are asigurată lumină artificială proprie.	I						
01.08.02.01.43	Fiecare pat are noptieră care permite hrănirea la pat.	I						
01.08.02.01.44	Ferestrele au sisteme antidefenestrare.	I						
01.08.02.01.45	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.51	Toate paturile din secțiile de ATI, cardiologie, ortopedie, neurologie, recuperare au facilități de mobilizare a pacientului.	I	de facut mv					
01.08.02.01.68	Sistemul modular de închidere fluide, individualizat pentru zone dedicate este accesibil și funcțional.	I						
01.08.02.01.71	Există infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților.	I	de facut mv					
01.08.02.01.80	Există cel puțin un pat asigurat cu sursă de oxigen și de aspirație pentru fiecare secție.	I	de facut mv					
01.08.02.01.84	Accesul în secțiile de terapie intensivă este strict controlat.	I						
01.08.02.01.85	În zona de acces din secțiile de terapie intensivă este asigurat spațiu și echipament de protecție a vizitatorilor, inclusiv personal medical din alte secții.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înșepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.03.02	Există o soluție alternativă a oxigenului în caz de avarie.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.05	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I	de facut mv					
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.10	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I	de facut mv					
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						

01.09.01.01.16	Serviciile de terapie intensivă au rezervă de izolare cu grup sanitar propriu.	I						
01.09.01.01.17	Există condiții pentru spălarea/dezinfecția mâinilor la intrare/ieșire pentru fiecare salon.	I						
01.09.01.01.19	Serviciile de terapie intensivă au defibrilator funcțional, permanent încărcat și accesibil.	I						
01.09.01.01.20	Sistemul central de monitorizare al parametrilor biologici din secțiile de terapie intensivă este funcțional.	I						
01.09.01.01.32	Spitalul asigură un sistem de alertare individual și funcțional pentru fiecare pat.	I						
01.09.01.01.33	Spitalul asigură paturi-cântar, fără mobilizarea pacientului, pentru patologii care necesită această evaluare.	I	de facut mv					
01.09.01.01.35	Terapia intensivă și blocul operator au pardoseală antistatică.	I						
01.09.01.01.36	Sistemul de eliminare a gazelor anestezice este funcțional în toate spațiile în care acestea se utilizează.	I						
01.09.01.01.37	Spitalul deținește și marchează vizibil spațiile unde se utilizează gaze anestezice.	I						
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C						
01.09.01.02.01	Spitalul asigură mijloacele necesare pentru a respecta intimitatea pacientului.	I						
01.09.01.02.04	Funcționalitatea și starea de curățenie a grupurilor sanitare este menținută și consemnată.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.03.03	Există brancard cu suport lateral rabatabil, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie.	I	de facut mv					
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.04	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.05	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	I						
01.09.01.04.06	Fiecare secție/compartiment are ploscar funcțional, pentru fiecare unitate de îngrijire (25-30 de paturi).	I						
01.09.01.04.07	Sunt asigurate ploști/bazine autoclavabile.	I						

01.09.01.08	<i>Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.08.06	<i>Spitalul asigură condiții de servire a mesei pentru pacientul imobilizabil.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.08.07	<i>Secțiile au oficiu/oficii de distribuire a hranei cu acces restricționat.</i>	<i>I</i>						
02.01.03.01	<i>Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.</i>	<i>C</i>						
02.01.03.01.05	<i>Există defibrilator în dotarea fiecărei secții.</i>	<i>I</i>	(1)există ? (2)este permanent încărcat / funcțional ?					
02.01.04.02	<i>Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.</i>	<i>C</i>						
02.01.04.02.02	<i>Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)</i>	<i>I</i>						
02.09.02.02	<i>Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.</i>	<i>C</i>						
02.09.02.02.12	<i>Activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale (soluții injectabile sau perfuzabile) se efectuează centralizat, reglementat, de către asistentul desemnat din secție sau asistentul din farmacie, după caz.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.01	<i>Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.</i>	<i>C</i>						
02.11.02.01.18	<i>Număr teste sanitație pozitive per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04	<i>SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.04.02	<i>Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04.04	<i>Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).</i>	<i>I</i>	de facut mv					
02.11.04.04.05	<i>Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.</i>	<i>I</i>	de facut mv					
02.11.04.06	<i>Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.06.03	<i>Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.</i>	<i>I</i>	de facut mv					

02.11.04.06.04	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.05	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						
02.12.04.03	Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.	C						
02.12.04.03.01	Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie.	I						
02.13.01.02	Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță.	C						
02.13.01.02.12	La nivelul unității de transfuzie sanguină, frigiderule, congelatoarele, agitatoarele de trombocite au sistem de alarmă vizual și auditiv, sistem de alimentare electrică alternativă pentru situații de urgență (generator electric) și sistem de monitorizare automată a temperaturii.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 34-Managementul sângelui și al produselor sanguine

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

75
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator Unitate Transfuzii

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 34

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.02.03.02	Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.	C						
01.02.03.02.01	Activitatea desfășurată de structurile funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul unității este înregistrată (consemnată).	I						
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.11	Personalul medical este evaluat periodic privitor la respectarea reglementărilor specifice documentării activității sale.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.02	Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.06	Manevrarea produselor cu risc de contaminare biologică se face de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.09.08	Curățirea și/sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de contaminare biologică, este efectuată de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.11	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.	I	de facut mv					

02.12.01.04.05	<i>Pacientul este identificat cu ocazia fiecărei intervenții diagnostice sau terapeutice.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02	<i>Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță.</i>	<i>C</i>						
02.13.01.02.03	<i>Există o evidență a articolelor critice ale unității de transfuzie sanguină, cu specificațiile tehnice pentru acestea.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.04	<i>Stocul de articole critice ale unității de transfuzie sanguină este asigurat conform reglementării.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.05	<i>Există evidență a echipamentelor critice ale unității de transfuzie sanguină, cu specificațiile tehnice ale acestora.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.06	<i>Există plan de calificare pentru echipamentele critice.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.07	<i>Există rapoarte de calificare a echipamentelor critice.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.08	<i>Există rapoarte de validare a procedurilor aplicate în utilizarea echipamentelor critice.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.09	<i>Există planificare a activităților de verificare, calibrare, mentenanță, recalificare a echipamentelor critice ale unității de transfuzie sanguină.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.10	<i>Activitățile de verificare, calibrare, mentenanță, recalificare a echipamentelor critice din unitatea de transfuzie sanguină sunt efectuate conform programărilor și consemnate în registre de evidență dedicate.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.11	<i>Spitalul are reglementată activitatea de calificare, întreținere mentenanță, calibrare, validare a procedurilor, reparații și recalificare a echipamentelor critice de la nivelul unității de transfuzii sanguine.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.12	<i>La nivelul unității de transfuzie sanguină, frigiderule, congelatoarele, agitatoarele de trombocite au sistem de alarmă vizual și auditiv, sistem de alimentare electrică alternativă pentru situații de urgență (generator electric) și sistem de monitorizare automată a temperaturii.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.13	<i>Spitalul are un plan de urgență pentru asigurarea continuității activității unității de transfuzie sanguină, în cazul apariției unor disfuncționalități la nivelul personalului, echipamentului și a altor articole critice.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.14	<i>Rapoartele de monitorizare a temperaturii echipamentelor de stocare a sângelui și componentelor sanguine, a reactivilor, a probelor, a temperaturii ambientale din încăperea în care se efectuează testele pretransfuzionale sunt la zi.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.15	<i>Există reglementări aplicate cu privire la validarea loturilor de reactivi și a procedurilor de testare pretransfuzională.</i>	<i>I</i>						

02.13.01.02.16	Există evidențe ale efectuării controlului de calitate intern și ale participării la scheme de control extern pentru testele efectuate în unității de transfuzie sanguină.	I						
02.13.01.02.17	Efectuarea controlului ultim pretransfuzional imediat înaintea începerii administrării transfuziei este reglementată.	I	reglementarea trebuie să stabilească etapele procesului în funcție de tipul produsului de administrat					
02.13.01.02.19	Gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea transfuzională este reglementată și respectată.	I						
02.13.01.02.20	Toate categoriile de personal implicate în activitatea transfuzională au fost instruite specific, în conformitate cu reglementările în vigoare.	I	inclusiv programe de pregătire în domeniu					
02.13.01.02.21	Toate categoriile de personal implicate în activitatea transfuzională sunt evaluate referitor cunoașterea reglementărilor privind transfuzia de sânge total și componente sanguine.	I						
02.13.01.02.22	Personalul medical este instruit și informat referitor la procedura privind transfuzia de sânge total și componente sanguine.	I						
02.13.01.03	Structurile funcționale ale spitalului, cu atribuții în implementarea și monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale, respectă modalitățile de lucru stabilite specific.	C						
02.13.01.03.01	La nivelul spitalului este constituită Comisia de transfuzie și hemovigilență.	I						
02.13.01.03.03	La nivelul spitalului este organizată o modalitate de raportare a suspiciunilor de reacții adverse și, după caz, a erorilor/incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale, a reacțiilor adverse sau a celor asociate transfuziei.	I						
02.13.01.03.04	Completarea și transmiterea formularelor de raportare a reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale sunt reglementate și respectate.	I						
02.13.01.03.05	Există evidența reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale.	I						

02.13.01.03.06	Există evidența anchetelor desfășurate, a analizelor cauză-efect, a măsurilor preventive și corective adoptate ca urmare a reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale din spital.	I					
02.13.01.03.07	Personalul medical este informat cu privire la reacțiile adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale interne sau externe spitalului, înregistrate și transmise comunității medicale.	I					
02.13.01.03.08	Unitatea de transfuzii monitorizează consumul de sânge și derivate, erorile, incidentele și reacțiile adverse asociate.	I					
02.13.01.03.09	Există evaluări trimestriale ale respectării protocoalelor privind indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional pentru fiecare pacient care a necesitat administrare de sânge și/sau componente sanguine.	I					
02.13.01.03.10	Rezultatele evaluărilor respectării protocoalelor privind indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional sunt analizate cu personalul medical implicat și sunt luate măsuri în consecință.	I					
02.13.01.03.11	Există documentare la zi referitoare la monitorizarea condițiilor specifice de stocare, conservare și transport a sângelui și componentelor sanguine.	I	UTS - se verifică respectarea Ord 1224 (09 Oct.2006), Art.11, pct.1,2,6,7,9				
02.13.01.03.12	Există analiza trimestrială a utilizării de sânge și componente sanguine specific fiecărui pacient care a beneficiat de terapie transfuzională (pe tip de patologie, tip terapie, evoluție patologie).	I	Consiliul medical face analiza				
02.13.01.03.15	Planul de evaluarea personalului medical privind activitatea transfuzională este respectat.	I					
02.13.01.03.16	Număr de instructaje pentru personalul medical și de îngrijiri, privind riscurile manipulării sângelui și a produselor din sânge, efectuate în ultimul an calendaristic încheiat.	I					
02.13.01.03.17	Număr de cazuri de reacții adverse la transfuzii per număr de pacienți cărora li s-a administrat sânge și/sau componente sanguine, în anul calendaristic încheiat.	I					
02.13.01.03.18	Număr de incidente, inclusiv erori raportate în anul calendaristic încheiat.	I					

02.13.02.01	<i>Prescrierea sângelui și derivatelor se face conform Ghidului Național de utilizare terapeutică rațională a sângelui și a componentelor sanguine umane.</i>	<i>C</i>						
02.13.02.01.03	<i>Număr total de pacienți tratați cu sânge total și/sau componente sanguine per număr total pacienți internați pe secție, pe an.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.02	<i>Înregistrările aferente activității de transfuzie sanguină permit trasabilitatea procesului.</i>	<i>C</i>						
02.13.02.02.01	<i>Comisia de transfuzie și hemovigilență a stabilit documentele în care se înregistrează procesul de la prescriere până la administrare sau returnarea produsului neutilizat, după caz.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.02.02	<i>Solicitarea de sânge și componente sanguine de către secții și departamente este reglementată.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.02.03	<i>Utilizarea documentației minim obligatorie, aferentă desfășurării activității de transfuzie sanguină din spital este respectată.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.02.05	<i>Testarea și confirmarea compatibilității la nivelul unității de transfuzie sanguine este înregistrată și semnată de către personalul medical implicat.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.02.06	<i>Identificarea pacientului și a unității/unităților eliberate în vederea transfuziei se face și se consemnează în FO/fișa transfuzională, de către personalul medical care administrează sângele total și/sau componentele sanguine.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.02.07	<i>Evaluarea pacientului înaintea începerii administrării și monitorizarea acestuia în timpul și după încheierea transfuziei sunt documentate în FO/fișa transfuzională.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.02.08	<i>Evidența gestionării și neutralizării deșeurilor generate din activitatea unității de transfuzie sanguină este la zi.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.03	<i>Spitalul asigură necesarul de sânge total și componente sanguine, luând în considerare dinamica morbidității spitalizate, și monitorizează consumul și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.</i>	<i>C</i>						
02.13.02.03.02	<i>Spitalul are programare a aprovizionării cu sânge total și componente sanguine bazată pe analiza dinamicii necesarului transfuzional.</i>	<i>I</i>						
02.13.02.03.03	<i>Unitatea de transfuzii sanguine dispune de un stoc de sânge total și componente sanguine pentru asigurarea tuturor solicitărilor clinicienilor, inclusiv pentru cazurile de urgență, stabilit pe baza analizei dinamicii necesarului transfuzional.</i>	<i>I</i>						

02.13.02.03.04	Unitatea de transfuzii sanguine asigură accesul permanent al clinicienilor la informațiile privind posibilitatea asigurării cu sânge total și componente sanguine.	I						
02.13.02.03.05	Există o analiză a cazurilor cărora nu li s-a putut asigura, atunci când a fost cazul, administrarea de sânge total și componente sanguine.	I						
02.13.02.03.06	Transportul sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către secții este reglementată.	I						
02.13.02.03.07	Transportul sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către secții este documentată la zi.	I						
02.13.02.03.08	Există monitorizare a temperaturii în timpul transportului sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către alte locații ale spitalului.	I						
02.13.02.03.11	Modalitatea de recuperare a sângelui și/sau a componentelor sanguine neutilizate pe secții și de stabilire a destinației finale a acestora este reglementată.	I						
02.13.02.03.12	Sângele și/sau componentele sanguine neutilizate pe secții și destinația finală a acestora este documentată la zi.	I						
03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	C						
03.03.01.02.01	Spitalul are stabilite criterii pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.	I						
03.03.01.02.02	Există analiză anuală privind modul de respectare a limitei de competență profesională a personalului.	I						
03.03.01.02.03	Spitalul instruieste anual personalul medical în legătură cu reglementările care stabilesc limitarea practicii la propria specialitate.	I						
03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	C						
03.03.02.01.01	Spitalul are reglementată și aplică modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.	I						
03.03.02.01.02	Spitalul instruieste anual personalul medical în legătură cu reglementările care stabilesc condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

235 / 418

Semnătură interlocutor _____

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 35-Managementul asistenței medicale a gravidei și a lăuzei

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție / coordonator compartiment de obstetrică-ginecologie sau obstetrică

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 35

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
02.04.01.01	<i>Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou-născutului și sugarului.</i>	<i>C</i>						
02.04.01.01.01	<i>Există program privind promovarea alăptării nou-născuților și sugarilor adoptat prin decizie a conducerii spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.02	<i>Programul include un protocol de inițiere a alăptării și a menținerii acesteia, cel puțin până la vârsta de 6 luni a copilului, ca parte din instruirea gravidei/lăuzei.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.05	<i>În primele 2 ore după nașterea pe cale naturală și primele 4 ore după naștere prin operație cezariană se aplică protocolul privind punerea la sân a nou-născutului la termen și sănătos.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.06	<i>Protocolul privind suspendarea temporară a alăptării din motive terapeutice este aplicat în secția/secțiile de neo-natologie/obstetrică-ginecologie.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.12	<i>Număr total gravide/lăuze internate, care au avut contraindicație medicală pentru alăptare per număr total gravide/lăuze internate, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.02	<i>Mamele internate sunt informate în privința beneficiilor alăptării.</i>	<i>C</i>						
02.04.01.02.01	<i>Materialul informativ privind alăptarea, parte componentă a programului privind promovarea alimentației la sân, este înmănat tuturor gravidelor/lăuzelor internate.</i>	<i>I</i>	(1)reglementare (2)interviu					
02.04.01.02.02	<i>Materialul informativ privind alăptarea conține cel puțin informații despre (1)avantajele alăptării pentru copil și mamă, (2)dezavantajele alimentației mixte sau exclusiv cu substituenți pentru copil, (3)alăptarea „la cerere”, (4)alimentația favorabilă și medicația admisă în timpul alăptării, (5)igiena alăptării și a sânilor și (6)modalități de menținere a lactației și în condițiile în care, temporar, copilul nu poate fi alăptat.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.02.03	<i>Există protocol implementat privind consilierea mamelor cu HIV-pozitive în legătură cu alimentația copilului, la nivelul maternității.</i>	<i>I</i>						

02.04.01.03	Personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie este format continuu pentru dobândirea abilităților necesare implementării programului de promovare a alimentației la sân.	C						
02.04.01.03.01	Spitalul instruește anual personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie cu privire la promovarea alimentației sănătoase a nou-născutului și sugarului.	I						
02.04.01.03.02	Personalul medical pregătește, îndrumă și urmărește fiecare mamă în momentul inițierii alăptării, atribuție prevăzută în fișele de post.	I						
02.04.01.03.03	Programele de formare includ cel puțin (1)beneficiile alăptării, (2)riscurile alimentației cu substituenți de lapte, (3)pregătirea mamei și copilului pentru hrănirea la sân și (4)alăptarea/hrănirea „la cerere” a nou-născutului sau sugarului.	I						
02.04.01.04	Spitalul asigură facilități pentru promovarea și susținerea alăptării.	C						
02.04.01.04.01	Saloane în sistem „rooming in” pentru îngrijire mamă-copil, existente.	I						
02.04.01.04.02	Rezerva în sistem „rooming in” are modalitate supraveghere mamă-copil.	I						
02.04.01.04.03	Număr saloane cu sistem de îngrijire „rooming in” per număr total saloane în maternitate.	I						
02.04.02.01	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului.	C						
02.04.02.01.02	Spitalul asigură materiale informative cu privire la promovarea programelor de imunizare.	I						
02.04.02.01.06	Număr nou-născuți din mame cu TBC din număr total nou-născuți, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.04.02.01.07	Număr nou-născuți din mame cu lues din număr total nou-născuți, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.04.02.01.08	Număr nou-născuți din mame cu HIV-seropozitive din număr total nou-născuți, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.04.02.02	Spitalul identifică malformațiile/deficiențele nou-născutului.	C						
02.04.02.02.03	Spitalul are un program de screening pentru depistarea malformațiilor/deficiențelor tuturor nou-născuților.	I						

02.04.02.02.05	<i>Există echipă funcțională multidisciplinară formată din medici, psihopedagogi, psihologi și părinți care asigură depistarea timpurie, recuperarea sau orientarea spre centre specializate a nou-născuților la care se suspicionează deficit/malformație</i>	<i>I</i>						
02.11.04.07	<i>Spitalul de specialitate sau cu secție de obstetrică adoptă măsuri de prevenie a riscului infecțios prenatal.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.07.01	<i>Sunt stabilite circumstanțele riscului infecțios prenatal.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.07.02	<i>Este stabilită conduita în cazul infecțiilor cervico-vaginale la femeia însărcinată.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.07.03	<i>Este reglementată depistarea portajului de streptococ beta-hemolitic la femeia însărcinată.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.07.05	<i>Este reglementată investigarea microbiologică în ruptura prematură de membrane.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 36-Managementul asistenței medicale a nou-născutului / prematurului

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A.** Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

30
min

- B.** Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție / coordonator compartiment de
neonatologie

- C.** Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 36

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
02.04.01.01	<i>Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou-născutului și sugarului.</i>	<i>C</i>						
02.04.01.01.01	<i>Există program privind promovarea alăptării nou-născuților și sugarilor adoptat prin decizie a conducerii spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.02	<i>Programul include un protocol de inițiere a alăptării și a menținerii acesteia, cel puțin până la vârsta de 6 luni a copilului, ca parte din instruirea gravidei/lăuzei.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.03	<i>Programul privind promovarea alimentației la sân este monitorizat și evaluat de spital, cel puțin, prin următorii indicatori (1)procent nou-născuți la termen și sănătoși care au fost alimentați exclusiv cu lapte matern până la externare, (2)procent nou-născuți plasați în rooming și (3)procent nou-născuți la termen și sănătoși care au supt în primele 2 ore după naștere.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.05	<i>În primele 2 ore după nașterea pe cale naturală și primele 4 ore după naștere prin operație cezariană se aplică protocolul privind punerea la sân a nou-născutului la termen și sănătos.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.06	<i>Protocolul privind suspendarea temporară a alăptării din motive terapeutice este aplicat în secția/secțiile de neonatologie/obstetrică-ginecologie.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.08	<i>Număr nou-născuți la termen și sănătoși care au fost alimentați exclusiv cu lapte matern până la externare per total nou-născuți la termen și sănătoși, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.09	<i>Număr nou-născuți plasați în rooming per total nou-născuți, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.10	<i>Număr nou-născuți la termen și sănătoși, care au supt în primele 2 ore după naștere per total nou-născuți la termen și sănătoși, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
02.04.01.01.11	<i>Număr total nou-născuți și sugari, alimentați exclusiv la sân per număr total nou-născuți și sugari internați, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						

02.04.01.01.12	Număr total gravide/lăuze internate, care au avut contraindicație medicală pentru alăptare per număr total gravide/lăuze internate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.04.01.03	Personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie este format continuu pentru dobândirea abilităților necesare implementării programului de promovare a alimentației la sân.	C						
02.04.01.03.01	Spitalul instruește anual personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie cu privire la promovarea alimentației sănătoase a nou-născutului și sugarului.	I						
02.04.01.03.02	Personalul medical pregătește, îndrumă și urmărește fiecare mamă în momentul inițierii alăptării, atribuție prevăzută în fișele de post.	I						
02.04.01.03.03	Programele de formare includ cel puțin (1)beneficiile alăptării, (2)riscurile alimentației cu substituenți de lapte, (3)pregătirea mamei și copilului pentru hrănirea la sân și (4)alăptarea/hrănirea „la cerere” a nou-născutului sau sugarului.	I						
02.04.02.01	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului.	C						
02.04.02.01.01	Există protocol privind consilierea mamelor cu TBC/Lues/HIV-pozitive în legătură cu monitorizarea stării de sănătate a nou-născuților.	I						
02.04.02.01.02	Spitalul asigură materiale informative cu privire la promovarea programelor de imunizare.	I						
02.04.02.01.03	Spitalul respectă calendarul vaccinărilor conform legislației în vigoare.	I						
02.04.02.01.04	Programul privind vaccinarea nou-născutului este monitorizat și evaluat de spital, cel puțin, prin următorii indicatori (1)procent nou-născuți care au fost vaccinați cu schemă completă de vaccinare, până la externare, (2)procent nou-născuți care au fost vaccinați cu schemă parțială, până la externare, (3)procent nou-născuți nevaccinați, până la externare.	I						
02.04.02.01.05	Există analiză anuală privind cazurile de nou-născuți nevaccinați, până la externare, care cuprinde inclusiv numărul de cazuri în care părinții refuză vaccinarea.	I						
02.04.02.01.06	Număr nou-născuți din mame cu TBC din număr total nou-născuți, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						

02.04.02.01.07	Număr nou-născuți din mame cu lues din număr total nou-născuți, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.04.02.01.08	Număr nou-născuți din mame cu HIV-seropozitive din număr total nou-născuți, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.04.02.02	Spitalul identifică malformațiile/deficiențele nou-născutului.	C						
02.04.02.02.01	Spitalul are definite deficiențele posibile ale nou-născutului identificabile la naștere.	I						
02.04.02.02.02	Spitalul asigură resursele materiale necesare identificării malformațiilor/deficiențelor nou-născutului.	I						
02.04.02.02.03	Spitalul are un program de screening pentru depistarea malformațiilor/deficiențelor tuturor nou-născuților.	I						
02.04.02.02.04	Testarea după naștere a auzului, vederii și prezenței sau predispoziției pentru displazie de șold este efectuată tuturor nou-născuților și consemnată în documentele medicale.	I						
02.04.02.02.05	Există echipă funcțională multidisciplinară formată din medici, psihopedagogi, psihologi și părinți care asigură depistarea timpurie, recuperarea sau orientarea spre centre specializate a nou-născuților la care se suspicionează deficit/malformație	I						
02.04.02.02.06	Număr nou-născuți cu malformații per număr total nou-născuți, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.04.02.02.07	Număr nou-născuți cu deficiențe per număr total nou-născuți, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.04.02.02.08	Număr malformații diagnosticate intrauterin per număr total nou-născuți, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.04.03.01	Spitalul asigură condiții adaptate îngrijirii copilului.	C						
02.04.03.01.06	Biberoneria/bucătăria de lapte este autorizată fără plan de conformare.	I						
02.04.03.01.07	Sondele de alimentare enterală de unică folosință sunt existente în secțiile/ATI/TI/TIC nou-născuți și copii mici.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.16	Accesul vizitatorilor/aparținătorilor în secțiile de ATI și neonatologie este condiționat de un triaj epidemiologic.	I						
02.11.04.07	Spitalul de specialitate sau cu secție de obstetrică adoptă măsuri de prevenie a riscului infecțios prenatal.	C						
02.11.04.07.04	Este reglementată antibioprolaxia infecției cu streptococ beta-hemolitic la nou-născut.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

244 / 418

Semnătură interlocutor _____

--

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 37-Managementul asistenței medicale pediatrice

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție / coordonator compartiment de pediatrie sau cu specialitate pediatrică/infantilă

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 37

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.09.02.04	<i>Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.</i>	<i>C</i>						
01.09.02.04.01	<i>Facilitățile de recreere pentru copii sunt astfel realizate încât previn riscurile fizice.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.04.02	<i>Monitorizarea respectării temperaturii ambientale în funcție de specificul serviciului este consemnată zilnic.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.01	<i>Spitalul asigură condiții adaptate îngrijirii copilului.</i>	<i>C</i>						
02.04.03.01.01	<i>Spitalul asigură pentru copiii internați facilități de recreere în aer liber.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.01.02	<i>Spitalul asigură pentru copiii internați facilități de recreere în interior.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.01.03	<i>Secțiile destinate îngrijirii copiilor sunt amenajate, adaptat categoriilor de vârstă.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.01.04	<i>Spitalul asigură pentru copiii cu spitalizare îndelungată, facilități de educație adecvată vârstei.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.01.05	<i>Personalul medical al secțiilor destinate îngrijirii copiilor este pregătit pentru comunicarea cu copiii și aparținătorii/părinții acestuia.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.01.06	<i>Biberoneria/bucătăria de lapte este autorizată fără plan de conformare.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.01.07	<i>Sondele de alimentare enterală de unică folosință sunt existente în secțiile/ATI/TI/TIC nou-născuți și copii mici.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.02	<i>Spitalul asigură servicii de susținere a asistenței medicale pentru copii.</i>	<i>C</i>						
02.04.03.02.01	<i>Spitalul asigură asistență psihologică pentru copiii internați.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.02.02	<i>Spitalul asigură asistență psihologică pentru aparținătorii/părinții copiilor internați.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.02.03	<i>Spitalul asigură asistență socială pentru copiii internați.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.02.04	<i>Spitalul asigură continuitatea asistenței psihologice pentru copii, după externare.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.02.05	<i>Număr copii diagnosticați cu autism per număr total copii internați, pe an.</i>	<i>I</i>						
02.04.03.02.06	<i>Număr copii diagnosticați cu ADHD per număr total copii internați, pe an.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

247 / 418

Semnătură interlocutor _____

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 38-Managementul asistenței medicale a pacientului psihiatric adult

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție / coordonator compartiment de psihiatrie adulți

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 38

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.05	Accesul personalului în anumite zone ale secțiilor de psihiatrie se face cu însoțitor.	I						
01.09.02.04	Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.	C						
01.09.02.04.02	Monitorizarea respectării temperaturii ambientale în funcție de specificul serviciului este consemnată zilnic.	I						
02.01.05.01	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea nevoluntară a pacientului psihiatric.	C						
02.01.05.01.01	Spitalul are implementată procedura privind internarea pacientului în condițiile internării nevoluntare.	I						
02.01.05.01.02	Evaluarea situațiilor socio-profesionale și aprecierea consecințelor internării este consemnată în FO a pacientului psihiatric.	I						
02.01.05.02	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea pacienților în vederea efectuării expertizei medico-legale psihiatrice.	C						
02.01.05.02.01	Spitalul are implementată procedura privind internarea pacientului pentru expertiza medico-legală psihiatrică.	I						
02.01.05.02.02	Spitalul are implementată procedura privind internarea pacientului aflat în arest/detenție în vederea expertizării medico-legale psihiatrice (EMLP).	I						
02.01.05.02.03	În FO a pacientului internat în vederea expertizei medico-legale psihiatrice există documentele justificative conform legii (ordonanță emisă de procuror/ bilet de trimitere de la IML / încheierea sau hotărârea instanței de judecată).	I						
02.01.05.02.04	Măsurile speciale de îngrijire și supraveghere a pacientului internat în vederea expertizei medico-legale psihiatrice, consemnate în registrului măsurilor de izolare și conținere, se regăsesc în FO.	I						
02.01.05.02.05	Spitalul are implementată procedura care reglementează statutul personalului Ministerului de Interne care asigură paza pacientului aflat în arest/detenție în vederea EMLP.	I						

02.01.05.03	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează preluarea în îngrijire a pacientului psihiatric arestat sau condamnat.	C						
02.01.05.03.01	Spitalul are implementată procedura privind internarea obligatorie a pacientului, conform art.110 CP, ca măsură de siguranță provizorie, pentru tratament și constituirea dosarului de transfer într-un spital de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță, regional.	I						
02.01.05.03.02	Spitalul are implementată procedura privind internarea obligatorie a pacientului, conform art.110 CP, ca măsură de siguranță definitivă.	I						
02.01.05.04	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie are prevăzute măsuri speciale, de prevenire și limitare a urmărilor unor manifestări comportamentale ale pacientului psihiatric, ce pot pune în pericol pacientul, pe cei din jur sau bunurile materiale.	C						
02.01.05.04.01	Spitalul asigură limitarea libertății de mișcare a pacientului psihiatric agresiv prin menținerea sa într-o zonă special amenajată și dotată, cu sistem de supraveghere continuă.	I						
02.01.05.04.02	Spitalul respectă reglementarea privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase, care pot deveni arme de auto- sau heteroagresiune.	I						
02.01.05.04.05	În spațiile dedicate internării nevoluntare a pacienților psihiatrici există mijloace tehnice de supraveghere (camere video de supraveghere conectate într-un sistem informatic integrat cu monitorizare permanentă).	I	se verifică funcționalitatea sistemului					
02.01.05.05	Externarea pacientului psihiatric din spitalele de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie este reglementată și adaptată modalității de internare.	C						
02.01.05.05.01	Spitalul respectă procedura privind externarea și acompaniamentul pacientului internat nevoluntar de către aparținători.	I						
02.01.05.05.02	Spitalul respectă procedura privind externarea și acompaniamentul pacientului care a fost internat ca măsură de siguranță provizorie și/sau definitivă.	I						

02.01.05.05.03	<i>Externarea pacientului, internat conform art.110 CP, se efectuează imediat ce a fost primită sentința penală de înlocuire a măsurii de siguranță a internării cu cea prevăzută de art.109 CP, respectiv cu obligarea la tratament ambulator.</i>	<i>I</i>						
----------------	---	----------	--	--	--	--	--	--

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 39-Managementul asistenței medicale a pacientului cu boala cronică renală

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

15
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție / coordonator compartiment de nefrologie

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 39

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
02.03.02.04	<i>Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR).</i>	<i>C</i>						
02.03.02.04.08	<i>Există o procedură de preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de către medicul nefrolog.</i>	<i>I</i>						
02.06.01.01	<i>Pacienții aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie sunt tratați și monitorizați în vederea reducerii ratei de progresie a BCR.</i>	<i>C</i>						
02.06.01.01.01	<i>La nivelul secției de nefrologie există evidența pacienților cu BCR care s-au adresat spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.06.01.01.02	<i>La nivelul secției de nefrologie există evidența medicilor de familie, cu date de contact actualizate, la care sunt înscrși pacienții cu BCR monitorizați de secție.</i>	<i>I</i>						
02.06.01.01.03	<i>Spitalul are reglementată modalitatea de colaborare cu medicii de familie pentru monitorizarea pacienților cu BCR.</i>	<i>I</i>						
02.06.01.01.04	<i>Există plan de monitorizare individualizat a pacienților cu BCR, actualizat și comunicat medicilor de familie în baza reglementării specifice a spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.06.01.01.05	<i>La nivelul secției/compartimentului de nefrologie există criterii definite pentru internarea pacienților cu BCR.</i>	<i>I</i>						
02.06.01.01.06	<i>Număr pacienți cu BCR monitorizați de medicii de familie, în baza reglementării specifice a spitalului per total pacienți cu BCR aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
02.06.01.01.07	<i>Număr pacienți cu BCR internați în urgență per număr total pacienți cu BCR internați, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
02.06.01.02	<i>Spitalul cu secții/compartimente de nefrologie se preocupă de pregătirea pacienților cu BCR pentru tratamentul de suplere renală.</i>	<i>C</i>						
02.06.01.02.01	<i>Secția/compartimentul de nefrologie al spitalului are protocoale de colaborare cu centrele de transplant.</i>	<i>I</i>						
02.06.01.02.02	<i>Pacienții cu BCR aflați în evidența secției de nefrologie sunt investigați în vederea transplantului.</i>	<i>I</i>						

02.06.01.02.03	Număr pacienți cu RFG sub 20mL/min, care sunt investigați pentru transplant renal per număr total pacienți cu RFG sub 20mL/min, aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02.04	Există protocoale de colaborare pentru efectuarea fistulei arterio-venoase cu servicii de chirurgie vasculară/medic chirurg, cu competență în chirurgie vasculară.	I						
02.06.01.02.05	Există planificare a pacienților cu RFG cuprinsă între 15-20mL/min, pentru efectuarea fistulei arterio-venoase.	I						
02.06.01.02.06	Număr pacienți aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie care au început dializa pe fistulă arterio-venoasă per număr total pacienți inițiați în dializă în unitatea de dializă din spital, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02.07	Număr pacienți, cu RFG sub 30mL/min, evaluați serologic pentru infecții virale (VHB, VHC, HIV) per număr pacienți cu RFG sub 30mL/min, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02.08	Număr pacienți, cu RFG sub 30mL/min, vaccinați anti-VHB per total pacienți cu RFG sub 30mL/min, în anul calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02.09	Număr pacienți aflați în evidența secției de nefrologie echilibrați hematologic (Hb >10/dL) la inițierea dializei per numărul total pacienți aflați în evidența secției de nefrologie, la care a fost inițiată dializa, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02.10	Număr pacienți aflați în evidența secției de nefrologie cu PTH cuprins între 200-500pg/mL, la inițierea dializei, per număr total pacienți aflați în evidența secției de nefrologie, la care a fost inițiată dializa, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.02.01	Unitatea care inițiază dializa decide asupra modalității de TSFR (hemodializă, dializă peritoneală, transplant renal) de comun acord cu pacienții și familiile lor.	C						
02.06.02.01.01	Număr pacienți care au început tratamentul prin hemodializă per număr pacienți aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie care au început TSFR, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.02.01.02	Număr pacienți care au început tratamentul prin dializă peritoneală per număr pacienți aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie care au început TSFR, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						

02.06.02.01.03	Număr pacienți cu indicații de transplant renal, luați în evidență de centrele de transplant per număr pacienți cu RFG sub 20mL/min, aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.02.01.04	Număr pacienți care încep TSFR prin transplant pre-emptiv per număr pacienți aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie care au început TSFR, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.02.01.05	Număr pacienți aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie, care au semnat un consimțământ informat înainte de inițierea tratamentului prin dializă (HD/DP) TSFR per număr pacienți aflați în evidența secției de nefrologie, la care a fost inițiată dializa, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.02.02	Unitatea care inițiază dializa colaborează cu secțiile/compartimentele de nefrologie care recomandă inițierea tratamentului și cu centrele ambulatorii de dializă care continuă tratamentul prin dializă.	C						
02.06.02.02.01	Unitatea care inițiază dializa, are protocoale de colaborare cu centrele ambulatorii de dializă, pentru care pacienții optează pentru continuarea tratamentului.	I						
02.06.02.02.02	Spitalul monitorizează complicațiile tratate în secțiile/compartimentele de nefrologie instalate în urma dializei efectuate în fiecare centru de dializă.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 40-Managementul asistenței medicale a pacientului dializat

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef Unitate de Dializă

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 40

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
02.06.03.01	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi înregistrează și transmite on-line, în timp real, în formatul și cu frecvența solicitată de Registrul Renal Român toți parametri de monitorizare a performanței medicale a tratamentului prin dializă.	C						
02.06.03.01.01	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi are reglementată modalitatea de înregistrare și transmitere a parametrilor de monitorizare către Registrul Renal Român.	I						
02.06.03.01.02	Spitalul analizează corectitudinea transmiterii parametrilor de monitorizare către Registrul Renal Român și ia măsuri de îmbunătățire a acesteia.	I						
02.06.03.02	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează anemia pacienților dializați.	C						
02.06.03.02.01	Există un protocol de monitorizare și corectare a echilibrului fierului înainte de inițierea tratamentului cu agenți stimulatori ai eritropoiezei (ASE) la pacienții dializați (HD/DP).	I						
02.06.03.02.02	Număr pacienți (HD/DP), cu echilibru bun al fierului (TSAT >20%, feritină serică 100-200pg/mL), sub tratament cu ASE, per număr pacienți (HD/DP) tratați cu ASE în unitatea de dializă în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.02.03	Număr pacienți (HD/DP) care au necesitat transfuzii, per număr pacienți (HD/DP) tratați prin dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.03	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează metabolismul mineral.	C						
02.06.03.03.01	Există un protocol de monitorizare a bilanțului fosfo-calcic al pacienților dializați (HD/DP).	I						
02.06.03.03.02	Număr pacienți (HD/DP) care au control bun al metabolismului fosfo-calcic (PTH 200-500pg/mL și fosfat <5,5mg/dL și calciu seric 8,8-11mg/dL) per număr pacienți tratați prin dializă (HD/DP), în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.04	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează acidoza.	C						

02.06.03.04.01	Există un protocol de monitorizare a acidozei la pacienții dializați (HD/DP).	I						
02.06.03.04.02	Număr pacienților (HD/DP) care au control bun al acidozei (bicarbonat seric >20mEq/L) per număr pacienți tratați prin dializă (HD/DP) în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.05	Unitatea de dializă, în regim de spitalizare de zi monitorizează riscul infecțios specific pacientului dializat.	C						
02.06.03.05.01	Există protocol de monitorizare serologică a hepatitei.	I						
02.06.03.05.02	Incidența seroconversiei VHC (confirmată prin PCR) la bolnavii dializați (HD/DP) în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.05.03	Incidența seroconversiei VHB la bolnavii dializați (HD/DP) în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.05.04	Incidența seroconversiei HIV la bolnavii dializați (HD/DP) în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.05.05	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi are spații/saloane separate pentru tratamentul bolnavii pozitivi pentru AgHBs, VHC, HIV, semnalizate perceptibil doar pentru personal.	I						
02.06.03.06	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează starea de nutriție a pacienților dializați.	C						
02.06.03.06.01	Există un protocol de monitorizare a evoluției stării de nutriție a pacienților dializați.	I						
02.06.03.06.02	Număr pacienți (HD/DP) tratați în unitatea de dializă cu albumină serică >1g/dL în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.06.03	Număr pacienți (HD/DP) tratați în unitatea de dializă cu SGA B și C în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.06.04	Există o planificare a pacienților dializați, în vederea monitorizării evoluției.	I						
02.06.03.06.05	Planificarea pacienților dializați, în vederea monitorizării evoluției este respectată.	I						
02.06.03.06.06	Număr bolnavi (HD/DP) cu fișe de monitorizare lunare completate (sau raportate Registrului Renal Român) per număr pacienți dializați, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.06.07	Număr pacienți tratați în unitatea de dializă, care au cateter venos central venos după 6 luni de la inițierea dializei, per număr pacienți care au început dializa pe cateter venos central, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.06.08	Număr pacienți internați la nefrologie per număr pacienți dializați (HD/DP), în ultimul an calendaristic încheiat.	I						

02.06.03.07	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează eficiența dializei (HD/DP).	C						
02.06.03.07.01	Număr pacienți care au efectuat 3 ședințe de dializă pe săptămână, totalizând minimum 12 ore, per număr pacienți dializați în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.07.02	Număr pacienți care au efectuat mai puțin 3 ședințe de dializă pe săptămână per număr pacienți dializați în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.07.03	Număr pacienți HD cu determinare lunară a Kt/V per număr pacienți tratați prin dializă HD în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.07.04	Număr pacienți DP cu determinare lunară a Kt/V per număr pacienți tratați prin dializă DP în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.07.05	Număr pacienți cu Kt/V sub 1,3 HD, per număr pacienți tratați prin HD, în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.07.06	Număr pacienți cu Kt/V sub 1,3 DP, per număr pacienți tratați prin DP, în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.08	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi se preocupă de creșterea calității vieții pacienților.	C						
02.06.03.08.01	Număr pacienți hemodializați care locuiesc la o distanță mai mică de 50 de km de unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi per număr pacienți aflați în tratament în ultimul an calendaristic.	I						
02.06.03.08.02	Numărul de ture de dializă per zi prin care unitatea asigură dializa pacienților.	I						
02.06.03.08.03	Există evaluarea semestrială a unității de dializă cu privire la percepția pacienților dializați asupra calității vieții (SF-36).	I						
02.06.03.09	Unitatea de dializă are o politică de creștere a autonomiei pacienților.	C						
02.06.03.09.01	Unitatea de dializă poate asigura dializă peritoneală automată (DPA).	I						
02.06.03.09.02	Unitatea de dializă poate asigura dializă peritoneală continuă (DPCA).	I						
02.06.03.09.03	Unitatea de dializă poate asigura auto-hemodializă la domiciliu.	I						

02.06.03.09.04	Unitatea de dializă are protocoale de colaborare cu centrele de transplant renal.	I					
02.06.03.09.05	Unitatea de dializă are o evidență a pacienților cu indicație de transplant renal.	I					
02.06.03.09.06	Numărul pacienților aflați pe lista de așteptare pentru transplant renal, la data evaluării, per numărul pacienților dializați în unitate.	I					
02.06.03.09.07	Număr pacienți transplantați per numărul pacienților dializați în unitate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I					

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 41-Managementul asistenței medicale a pacientului oncologic

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef / coordonator comisie oncologi

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 41

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.06.02.03	<i>Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.</i>	<i>C</i>						
01.06.02.03.13	<i>Există protocol de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05	<i>Comisia multidisciplinară oncologică decide tratamentul pacientului oncologic.</i>	<i>C</i>						
02.03.02.05.01	<i>Există protocoale de diagnostic și tratament pentru pacientul oncologic.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05.02	<i>Există echipe medicale multidisciplinare oncologice pe specialități.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05.03	<i>Managementul pacientului diagnosticat oncologic este reglementat.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05.04	<i>Activitatea Comisiei multidisciplinare oncologice este reglementată (hotărâște tratamentul curativ, modificările de tratament în evoluție și tratamentul paliativ).</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05.05	<i>Este definit setul de date necesare analizei cazului în comisia multidisciplinară oncologică.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05.06	<i>Comisia multidisciplinară oncologică stabilește, în urma analizei cazului, etapele și planificarea tratamentului pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05.07	<i>Comisia multidisciplinară oncologică stabilește periodicitatea evaluării evoluției pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05.08	<i>Comisia multidisciplinară oncologică stabilește setul de date necesar evaluărilor periodice ale pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05.09	<i>Pacientul oncologic este informat, de către medicul curant, despre managementul cazului său, decis de Comisia multidisciplinară oncologică.</i>	<i>I</i>	există consemnare a informării în documentele medicale					
02.08.01.01	<i>Nevoile de îngrijiri paliative la pacienții cu boală cronică progresivă sunt identificate prompt și se iau măsuri adecvate.</i>	<i>C</i>						
02.08.01.01.01	<i>Personalul aplică protocolul de screening pentru nevoile de îngrijiri paliative.</i>	<i>I</i>						
02.08.01.01.02	<i>Durerea pacientului cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative este evaluată, de la preluare, pe baza unui scor.</i>	<i>I</i>						
02.08.01.03	<i>Personalul implicat în îngrijirea pacienților cu boli cronice progresive are pregătire recunoscută în îngrijiri paliative.</i>	<i>C</i>						

02.08.01.03.02	50% din medicii organizației, care au în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive, au absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de 3 zile.	I						
02.08.01.03.04	Educația medicală continuă a personalului implicat (medici, asistenți, psihologi, preoți etc) în asigurarea îngrijirilor pacienților cu boli cronice progresive, include minim 4 ore anual de pregătire specifică în îngrijiri paliative.	I						
02.12.02.04	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticelor sunt respectate.	C						
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.	I						
02.12.02.04.09	Transportul diluțiilor sterile cu citostatice se face de personal instruit în acest sens.	I						
02.12.02.04.10	Transportul diluțiilor sterile cu citostatice se face în condiții de temperatură și siguranță, conforme cu caracteristicile produsului.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 42-Managementul asistenței medicale a pacientului oncologic în radioterapie

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție / coordonator compartiment de radioterapie

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 42

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
02.07.01.01	<i>Dotarea serviciului de radioterapie/medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.07.01.01.01	<i>Spitalul a identificat patologiile oncologice pentru care poate oferi servicii de radioterapie/medicină nucleară.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.01.06	<i>În cazul disfuncționalității incidentale a aparaturii de radioterapie este reglementat transferul pacienților către alte servicii de radioterapie.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02	<i>Radioterapia/medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.</i>	<i>C</i>						
02.07.01.02.02	<i>Serviciile de radioterapie/medicină nucleară sunt efectuate în echipă pluridisciplinară.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02.09	<i>Medicul radioterapeut oferă toate informațiile necesare medicului curant, pentru stabilirea conduitei de tratament în situațiile de expunere mărită sau nedorită, accidente sau complicații post-iradiere.</i>	<i>I</i>	<i>se verifică respectarea reglementării ... "Situațiile de expunere mărită sau nedorită, accidente sau complicații post-radioterapie sunt reglementate specific."</i>					
02.07.01.02.11	<i>Expunerea la radiații a pacientului este înregistrată în Dosarul Electronic de Sănătate, cu specificarea dozei pentru fiecare episod de expunere și a datei calendaristice a expunerii.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02.12	<i>Înregistrările dozelor și datelor calendaristice de expunere la radiații sunt înregistrate distinct în documentele înmânate pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02.13	<i>Spitalul asigură respectarea duratei de maxim două săptămâni, pentru pacientul planificat și maxim trei zile, în caz de urgență oncologică, de la prima înregistrare a pacientului pînă la prima ședință a procedurii de radioterapie/medicină nucleară.</i>	<i>I</i>						

02.07.01.02.16	Serviciul de radioterapie/medicină nucleară asigură pacienților ambientul pentru susținerea psiho-emoțională a terapiei.	I	"ambientul adecvat pt susținere psiho-emoțională" = luminos, culori calde-relaxante (portocaliu, galben, verde), decorațiuni-design plăcut ochiului, plante, mobilier confortabil armonizat coloristic, muzică ambientală în surdina.					
02.07.02.01	Radioterapia/medicina nucleară utilizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.	C						
02.07.02.01.01	Evaluarea evoluției pacienților sub tratament de radioterapie/medicină nucleară este făcută de către medicul radioterapeut/medicul de medicină nucleară care a decis procedura de radioterapie/medicină nucleară efectuată.	I						
02.07.02.01.02	Există posibilitatea evaluării răspunsului intracelular la tratamentul oncologic.	I	există modalitatea de investigație - RMN special, prin care se determină răspunsul celular la terapie (aprox. Ziua 8)					
02.07.02.01.03	Medicul specialist adaptează radioterapia în funcție de răspunsul pacientului la tratament.	I	medicul povestește cum face...					
02.07.02.01.05	Există analiză lunară a concordanței recomandărilor privind radioterapia și tratamentul efectiv menționat în foaia de tratament a pacientului.	I						
02.07.02.02	Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată și îmbunătățită constant.	C						
02.07.02.02.01	Protocoalele de radioterapie / medicină nucleară sunt actualizate în funcție de buna practică medicală.	I						
02.07.02.02.02	Eficiența practicii de radioterapie/medicină nucleară este analizată semestrială la nivelul Consiliului medical.	I						
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.	C						
02.12.05.03.06	Există o analiză semestrială la nivelul Consiliului medical cu privire la rezultatele de etapă în radioterapie.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

268 / 418

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 43-Managementul terapiei în medicina nucleară

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție / coordonator compartiment de terapie nucleară

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 43

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.08.02.10	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.	C						
01.08.02.10.01	Manevrarea și pregătirea produselor radioactive, izotopi este făcută de personal instruit în acest sens și protejat.	I						
01.08.02.10.02	Manevrarea produselor și pregătirea produselor radioactive, izotopi se face în spații special amenajate.	I						
01.08.02.10.03	Curățirea sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de iradiere este efectuată de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.07	Personalul care manevrează și pregătește produsele radioactive, izotopii este instruit anual.	I						
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.12	Intervalul de timp dintre solicitare și data programată la radioterapie și terapie cu izotopi.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.19	Accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament care necesită pregătirea pacienților se face numai dacă aceste condiții au fost îndeplinite.	I						
02.07.01.01	Dotarea serviciului de radioterapie/medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice pacientului.	C						
02.07.01.01.01	Spitalul a identificat patologii oncologice pentru care poate oferi servicii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.01.07	În cazul disfuncționalității incidentale a serviciului de medicină nucleară este reglementat transferul pacienților către alte servicii de medicină nucleară.	I						

02.07.01.02	<i>Radioterapia/medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.</i>	<i>C</i>						
02.07.01.02.01	<i>Protocoalele terapeutice de radioterapie/medicină nucleară sunt actualizate.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02.02	<i>Serviciile de radioterapie/medicină nucleară sunt efectuate în echipă pluridisciplinară.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02.13	<i>Spitalul asigură respectarea duratei de maxim două săptămâni, pentru pacientul planificat și maxim trei zile, în caz de urgență oncologică, de la prima înregistrare a pacientului pînă la prima ședință a procedurii de radioterapie/medicină nucleară.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02.14	<i>Disponerea zonelor de așteptare pentru pacienți/însoțitori/aparținători, în serviciul de radioterapie/medicină nucleară, asigură radioprotecția acestora.</i>	<i>I</i>	<i>sunt (1)efectuare măsurători de iradiere și sunt (2)în limite de siguranță</i>					
02.07.01.02.16	<i>Serviciul de radioterapie/medicină nucleară asigură pacienților ambientul pentru susținerea psiho-emoțională a terapiei.</i>	<i>I</i>	<i>"ambientul adecvat pt susținere psiho-emoțională" = luminos, culori calde-relaxante (portocaliu, galben, verde), decorațiuni-design plăcut ochiului, plante, mobilier confortabil armonizat coloristic,muzică ambientală în surdina.</i>					
02.07.02.01	<i>Radioterapia/medicina nucleară utitizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.</i>	<i>C</i>						
02.07.02.01.01	<i>Evaluarea evoluției pacienților sub tratament de radioterapie/medicină nucleară este făcută de către medicul radioterapeut/medicul de medicină nucleară care a decis procedura de radioterapie/medicină nucleară efectuată.</i>	<i>I</i>						
02.07.02.01.04	<i>Monitorizarea dozelor de expunere ale pacientului pentru încadrarea în intervalul terapeutic acceptat este reglementată la nivelul serviciul de radioterapie/medicină nucleară.</i>	<i>I</i>						
02.07.02.02	<i>Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată și îmbunătățită constant.</i>	<i>C</i>						
02.07.02.02.01	<i>Protocoalele de radioterapie / medicină nucleară sunt actualizate în funcție de buna practică medicală.</i>	<i>I</i>						

02.07.02.02.02	<i>Eficiența practicii de radioterapie/medicină nucleară este analizată semestrială la nivelul Consiliului medical.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.01	<i>Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.</i>	<i>C</i>						
02.12.05.01.01	<i>Recomandările privind manevrele cu expunere la radiații sunt rezultatul colaborării dintre medicul curant și medicul radiolog/radioterapeut/specialist în medicină nucleară.</i>	<i>I</i>	interviu cu (1)medic prescriptor și (2)medic laborator					
02.12.05.01.02	<i>Există analiza trimestrială a recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații cu respectarea limitării expunerii nejustificate a pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.01.03	<i>Există software care nu permite inițierea iradierii fără înregistrarea datelor cu privire la doza și câmpul de iradiere per episod de iradiere.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.01.05	<i>Spitalul asigură dozimetre pentru întreg personal supus radiațiilor.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.01.06	<i>Spitalul asigură verificarea dozimetrelor distribuite personalului expus radiațiilor.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.01.07	<i>Doza și data per episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrată în FO/documentele medicale.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.01.09	<i>Activitatea în zonele de pregătire a substanțelor terapeutice sau investigaționale este reglementată și monitorizată.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.01.10	<i>Sistemul de colectare și reținere a apei ionizate, radioactive este verificat conform planificării.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.03	<i>Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.</i>	<i>C</i>						
02.12.05.03.03	<i>Cantitatea de izotopi radioactivi administrată pentru tratamentul nuclear este individualizată.</i>	<i>I</i>	se verifică determinarea necesarului înainte de administrare.					

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 44 -Managementul paliatiei

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 44

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
02.08.01.02	<i>Internarea pacienților cu boală cronică progresivă și nevoi de îngrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.</i>	<i>C</i>						
02.08.01.02.01	<i>Activitatea comisiei multidisciplinare de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.08.01.02.03	<i>Există analiza respectării criteriilor de eligibilitate stabilite pentru internarea nediscriminatorie a pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative.</i>	<i>I</i>						
02.08.01.04	<i>Durerea și celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate.</i>	<i>C</i>						
02.08.01.04.02	<i>Adaptarea tratamentului pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative este făcută în funcție de scorul durerii și documentată în FO.</i>	<i>I</i>						
02.08.01.04.04	<i>Nomenclatorul de medicație, stabilit de către Consiliul medical conform listei recomandate de IAHP, pentru pacienții cu nevoi de îngrijiri paliative, este asigurat de farmacia de spital.</i>	<i>I</i>						
02.08.01.05	<i>Pacienții cu boli cronice progresive "cazuri complexe" primesc îngrijire paliativă specializată.</i>	<i>C</i>						
02.08.01.05.01	<i>Spitalul reglementează categoriile eligibile de pacienți considerate "cazuri complexe" pentru a primi îngrijire paliativă specializată.</i>	<i>I</i>						
02.08.01.05.03	<i>Spitalul are parteneriate funcționale cu furnizori specializați în îngrijirea "cazurilor complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată.</i>	<i>I</i>						
02.08.01.05.04	<i>Număr pacienți cu nevoi de îngrijire paliativă care au fost transferați în servicii de îngrijire paliativă per număr pacienți cu nevoie de îngrijire paliativă pe an.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.01	<i>Infrastructura de îngrijire paliativă este adaptată nevoilor speciale ale pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cu grad ridicat de dependență, respectând intimitatea acestuia.</i>	<i>C</i>						

02.08.02.01.01	<i>Saloanele de îngrijire paliativă asigură confort și intimitate pentru pacient și aparținător.</i>	<i>I</i>	<i>saloane cu 1-2 paturi dar se accepta până la maximum 4 paturi, în saloane cu paravane/perdele separatoare</i>					
02.08.02.01.02	<i>Spitalul asigură igienizarea/îmbăierea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative, imobilizați la pat.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.01.03	<i>Spitalul asigură posibilitate de cazare pentru aparținători, pe durata internării pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.02	<i>Infrastructura permite desfășurarea serviciilor conexe de îngrijire paliativă.</i>	<i>C</i>						
02.08.02.02.01	<i>Există spațiu/spații pentru organizarea întâlnirilor interdisciplinare și de educație medicală continuă pentru sectorul de paliatie.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.02.02	<i>Exista spațiu/spații de zi amenajate și supravegheate, pentru socializare pacienți/aparținători, pentru sectorul de paliatie.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.02.03	<i>Exista spațiu/spații, pentru consilierea pacientului și familiei, pentru sectorul de paliatie.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.02.04	<i>Există spații pentru terapii complementare - aromaterapie, kinetoterapie, voluntari etc. dedicate sectorului de paliatie.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.02.05	<i>Sectorul de paliatie are "cameră rece" sau acces la servicii similare.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.02.06	<i>Sectorul de paliatie are dotări specifice: paturi mobile, saltele antiescară (minim 1 la 3 paturi), elevatoare, cadre de ambulație, măsuțe pentru mâncare, wc mobil, fotolii rulante.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.02.07	<i>Sectorul de paliatie respectă dotarea minim obligatorie: aspirator de secreții, glucometru, tensiometru, stetoscop, termometru, instalație de oxigen/aparat concentrator de oxigen, pulsoximetru, seringi automate/injectomate.</i>	<i>I</i>						
02.08.03.01	<i>La primirea pacientului în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative se efectuează o evaluare comprehensivă a pacientului/familiei/aparținătorilor.</i>	<i>C</i>						
02.08.03.01.01	<i>FO adaptată pentru paliatie conține elemente integrate de evaluare psihosocială a pacientului, familiei, aparținătorilor, după caz.</i>	<i>I</i>						
02.08.03.01.02	<i>Concluziile evaluării/planul de management al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cuprind nevoile din domeniile fizic, psiho-emoțional, social și spiritual.</i>	<i>I</i>						

02.08.03.01.03	Impactul durerii pe calitatea vieții pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative este evaluat și consemnat în FO.	I						
02.08.03.02	Obiectivele îngrijirii paliative, înțelegerea diagnosticului și prognosticului sunt evaluate împreună cu pacientul/familia/aparținătorii și documentate.	C						
02.08.03.02.01	Așteptările pacientului cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative și/sau familiei legate de îngrijiri sunt consemnate în documentele medicale și analizate anual sau ori de câte ori este cazul.	I						
02.08.03.02.02	Medicul curant documentează în FO aprecierea sa legată de gradul de înțelegere al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative în legătură cu diagnosticul și prognosticul comunicat acestuia.	I						
02.08.03.02.03	Medicul curant documentează în FO aprecierea sa legată de gradul de înțelegere al familiei/aparținătorilor în legătură cu diagnosticul și prognosticul pacientului cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative.	I						
02.08.03.04	Planul de management al pacientului cu nevoie de îngrijiri paliative este elaborat de echipa pluridisciplinară, pe baza protocoalelor specifice, și actualizat în funcție de evoluția patologiei sau nevoilor în schimbare ale pacientului/familiei/aparținătorilor.	C						
02.08.03.04.01	Ședințele echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative sunt reglementate și se desfășoară săptămânal.	I						
02.08.03.04.02	Planul de management al pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative este datat și documentat cu problemele identificate și intervențiile necesare.	I						
02.08.03.04.03	Planul pluridisciplinar de management al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, consemnează intervențiile a cel puțin 3 dintre membrii echipei de paliativă - medic, asistent medical, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual.	I						
02.08.03.04.04	Planul de management al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative este revizuit săptămânal, în urma evaluării evoluției pacientului.	I						
02.08.03.04.05	Număr pacienți cu nevoi de îngrijiri paliative care au tratament nefarmacologic simptomatic per număr pacienți cu nevoi de îngrijiri paliative tratați.	I						
02.08.03.05	Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/aparținătorii este permanentă și parte definitorie a îngrijirii paliative.	C						

02.08.03.05.03	Întâlnirile de consiliere cu pacientul cu nevoi de îngrijiri paliative/aparținătorii sunt documentate în FO/documentele medicale.	I						
02.08.04.01	Structura minimă a echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative este compusă din: medic cu competență în paleație, farmacist clinician, asistenți medicali, infirmiere, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual.	C						
02.08.04.01.01	Minim 75% din personalul echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative este încadrat cu normă întreagă.	I						
02.08.04.01.02	Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative are minim un medic pentru fiecare 12 paturi.	I						
02.08.04.01.03	Numărul de asistenți medicali din echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative se stabilește în funcție de nevoia de îngrijire a pacienților, dar nu mai puțin de un asistent medical la 8 paturi pe tură.	I						
02.08.04.01.04	Numărul de infirmiere din echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative se stabilește în funcție de nevoia de îngrijire a pacienților, dar nu mai puțin de o infirmieră la 8 paturi pe tură.	I						
02.08.04.01.05	Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative are minim un asistent social pentru fiecare 50 paturi.	I						
02.08.04.01.06	Numărul de psihologi din echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative se stabilește în funcție de nevoia de îngrijire a pacienților, dar nu mai puțin de un psiholog pentru fiecare 50 paturi.	I						
02.08.04.01.07	Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative are minim un îndrumător spiritual pentru fiecare 50 paturi.	I						
02.08.04.02	Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative include, în funcție de necesitățile pacienților și alți specialiști, precum: kinetoterapeut, terapeut ocupațional, terapeut prin joc, dietetician, voluntari etc.	C						
02.08.04.02.01	Medicul curant stabilește terapii conexe, documentate în FO, în funcție de necesitățile și evoluția pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative.	I	activități conexe = asistență psihologică, socială, spirituală, mobilizare-kinetoterapie și terapia durerii					
02.08.04.02.02	Medicul curant, împreună cu dieteticianul, stabilește și documentează în FO, dieta pentru fiecare pacient, în funcție de necesitățile și evoluția pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative.	I						

02.08.04.02.03	Personalul conex din echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative este calificat și a absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de 3 zile.	I	analiza documente extras REVISAL, dosar personal, certificate de studii, diplome					
02.08.04.03	Membrii echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative din serviciile de îngrijire paliativă participă la programe de instruire continuă.	C						
02.08.04.03.01	Medicul/medicii din serviciile de îngrijire paliativă are/au minim 3 ani de practică medicală și B1221.	I						
02.08.04.03.02	Medicul/medicii din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire medicală continuă de paliatie de minim 4 ore per an.	I						
02.08.04.03.03	Toți asistenții medicali din serviciile de îngrijire paliativă au urmat un curs de 36 ore (introductiv și avansat în îngrijiri paliative).	I						
02.08.04.03.04	Toți asistenții medicali din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire medicală continuă de paliatie de minim 4 ore per an.	I						
02.08.04.03.05	Cel puțin 75% din asistenții medicali angajați din serviciile de îngrijire paliativă au urmat un curs aprofundat de 6-8 săptămâni de îngrijiri paliative/program de specializare în îngrijiri paliative/masterat în îngrijiri paliative.	I						
02.08.04.03.06	Asistenții șefi din serviciile de îngrijire paliativă au urmat un curs aprofundat de 6-8 săptămâni de îngrijiri paliative/program de specializare în îngrijiri paliative/masterat în îngrijiri paliative.	I						
02.08.04.03.07	Asistenții șefi din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire medicală continuă de paliatie de minim 4 ore per an.	I						
02.08.04.03.08	Asistentul social care lucrează în serviciile de îngrijire paliativă deține licență în asistență socială și curs de 36 ore (introductiv și avansat în îngrijiri paliative) sau masterat în îngrijiri paliative.	I						
02.08.04.03.09	Asistentul social din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliatie de minim 4 ore per an.	I						
02.08.04.03.10	Psihologul care lucrează în serviciile de îngrijire paliativă deține diplomă de licență, atestat în consiliere și/sau psihoterapie la nivel de psiholog specialist și curs de 36 ore (introductiv și avansat în îngrijiri paliative) sau master în îngrijiri paliative.	I						

02.08.04.03.11	<i>Psihologul din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliatie de minim 4 ore per an.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.12	<i>Îndrumătorul spiritual care lucrează în serviciile de îngrijire paliativă a urmat un curs de 36 ore (introdutiv și avansat în îngrijiri paliative) sau master în îngrijiri paliative.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.13	<i>Îndrumătorul spiritual din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliatie de minim 4 ore per an.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.14	<i>Alt personal, care lucrează în serviciile de îngrijire paliativă, cu pregătire conform specializării, după caz, a urmat un curs de 36 ore (introdutiv și avansat în îngrijiri paliative) sau master în îngrijiri paliative.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.15	<i>Alt personal din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliatie de minim 4 ore per an.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.16	<i>Sunt identificate obiectivele educaționale pentru fiecare din membrii echipei din serviciile de îngrijire paliativă și modalitățile de îndeplinire a acestora.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.17	<i>Serviciile de îngrijire paliativă au un plan anual de instruire continuă a personalului de îngrijire.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.04	<i>Instituția are un program coerent de monitorizare și menținere a sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.</i>	<i>C</i>						
02.08.04.04.01	<i>Menținerea sănătății ocupaționale a personalului din serviciile de îngrijire paliativă este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.04.02	<i>Personalul din serviciile de îngrijire paliativă are acces la mentoring/supervizare clinică/intervizie personală și de grup.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.04.03	<i>Personalul din serviciile de îngrijire paliativă are acces la programe și activități de diminuarea riscului de instalare a sindromului epuizării profesionale (burnout) .</i>	<i>I</i>						
02.08.04.04.04	<i>Repartizarea individuală și pe echipă a cazurilor din serviciile de îngrijire paliativă este reglementată în vederea prevenirii suprasolicitării, a instalării sindromului epuizării profesionale.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.04.05	<i>Este stabilit un profil psiho-profesional pentru personalul din serviciile de îngrijire paliativă, adaptat principiilor, valorilor și misiunii definite ale spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.08.05.02	<i>Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.</i>	<i>C</i>						

02.08.05.02.03	<i>Spitalul respectă deciziile pacientului, consemnate în FO/documentele medicale, referitor la locul oferirii serviciilor pentru starea terminală.</i>	<i>I</i>						
02.08.05.02.05	<i>Spitalul respectă o reglementare asumată privitoare la identificare si monitorizarea membrilor familiei cu risc de doliu patologic.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 45-Managementul prelevării de celule/țesuturi/organe

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

30
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție / coordonator compartiment autorizate
pentru activitatea de prelevare

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului
*)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 45

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
02.12.07.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.</i>	<i>C</i>						
02.12.07.04.02	<i>Spitalul are reglementată activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.03	<i>Spitalul respectă protocolul pentru declararea morții cerebrale.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.04	<i>Susținerea funcțiilor vitale ale potențialilor donatori în vederea prelevării de celule, țesuturi și organe respectă un protocol avizat de Consiliul medical.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.05	<i>Solicitarea și obținerea consimțământului pentru prelevarea de organe la pacienții aflați în moarte cerebrală este reglementată.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.06	<i>Spitalul respectă protocoale privind prelevarea de celule, țesuturi, transplant autolog și prelevare de organe.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.07	<i>Spitalul are o reglementare privind comunicarea cu Agenția Națională de Transplant în legătură cu potențialul donator de organe/țesuturi/celule.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.08	<i>Spitalul are nominalizată o Comisie pentru declararea morții cerebrale.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.09	<i>Protocolul pentru declararea morții cerebrale este cunoscut și aplicat.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.10	<i>Spitalul are echipă multidisciplinară cu competențe profesionale certificate, pentru prelevare de organe/țesuturi/celule.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.11	<i>Există procedură de activare a echipelor implicate în activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.12	<i>Există soluție alternativă pentru situațiile în care Comisia de declarare a morții cerebrale nu este disponibilă în totalitate.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.13	<i>Există soluție alternativă pentru situațiile în care echipa multidisciplinară de specialiști calificați pentru prelevare nu este disponibilă în totalitate.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.14	<i>Spitalul asigură permanent resurse tehnice, pentru activitatea de prelevare, accesibile și funcționale.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.04.15	<i>Există protocol privind testarea donatorului înainte de prelevarea de celule, țesuturi sau organe, inclusiv a compatibilității donator - primitor.</i>	<i>I</i>						

02.12.07.04.16	<i>Protecția datelor cu caracter personal a donatorilor de organe este reglementată și respectată.</i>	<i>I</i>						
02.12.07.06	<i>La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.</i>	<i>C</i>						
02.12.07.06.01	<i>Spitalul are stabiliți indicatori de monitorizare a activității de prelevare/transplant de organe/țesuturi/celule.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.01	<i>Spitalul reglementează prevenirea discriminării.</i>	<i>C</i>						
03.02.01.01.02	<i>Spitalul respectă reglementarea privitoare la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.01.04	<i>Spitalul informează familia/apartinătorii privitor la decizia încetării furnizării asistenței medicale pacientului, înainte ca aceasta să se producă, cu respectarea reglementării specifice.</i>	<i>I</i>						
03.03.01.02	<i>Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.</i>	<i>C</i>						
03.03.01.02.01	<i>Spitalul are stabilite criterii pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.</i>	<i>I</i>						
03.03.01.02.02	<i>Există analiză anuală privind modul de respectare a limitei de competență profesională a personalului.</i>	<i>I</i>						
03.03.01.02.03	<i>Spitalul instruieste anual personalul medical în legătură cu reglementările care stabilesc limitarea practicii la propria specialitate.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 46-Managementul transplantului de celule/țesuturi/organe

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A.** Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B.** Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție / coordonator compartiment autorizate pentru activitatea de transplant

- C.** Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 46

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
02.12.07.05	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.	C						
02.12.07.05.02	Spitalul are reglementată activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.05.03	Spitalul are echipă multidisciplinară cu competențe profesionale certificate, pentru transplantul de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.05.05	Există sistem de activare a echipelor implicate în activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.05.06	Există soluție alternativă pentru situațiile în care echipa multidisciplinară de specialiști calificați pentru transplantul de organe/țesuturi/celule nu este disponibilă în totalitate.	I						
02.12.07.06	La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.	C						
02.12.07.06.01	Spitalul are stabiliți indicatori de monitorizare a activității de prelevare/transplant de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.06.02	Există o bază de date cu situația la zi a tuturor pacienților care au fost transplantați în spital.	I						
02.12.07.06.03	Există analiza anuală a ratei de supraviețuire a tuturor pacienților care au fost transplantați în spital, pe fiecare patologie în parte.	I						
02.12.07.06.04	Număr de pacienți transplantați decedați până la externare per număr total pacienți transplantați, pe an.	I						
02.12.07.06.05	Număr de pacienți transplantați decedați după momentul externării per număr total pacienți transplantați, pe an.	I						
03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	C						
03.02.01.01.02	Spitalul respectă reglementarea privitoare la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.	I						
03.02.01.01.04	Spitalul informează familia/aparținătorii privitor la decizia încetării furnizării asistenței medicale pacientului, înainte ca aceasta să se producă, cu respectarea reglementării specifice.	I						
03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	C						

03.03.01.02.01	<i>Spitalul are stabilite criterii pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.</i>	<i>I</i>					
03.03.01.02.02	<i>Există analiză anuală privind modul de respectare a limitei de competență profesională a personalului.</i>	<i>I</i>					
03.03.01.02.03	<i>Spitalul instruieste anual personalul medical în legatură cu reglementările care stabilesc limitarea practicii la propria specialitate.</i>	<i>I</i>					

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 47-Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN)/unității operatorii independente(UOI)/sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN)

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

45
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator BO, BN, UOI, SO, SN

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 47

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.41	<i>Reglementarea referitoare la manipularea pacienților în condiții de siguranță este respectată.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.64	<i>Ventilația aerului în sălile de operație respectă prevederile legale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.67	<i>Sistemele de alarmare pentru circuitele de gaze și abur sunt funcționale.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
01.08.02.02	<i>Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.02.02	<i>Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09	<i>Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.09.03	<i>Manevrarea, recuperarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice se face de către personal instruit și cu echipament de protecție.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.06	<i>Manevrarea produselor cu risc de contaminare biologică se face de personal instruit și protejat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.08	<i>Curățirea și/sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de contaminare biologică, este efectuată de personal instruit și protejat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.11	<i>Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.11.10	<i>Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
01.08.02.13	<i>Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.13.11	<i>Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.23	Blocul operator/sala de nașteri are reglementări proprii de organizare și funcționare, cunoscute și respectate de personalul spitalului.	I						
01.09.01.01.36	Sistemul de eliminare a gazelor anestezice este funcțional în toate spațiile în care acestea se utilizează.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.05	Programarea/reprogramarea pentru accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament este comunicată solicitantului și consemnată în documentele medicale.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.03	Spitalul stabilește criteriile de priorizare a intervențiilor chirurgicale.	I						
02.03.03.01.19	Accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament care necesită pregătirea pacienților se face numai dacă aceste condiții au fost îndeplinite.	I						
02.04.01.01	Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou-născutului și sugarului.	C						
02.04.01.01.04	În sala de nașteri se aplică protocolul privind punerea în contact intim al nou-născutului cu mama, imediat după naștere.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.15	Planificarea intervențiilor chirurgicale este reglementată și se face în funcție de riscul infecțios și gradul de urgență.	I						
02.11.04.03	Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						

02.11.04.03.02	La nivelul blocului operator există evidența datelor limită de valabilitate a sterilizării aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.	I	de facut mv					
02.12.01.04.05	Pacientul este identificat cu ocazia fiecărei intervenții diagnostice sau terapeutice.	I						
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.	C						
02.12.02.02.02	Depozitarea, etichetarea, prescrierea și utilizarea medicamentelor cu risc înalt sunt monitorizate.	I						
02.12.02.02.03	Există analiză, cel puțin semestrială a consumului de medicamente cu risc înalt.	I						
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.	C						
02.12.04.01.01	Există liste de verificare a procedurilor chirurgicale și anestezice completate în întregime pentru fiecare pacient operat.	I						
02.12.04.01.03	Aplicarea listelor de verificare utilizate în practica chirurgicală/anestezică este monitorizată.	I						
02.12.04.03	Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.	C						
02.12.04.03.02	Spitalul are reglementat planul de acțiune în caz de abateri de la programul operator.	I						
02.12.04.03.04	Respectarea intervalului de timp dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie, reglementat la nivelul spitalului, este monitorizată.	I						
03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	C						
03.02.01.01.02	Spitalul respectă reglementarea privitoare la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.	I						
03.02.01.01.04	Spitalul informează familia/apartinătorii privitor la decizia încetării furnizării asistenței medicale pacientului, înainte ca aceasta să se producă, cu respectarea reglementării specifice.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

291 / 418

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 48-Observare directă – BO/Sală nașteri

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

Observare directă

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 48

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.08	<i>Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.16	<i>Pavimentele umede sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.18	<i>Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei tărgi sau a unui pat mobil.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.24	<i>Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.25	<i>Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.26	<i>Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.27	<i>Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.</i>	<i>I</i>	<i>de făcut mv</i>					
01.08.02.01.28	<i>Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.29	<i>Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.30	<i>Ușile se deschid numai în afară.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.31	<i>Ușile nu au praguri.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.32	<i>Ușile au sistemul de deschidere accesibil inclusiv persoanelor cu dizabilități.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.37	<i>Sunt utilizate prelungitoare în spațiile destinate activităților medicale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.41	<i>Reglementarea referitoare la manipularea pacienților în condiții de siguranță este respectată.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.63	<i>Ferestrele sălilor de operație sunt fixe.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.01.64	Ventilația aerului în sălile de operație respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.01.65	Filtre (de tip HEPA sau superior) sunt funcționale.	I						
01.08.02.01.66	Ventilele și sistemele de siguranță pentru circulația gazelor și a aburului sunt funcționale.	I						
01.08.02.01.68	Sistemul modular de închidere fluide, individualizat pentru zone dedicate este accesibil și funcțional.	I						
01.08.02.01.69	Ambientul sălilor de operație asigură limitarea condițiilor de dezvoltare a florei microbiene.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.03.02	Există o soluție alternativă a oxigenului în caz de avarie.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Manevrarea, recuperarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice se face de către personal instruit și cu echipament de protecție.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.10	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I	de facut mv					
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.24	Circuitele blocului operator/sălii de nașteri/sterilizării sunt realizate și respectate pentru asigurarea gradului de sterilitate optim.	I						
01.09.01.01.25	Transportul pacientului din salon în blocul operator respectă gradul de sterilitate optim.	I	Accesul pacienților în blocul operator / sală de nașteri se face prin transferul pacientului de pe brancardul/fotoliul rulant al secției pe brancardul/fotoliul rulant(steril) al blocului operator/salii de nașteri.					

01.09.01.01.26	Circuitul pacienților, în blocul operator/sala de nașteri este cunoscut și respectat.	I						
01.09.01.01.27	Însoțirea pacientului în blocul operator respectă gradul de sterilitate optim.	I	1. Personalul însoțitor din secție predă pacientul personalului însoțitor din blocul operator. 2. Personalul însoțitor din secție își schimbă echipamentul conform cerințelor blocului operator.					
01.09.01.01.28	Circuitul personalului, în blocul operator/sala de nașteri/sterilizare este cunoscut și respectat.	I						
01.09.01.01.29	Circuitul instrumentarului și materialelor sanitare, în blocul operator / sala de nașteri / sterilizare este cunoscut și respectat.	I						
01.09.01.01.30	Blocul operator / sala de nașteri are mijloace proprii de transport al pacienților, utilizate exclusiv intern.	I						
01.09.01.01.35	Terapia intensivă și blocul operator au pardoseală antistatică.	I						
01.09.01.01.36	Sistemul de eliminare a gazelor anestezice este funcțional în toate spațiile în care acestea se utilizează.	I						
01.09.01.01.37	Spitalul definește și marchează vizibil spațiile unde se utilizează gaze anestezice.	I						
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C						
01.09.01.02.04	Funcționalitatea și starea de curățenie a grupurilor sanitare este menținută și consemnată.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.04	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.05	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	I						

02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.04	Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive și în sălile de naștere pe perioada desfășurării activității specifice este reglementat.	I						
02.11.02.01.05	Spitalul definește și respectă circuitele personalului, pacienților și materialelor sanitare / instrumentarului în blocul operator / sala de nașteri / spațiile în care se fac intervenții invazive.	I						
02.11.02.01.17	Există test de sanitație pozitiv efectuat de evaluatori, în timpul vizitei, în blocul operator.	I						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație pozitive per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.02	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.04	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I	de facut mv					
02.11.04.04.05	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I	de facut mv					
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.	I	de facut mv					
02.11.04.06.04	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.05	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						
02.12.04.02	În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice.	C						
02.12.04.02.01	Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator este completat la zi.	I						

02.12.04.03	<i>Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.</i>	<i>C</i>					
02.12.04.03.01	<i>Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie.</i>	<i>I</i>					
02.12.04.03.04	<i>Respectarea intervalului de timp dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie, reglementat la nivelul spitalului, este monitorizată.</i>	<i>I</i>					

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 49-Managementul sterilizării

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator Stație Centrală de Sterilizare / punct de sterilizare

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 49

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.10	Personalul care asigură sterilizarea echipamentelor și instrumentarului medical este instruit.	I						
01.08.02.13.11	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.09.01.01.24	Circuitele blocului operator/sălii de nașteri/sterilizării sunt realizate și respectate pentru asigurarea gradului de sterilitate optim.	I						
01.09.01.01.28	Circuitul personalului, în blocul operator/sala de nașteri/sterilizare este cunoscut și respectat.	I						
01.09.01.01.29	Circuitul instrumentarului și materialelor sanitare, în blocul operator / sala de nașteri / sterilizare este cunoscut și respectat.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Aparatura pentru spălare și decontaminare, existentă la nivelul serviciului de sterilizare este funcțională.	I						
01.09.01.05	Instituția asigură și își asumă calitatea sterilizării.	C						
01.09.01.05.01	Modul de desfășurare al activităților legate de procesul de sterilizare este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.09.01.05.02	Serviciul de sterilizare are spații amenajate și dotate, conform reglementărilor în vigoare.	I						
01.09.01.05.03	Circuitele sectorului de sterilizare sunt realizate și respectate.	I						
01.09.01.05.04	Personalul din serviciul de sterilizarea are asigurat și folosește echipament de protecție.	I						
01.09.01.05.05	Spitalul asigură materialele și substanțele necesare activității serviciului de sterilizare.	I						

01.09.01.05.06	<i>La nivelul serviciului de sterilizare există nomenclator cu instrumente și dispozitive medicale, cu precizarea numărului de resterilizări admisibile pentru fiecare.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.05.07	<i>Există consemnată verificarea integrității prin inspecție vizuală a produselor de sterilizat (instrumente, dispozitive medicale și/sau material moale) înainte de sortarea și împachetarea în vederea sterilizării.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04	<i>Calitatea sterilizării este verificată și supravegheată.</i>	<i>C</i>						
02.11.02.04.01	<i>Registrul de evidență a operațiunilor de predezinfecție, curățare/dezinfecție a dispozitivelor medicale reutilizabile este completat la zi.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.02	<i>Registrul operațiuni de sterilizare termică este completat la zi.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.03	<i>Registrul operațiuni de sterilizare chimică este completat la zi.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.04	<i>Există documentarea verificării eficienței sterilizării materialului moale și dispozitivelor medicale termorezistente reutilizabile în serviciul de sterilizare, efectuată în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.05	<i>Există documentarea verificării eficienței sterilizării și corectitudinii manevrării materialului moale și dispozitivelor medicale sterile din spațiile de lucru, efectuată în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.06	<i>Este implementată modalitatea de verificare a respectării interdicției de reutilizare a dispozitivelor medicale de unică folosință.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.07	<i>Validarea procesului de sterilizare are în vedere la fiecare șarjă, utilizarea a minim unui indicator biologic adaptat tipului de agent de inactivare în parte (abur, plasma, formaldehida, ETO etc).</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.08	<i>Există evidența testării periodice a puterii de penetrabilitate a aburului prin metoda Bowie-Dick.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.09	<i>Pachetele cu material moale sterilizat conțin în interior minim un indicator de proces.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.10	<i>Fiecare recipient de sterilizare are data sterilizării și termenul de valabilitate al sterilizării/data expirării.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.11	<i>Igienizarea/decontaminarea/dezinfecția spațiilor și echipamentelor din serviciul de sterilizare este reglementată și respectată.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.12	<i>Verificarea sterilizării este reglementată și realizată de serviciul de sterilizare și SSPLIAAM/CSPLIAAM.</i>	<i>I</i>						

02.11.02.04.13	Spitalul are în vedere un circuit funcțional dedicat serviciului de sterilizare cu separarea fizică a zonelor de proces (zona murdară, curată și zona sterilă).	I						
02.11.02.04.14	Zonele serviciului de sterilizare sunt separate sugestiv prin semnalizare vizuală.	I						
02.11.02.04.15	Sunt respectate instrucțiuni de lucru pentru procesele ce se desfășoară în interiorul fiecărei zone a serviciului de sterilizare.	I						
02.11.02.04.16	Zonele funcționale în cadrul serviciului de sterilizare au un sistem de acces tip filtru pentru personal pentru evitarea contaminării încrucișate.	I						
02.11.02.04.17	Spitalul dispune de cel puțin un sistem de trasabilitate al instrumentelor/truselor și a materialului moale procesat în cadrul serviciului de sterilizare.	I						
02.11.02.04.18	Personalul are competență și instruire certificată pentru a opera procese de spălare-dezinfecție și sterilizare, ce se desfășoară cu echipamente automate.	I						
02.11.02.04.19	Reprocesarea instrumentelor termosensibile se face cu echipamente dedicate automate, care validează procesele de spălare-dezinfecție și sterilizare.	I						
02.11.02.04.20	Calitatea apei utilizate în procesele de spălare-dezinfecție și sterilizare este controlată.	I						
02.11.02.04.21	Spălarea și dezinfecția sistemelor de oxigeno-terapie și tubulaturii dedicate secției de terapie-intensivă și anestezie este reprocessată în mașini automate, utilizând coșuri/carturi de încărcare specifice acestora.	I						
02.11.02.04.22	Serviciul de sterilizare utilizează liste de verificare a proceselor desfășurate.	I						
02.11.02.04.23	Programul de pregătire și sterilizare a materialelor, la nivelul serviciului de sterilizare, este corelat cu programul operator.	I						
02.11.02.04.24	Activitatea serviciului de sterilizare asigură materialele necesare intervențiilor chirurgicale în urgență.	I						
02.11.02.04.25	Serviciul de sterilizare utilizează o modalitate de codificare a truselor dedicate diferitelor specialități medicale.	I						
02.11.02.04.26	Sortarea truselor se realizează urmând opisurile specifice fiecărei specialități medicale în parte.	I						
02.11.02.04.27	Ambalarea în vederea sterilizării respectă normele de siguranță specifice.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

301 / 418

Semnătură interlocutor _____

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 50-Managementul bazei de radioterapie

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

75
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef laborator / coordonator punctului de lucru

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 50

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.11	Personalul medical este evaluat periodic privitor la respectarea reglementărilor specifice documentării activității sale.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.	I						
01.04.03.01.02	Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.	I						
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.04	Spitalul are organizat un sistem de înregistrare a pacienților.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.05	Regulile de comportament în spital sunt comunicate pacienților/apartenenților.	I						
01.06.02.03.06	Regulile de igienă personală sunt comunicate pacienților.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.41	Reglementarea referitoare la manipularea pacienților în condiții de siguranță este respectată.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.02	Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.	I						
01.08.02.10	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.	C						
01.08.02.10.01	Manevrarea și pregătirea produselor radioactive, izotopi este făcută de personal instruit în acest sens și protejat.	I						
01.08.02.10.02	Manevrarea produselor și pregătirea produselor radioactive, izotopi se face în spații special amenajate.	I						

01.08.02.10.03	Curățirea sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de iradiere este efectuată de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.10	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I	de facut mv					
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.07	Personalul care manevrează și pregătește produsele radioactive, izotopii este instruit anual.	I						
01.08.02.13.11	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.12	Intervalul de timp dintre solicitare și data programată la radioterapie și terapie cu izotopi.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.05	Programarea/reprogramarea pentru accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament este comunicată solicitantului și consemnată în documentele medicale.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.01	Există instructaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/aparținătorilor.	I						
02.03.01.03	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	C						
02.03.01.03.01	Secția are analiza semestrială a abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						

02.03.01.04	<i>Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.</i>	<i>C</i>						
02.03.01.04.02	<i>Secția are analiza semestrială a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai aplicării protocoalelor de diagnostic și tratament.</i>	<i>I</i>						
02.03.01.05	<i>Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.</i>	<i>C</i>						
02.03.01.05.01	<i>Există măsuri de modificare a protocoalelor adoptate ca urmare a analizei indicatorilor de eficiență și eficacitate a protocoalelor.</i>	<i>I</i>						
02.03.01.05.02	<i>Există protocoale analizate, revizuite sau nou elaborate, ca urmare a modificărilor capacității tehnico-materiale a spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.03.03.01	<i>Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.</i>	<i>C</i>						
02.03.03.01.19	<i>Accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament care necesită pregătirea pacienților se face numai dacă aceste condiții au fost îndeplinite.</i>	<i>I</i>						
02.03.04.01	<i>Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.03.04.01.03	<i>Personalul medical care interacționează cu pacienții imunodeficitari respectă regulile asumate de igienă.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.01	<i>Dotarea serviciului de radioterapie/medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.07.01.01.04	<i>Tehnicile de radioterapie utilizate permit tratamentul tumorilor mobile.</i>	<i>I</i>	<i>se solicită specificațiile tehnice ale aparaturii care trebuie să prevadă acest lucru</i>					
02.07.01.01.05	<i>Sunt stabilite măsuri pentru situațiile de disfuncționalitate incidentală a aparaturii de radioterapie.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.01.08	<i>Spitalul asigură radioterapia intraoperatorie.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02	<i>Radioterapia/medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.</i>	<i>C</i>						
02.07.01.02.01	<i>Protocoalele terapeutice de radioterapie/medicină nucleară sunt actualizate.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02.02	<i>Serviciile de radioterapie/medicină nucleară sunt efectuate în echipă pluridisciplinară.</i>	<i>I</i>						

02.07.01.02.04	Există definit un set minim de date care permit efectuarea în siguranță a procedurii de radioterapie și care sunt consemnate în formularul de solicitare a efectuării procedurii.	I						
02.07.01.02.05	Există o analiză trimestrială a respectării consemnării datelor care trebuie înscrise în formularul de solicitare a efectuării procedurii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.02.06	În recomandarea pentru efectuarea procedurii de radioterapie sunt precizate obligatoriu tipul de procedură, coordonatele geometrice ale iradierii, dozele de iradiere pentru administrare și durata tratamentului.	I						
02.07.01.02.07	În foaia de tratament de radioterapie sunt consemnate precizări cu privire la identificarea pacientului, coordonatele geometrice ale iradierii, doza de iradiere pe fracție, ziua și ora administrării.	I						
02.07.01.02.08	Situațiile de expunere mărită sau nedorită, accidente sau complicații post-radioterapie sunt reglementate specific.	I						
02.07.01.02.10	Abaterile radioterapiei de la recomandările inițiale sunt consemnate în documentele medicale.	I						
02.07.01.02.11	Expunerea la radiații a pacientului este înregistrată în Dosarul Electronic de Sănătate, cu specificarea dozei pentru fiecare episod de expunere și a datei calendaristice a expunerii.	I						
02.07.01.02.12	Înregistrările dozelor și datelor calendaristice de expunere la radiații sunt înregistrate distinct în documentele înmânate pacientului.	I						
02.07.01.02.13	Spitalul asigură respectarea duratei de maxim două săptămâni, pentru pacientul planificat și maxim trei zile, în caz de urgență oncologică, de la prima înregistrare a pacientului pînă la prima ședință a procedurii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.02.14	Disponerea zonelor de așteptare pentru pacienți/însoțitori/aparținători, în serviciul de radioterapie/medicină nucleară, asigură radioprotecția acestora.	I	sunt (1)efectuare măsurători de iradiere și sunt (2)în limite de siguranță					
02.07.01.02.15	Serviciul de radioterapie respectă reglementarea specifică pentru iradierea transcorporeală.	I						
02.07.02.01	Radioterapia/medicina nucleară utilizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.	C						

02.07.02.01.04	Monitorizarea dozelor de expunere ale pacientului pentru încadrarea în intervalul terapeutic acceptat este reglementată la nivelul serviciului de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.02.01.05	Există analiză lunară a concordanței recomandărilor privind radioterapia și tratamentul efectiv menționat în foaia de tratament a pacientului.	I						
02.07.02.01.06	În cazul nefuncționării incidentale a aparaturii de radioterapie, recalcularea dozelor de administrat pacienților este reglementată la nivelul spitalului.	I						
02.07.02.02	Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată și îmbunătățită constant.	C						
02.07.02.02.01	Protocolurile de radioterapie / medicină nucleară sunt actualizate în funcție de buna practică medicală.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.07	Procedura operațională de supraveghere a accidentului cu expunere la produse biologice (AES) este implementată.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.	I	de facut mv					
02.12.01.04.05	Pacientul este identificat cu ocazia fiecărei intervenții diagnostice sau terapeutice.	I						
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.	C						
02.12.05.01.01	Recomandările privind manevrele cu expunere la radiații sunt rezultatul colaborării dintre medicul curant și medicul radiolog/radioterapeut/specialist în medicină nucleară.	I	interviu cu (1)medic prescriptor și (2)medic laborator					
02.12.05.01.02	Există analiza trimestrială a recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații cu respectarea limitării expunerii nejustificate a pacientului.	I						
02.12.05.01.03	Există software care nu permite inițierea iradierii fără înregistrarea datelor cu privire la doza și câmpul de iradiere per episod de iradiere.	I						
02.12.05.01.04	Există protocoale specifice care menționează nivelul dozei țintite de iradiere.	I						
02.12.05.01.05	Spitalul asigură dozimetre pentru întreg personal supus radiațiilor.	I						
02.12.05.01.06	Spitalul asigură verificarea dozimetrelor distribuite personalului expus radiațiilor.	I						

02.12.05.01.07	<i>Doza și data per episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrată în FO/documentele medicale.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.01.09	<i>Activitatea în zonele de pregătire a substanțelor terapeutice sau investigaționale este reglementată și monitorizată.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.03	<i>Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.</i>	<i>C</i>						
02.12.05.03.01	<i>Planul de tratament computerizat este o practică uzuală în radioterapie.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.03.02	<i>Planul de tratament în radioterapie este individualizat și are menționate volumele de iradiat și a organelor care trebuie protejate.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.03.04	<i>În cazul nefuncționării incidentale a aparaturii de radioterapie, recalcularea dozelor de administrat pacienților este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.03.06	<i>Există o analiză semestrială la nivelul Consiliului medical cu privire la rezultatele de etapă în radioterapie.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.03.07	<i>Serviciul de radioterapie utilizează în cursul efectuării iradierii, după caz, mijloace de imobilizare personalizate pentru pacienți.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.03.08	<i>Controlul dozimetric al pacientului cu brachiterapie este o practică uzuală.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.03.09	<i>În cazul implanturilor permanente la pacientul cu brachiterapie, sunt evaluate dozele cu risc de iradiere pentru membri familiei și persoanele din anturaj.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.03.10	<i>În cazul implanturilor permanente în brachiterapie, sunt înmânate pacientului/aparținătorilor instrucțiuni scrise privind regulile de comportament după spitalizare.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.05	<i>Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.</i>	<i>C</i>						
02.12.05.05.01	<i>Există formular de informare cu privire la riscul expunerii la radiații și acord pentru persoanele care ajută voluntar pacientul.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.05.02	<i>Spitalul asigură echipament de radioprotecție persoanelor care ajută voluntar pacientul.</i>	<i>I</i>						
03.01.01.03	<i>Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.</i>	<i>C</i>						

03.01.01.03.03	Personalului medical este instruit cu privire la modalitatea și vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului.	I						
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.03	Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/aparținătorilor la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale și respectată de spital.	I						
03.01.02.01.07	Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.	I						
03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	C						
03.01.02.03.03	Personalului medical este instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la respectarea confidențialității datelor pacienților.	I						
03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	C						
03.03.02.01.01	Spitalul are reglementată și aplică modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.	I						
03.03.02.01.02	Spitalul instruește anual personalul medical în legătură cu reglementările care stabilesc condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	I						
03.03.02.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.	C						
03.03.02.02.05	Există măsuri rezultate din analiza anuală a situațiilor privind depășirea competențelor medicale.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

310 / 418

Semnătură interlocutor _____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 51-Observare directă – Bază radioterapie

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

Observare directă

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 51

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.05.01.01	<i>Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.</i>	<i>C</i>						
01.05.01.01.06	<i>Identificarea unui pacient în spital se face pe baza unui cod unic alocat pacientului.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01	<i>Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.01.03	<i>Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.05	<i>Camerele, saloanele și grupurile sanitare sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.06	<i>Marcaje/inscripționări sunt în limba română și multilingvistic, acolo unde este cazul.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.07	<i>Există marcaje/inscripționări și pentru nevăzători.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.08	<i>Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.13	<i>Spitalul asigură zone de așteptare și recreere pentru pacienți/însoțitori/apartinători.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.14	<i>Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.16	<i>Pavimentele umede sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.17	<i>Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.18	<i>Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei țărzi sau a unui pat mobil.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.24	<i>Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.25	<i>Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpăre sau spațiu care necesită evacuare.	I	de facut mv					
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpăre sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I						
01.08.02.01.30	Ușile se deschid numai în afară.	I						
01.08.02.01.31	Ușile nu au praguri.	I						
01.08.02.01.32	Ușile au sistemul de deschidere accesibil inclusiv persoanelor cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.37	Sunt utilizate prelungitoare în spațiile destinate activităților medicale.	I						
01.08.02.01.62	Aerul ionizat este ventilat.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înșepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.02	Prepararea substanțelor toxice / a diluțiilor sterile cu citostatice este efectuată sub protecția utilizării hotei cu flux laminar vertical, în spații special amenajate.	I						
01.08.02.09.03	Manevrarea, recuperarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice se face de către personal instruit și cu echipament de protecție.	I						
01.08.02.10	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.	C						
01.08.02.10.03	Curățirea sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de iradiere este efectuată de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.10	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I	de facut mv					
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.07	Spitalul are sistem funcțional de planning al solicitanților în spațiile de așteptare de la Recepție, Biroul internări, Ambulatoriu, bază de tratament, după caz.	I						

01.09.01.01.08	<i>Spațiile de așteptare au facilități funcționale de informare a pacienților / aparținătorilor / vizitatorilor.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.01.14	<i>Pentru persoanele cu dizabilități spitalul asigură rampe adaptate, cu unghi nu mai mare de 25° sau alte facilități de acces.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.02	<i>Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.02.02	<i>Exista grup sanitar cu acces pentru persoanele cu dizabilități.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.02.04	<i>Funcționalitatea și starea de curățenie a grupurilor sanitare este menținută și consemnată.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.03	<i>Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.03.02	<i>Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).</i>	<i>I</i>						
01.09.01.03.04	<i>Există mijloace de transport adaptate necesităților pacienților cu depleție imunitară.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.03.05	<i>Blocul operator are brancardă proprie sterilizată.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.04	<i>Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.04.03	<i>Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.04.04	<i>Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.04.05	<i>Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.</i>	<i>I</i>						
02.01.04.02	<i>Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.</i>	<i>C</i>						
02.01.04.02.02	<i>Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)</i>	<i>I</i>						
02.07.01.01	<i>Dotarea serviciului de radioterapie/medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.07.01.01.02	<i>Utilizarea planului de tratament computerizat este o practică uzuală în radioterapie.</i>	<i>I</i>	<i>se verifică și FO/documente medicale în care trebuie să fie înscris planul de tratament</i>					
02.07.01.01.03	<i>Serviciul de radioterapie utilizează în cursul efectuării iradierii, după caz, mijloace de imobilizare personalizate pentru pacienți.</i>	<i>I</i>						

02.07.01.02	<i>Radioterapia/medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.</i>	<i>C</i>						
02.07.01.02.06	<i>În recomandarea pentru efectuarea procedurii de radioterapie sunt precizate obligatoriu tipul de procedură, coordonatele geometrice ale iradierii, dozele de iradiere pentru administrare și durata tratamentului.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02.07	<i>În foaia de tratament de radioterapie sunt consemnate precizări cu privire la identificarea pacientului, coordonatele geometrice ale iradierii, doza de iradiere pe fracție, ziua și ora administrării.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02.15	<i>Serviciul de radioterapie respectă reglementarea specifică pentru iradierea transcorporeală.</i>	<i>I</i>						
02.07.01.02.16	<i>Serviciul de radioterapie/medicină nucleară asigură pacienților ambientul pentru susținerea psiho-emoțională a terapiei.</i>	<i>I</i>	<i>"ambientul adecvat pt susținere psiho-emoțională" = luminos, culori calde-relaxante (portocaliu, galben, verde), decorațiuni-design plăcut ochiului, plante, mobilier confortabil armonizat coloristic,muzică ambientală în surdină.</i>					
02.11.02.01	<i>Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.</i>	<i>C</i>						
02.11.02.01.04	<i>Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive și în sălile de naștere pe perioada desfășurării activității specifice este reglementat.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.01.05	<i>Spitalul definește și respectă circuitele personalului, pacienților și materialelor sanitare / instrumentarului în blocul operator / sala de nașteri / spațiile în care se fac <u>intervenții invazive</u>.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04	<i>SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.04.02	<i>Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.</i>	<i>I</i>						

02.11.04.04.04	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I	de facut mv					
02.11.04.04.05	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I	de facut mv					
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.	I	de facut mv					
02.11.04.06.04	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.05	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.	C						
02.12.05.01.05	Spitalul asigură dozimetre pentru întreg personal supus radiațiilor.	I						
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.	C						
02.12.05.03.01	Planul de tratament computerizat este o practică uzuală în radioterapie.	I						
02.12.05.03.07	Serviciul de radioterapie utilizează în cursul efectuării iradierii, după caz, mijloace de imobilizare personalizate pentru pacienți.	I						
02.12.05.03.10	În cazul implanturilor permanente în brachiterapie, sunt înmânate pacientului/apartinătorilor instrucțiuni scrise privind regulile de comportament după spitalizare.	I						
02.12.05.05	Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.	C						
02.12.05.05.01	Există formular de informare cu privire la riscul expunerii la radiații și acord pentru persoanele care ajută voluntar pacientul.	I						
02.12.05.05.02	Spitalul asigură echipament de radioprotecție persoanelor care ajută voluntar pacientul.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

316 / 418

Semnătură interlocutor _____

--

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 52-Managementul bazei de tratament de recuperare și balneo-fizio-kinetoterapie

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonator bază de recuperare și balneo-fizio-kinetoterapie

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 52

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.11	Personalul medical este evaluat periodic privitor la respectarea reglementărilor specifice documentării activității sale.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.	I						
01.04.03.01.02	Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.	I						
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.04	Spitalul are organizat un sistem de înregistrare a pacienților.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.05	Regulile de comportament în spital sunt comunicate pacienților/apartenenților.	I						
01.06.02.03.06	Regulile de igienă personală sunt comunicate pacienților.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.41	Reglementarea referitoare la manipularea pacienților în condiții de siguranță este respectată.	I						
01.08.02.01.53	La bazinele de hidroterapie, pentru siguranța pacienților, există personal cu pregătire în salvare de la înec.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.02	Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						

01.08.02.13.11	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.05	Programarea/reprogramarea pentru accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament este comunicată solicitantului și consemnată în documentele medicale.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.01	Există instrucțaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/aparținătorilor.	I						
02.03.01.03	Protocolurile de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	C						
02.03.01.03.01	Secția are analiza semestrială a abaterilor de la aplicarea protocolurilor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.04	Evaluarea eficienței și eficacității protocolurilor se efectuează periodic.	C						
02.03.01.04.02	Secția are analiza semestrială a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai aplicării protocolurilor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.05	Actualizarea protocolurilor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.	C						
02.03.01.05.01	Există măsuri de modificare a protocolurilor adoptate ca urmare a analizei indicatorilor de eficiență și eficacitate a protocolurilor.	I						
02.03.01.05.02	Există protocoale analizate, revizuite sau nou elaborate, ca urmare a modificărilor capacității tehnico-materiale a spitalului.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.19	Accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament care necesită pregătirea pacienților se face numai dacă aceste condiții au fost îndeplinite.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						

02.11.04.06.07	Procedura operațională de supraveghere a accidentului cu expunere la produse biologice (AES) este implementată.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.	I	de facut mv					
02.12.01.04.05	Pacientul este identificat cu ocazia fiecărei intervenții diagnostice sau terapeutice.	I						
03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.03.03	Personalului medical este instruit cu privire la modalitatea și vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului.	I						
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.03	Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/aparținătorilor la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale și respectată de spital.	I						
03.01.02.01.07	Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.	I						
03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	C						
03.01.02.03.03	Personalului medical este instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la respectarea confidențialității datelor pacienților.	I						
03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	C						
03.03.02.01.01	Spitalul are reglementată și aplică modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.	I						
03.03.02.01.02	Spitalul instruește anual personalul medical în legătură cu reglementările care stabilesc condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	I						
03.03.02.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.	C						

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 53-Observare directă – Bază tratament BFT

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

Observare directă

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 53

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.06.01.01	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.	C						
01.06.01.01.03	Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.	I						
01.06.01.03	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	C						
01.06.01.03.05	Camerele, saloanele și grupurile sanitare sunt semnalizate.	I						
01.06.01.03.06	Marcaje/inscripționări sunt în limba română și multilingvistic, acolo unde este cazul.	I						
01.06.01.03.07	Există marcaje/inscripționări și pentru nevăzători.	I						
01.06.01.03.08	Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.01	Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.	I						
01.06.01.04.03	Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.	I						
01.06.01.06	Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.	C						
01.06.01.06.01	Există afișate informații privind serviciile medicale și patologiiile tratate în spital.	I						
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/aparținătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.01	Personalul spitalului utilizează un vocabular adaptat pacientului/aparținătorilor.	I						
01.06.03.01.02	Personalul verifică modul de înțelegere al mesajului transmis (verbal și/sau scris) pacienților/aparținătorilor.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare și recreere pentru pacienți/însoțitori/aparținători.	I						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						

01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	I						
01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei târghi sau a unui pat mobil.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpăre sau spațiu care necesită evacuare.	I	de facut mv					
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpăre sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I						
01.08.02.01.30	Ușile se deschid numai în afară.	I						
01.08.02.01.31	Ușile nu au praguri.	I						
01.08.02.01.32	Ușile au sistemul de deschidere accesibil inclusiv persoanelor cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.37	Sunt utilizate prelungitoare în spațiile destinate activităților medicale.	I						
01.08.02.01.41	Reglementarea referitoare la manipularea pacienților în condiții de siguranță este respectată.	I						
01.08.02.01.52	Bazinele de hidroterapie au asigurate echipamente de salvare, accesibile.	I						
01.08.02.01.54	Bazinele de hidroterapie au sistem de supraveghere video.	I						
01.08.02.01.55	Suprafețele ude din zona de hidroterapie sunt permanent curățate pentru evitarea alunecării.	I						
01.08.02.01.56	Accesul în zona de hidroterapie se face supravegheat, cu încălțăminte antiderapantă și cu însoțitor, după caz.	I						
01.08.02.01.57	Zonele cu risc fizic ale spațiilor de hidroterapie sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.58	Zona de hidroterapie are elevatoare funcționale pentru pacienți.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.10	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.	C						

01.08.02.10.03	Curățirea sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de iradiere este efectuată de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.10	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I	de facut mv					
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.07	Spitalul are sistem funcțional de planning al solicitanților în spațiile de așteptare de la Recepție, Biroul internări, Ambulatoriu, bază de tratament, după caz.	I						
01.09.01.01.08	Spațiile de așteptare au facilități funcționale de informare a pacienților / aparținătorilor / vizitatorilor.	I						
01.09.01.01.14	Pentru persoanele cu dizabilități spitalul asigură rampe adaptate, cu unghi nu mai mare de 25° sau alte facilități de acces.	I						
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C						
01.09.01.02.02	Există grup sanitar cu acces pentru persoanele cu dizabilități.	I						
01.09.01.02.04	Funcționalitatea și starea de curățenie a grupurilor sanitare este menținută și consemnată.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.04	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.05	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						

02.11.04.04.02	<i>Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.04.04	<i>Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.11.04.04.05	<i>Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.11.04.06	<i>Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.06.03	<i>Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
02.11.04.06.04	<i>Personalul medical utilizeaza mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.06.05	<i>Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 54-Managementul asistenței medicale paraclinice

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

60
min

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef laborator

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 54

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.04.02.01	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.	C						
01.04.02.01.02	Costurile aferente serviciilor oferite pacientului sunt analizate anual.	I						
01.04.02.02	Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.	C						
01.04.02.02.01	Există analiză anuală a veniturilor planificate comparativ cu cele realizate.	I						
01.04.02.02.03	Există analiză anuală a costurilor în vederea eficientizării cheltuielilor.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	Șefii sectoarelor de activitate monitorizează consumurile specifice aferente sectorului lor de activitate, pentru fiecare serviciu în parte.	I						
01.04.03.01.02	Costurile aferente consumurilor monitorizate în sectoarele de activitate sunt evaluate anual.	I						
01.04.03.01.04	Măsurile de îmbunătățire a costurilor aferente serviciilor oferite pacientului sunt implementate.	I	rapoarte/constatări ale implementării măsurilor					
01.04.03.01.06	Măsurile rezultate în urma analizei comparative a costurilor înregistrate cu veniturile realizate sunt implementate.	I	rapoarte/constatări ale implementării măsurilor					
01.04.03.02	Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.	C						
01.04.03.02.02	Există analiză a îndeplinirii indicatorilor de performanță asumați la toate nivelurile de management și sunt adoptate măsuri în consecință.	I						
01.04.03.02.03	Serviciile contractate de spital aferente secției se regăsesc ca act adițional la contractul de management al șefului de secție, actualizat la fiecare modificare cu impact în bugetul de venituri și cheltuieli al secției respective.	I						
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						

01.05.02.01.04	Spitalul are organizat un sistem de înregistrare a pacienților.	I						
01.05.02.02	Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.	C						
01.05.02.02.03	Integritatea informațiilor este reglementată și asigurată prin utilizarea filtrelor de verificare succesivă.	I						
01.06.02.02	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.	C						
01.06.02.02.02	Comunicarea cu prioritate a rezultatelor investigațiilor și/sau a nevoii de tratament/intervenție, în cazul în care este pusă în pericol viața pacientului, este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.06.02.02.03	Comunicarea în situații cu risc/de criză este reglementată la nivelul spitalului.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.02	Există evidența zilnică a locurilor disponibile pentru programare la investigații imagistice și prin proceduri invazive.	I						
02.01.02.01.06	Există posibilitatea de programare de către medicul prescriptor fără ca pacientul să parcurgă circuitul programărilor.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.04	Există un sistem de prioritizare a cazurilor, stabilit pe baza unui scor, pentru planificarea accesului la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament.	I	(1)există sistemul, (2)există stabilit "scorul" - diagnostic-scor					
02.01.02.02.05	Programarea/reprogramarea pentru accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament este comunicată solicitantului și consemnată în documentele medicale.	I						
02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	C						
02.03.02.01.06	Analiza concordanței diagnosticului clinic cu cel paraclinic este o practică curentă.	I						
02.03.02.01.07	Sunt prevăzute întâlniri comune între medicii de laborator și medicii clinicieni cu scopul analizei cazurilor deosebite.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						

02.03.03.01.08	<i>Pentru situațiile de urgență survenite la pacienții internați, spitalul asigură accesul la servicii paraclinice 24/7.</i>	<i>I</i>	<i>se verifică dacă există (1)serviciul de garda pentru paraclinice, (2)mențiune în contractul de externalizare</i>					
02.05.01.01	<i>Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.</i>	<i>C</i>						
02.05.01.01.04	<i>Este definită lista investigațiilor asigurate în regim de urgență.</i>	<i>I</i>						
02.05.01.01.05	<i>Laboratoarele au stabilit și comunicat secțiilor timpul de emiteră al rezultatelor/interpretărilor investigațiilor solicitate în regim de urgență.</i>	<i>I</i>						
02.05.01.01.06	<i>Laboratoarele comunică secțiilor timpul de emiteră al rezultatelor/interpretărilor investigațiilor solicitate în regim normal.</i>	<i>I</i>						
02.05.01.01.07	<i>Solicitările investigațiilor de laborator sunt însoțite de setul minim de date clinice, stabilit de către medicii clinicieni și specialiștii din laborator.</i>	<i>I</i>						
02.05.01.01.08	<i>Spitalul are stabilite și comunicate medicilor investigațiile care necesită aprobare prealabilă.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.02	<i>Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.</i>	<i>C</i>						
02.05.02.02.01	<i>Pe buletinul de rezultat al investigațiilor sunt precizate intervalele de referință, valorile de alertă și valorile critice pentru fiecare rezultat al investigațiilor.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.02.02	<i>Există funcțional un sistem de comunicare a valorilor critice și a neconformităților pentru investigațiile solicitate, între laboratoare și medicii care au solicitat investigațiile.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.02.03	<i>Există stabilită o listă de rezultate critice ale investigațiilor, care sunt comunicate cu celeritate medicilor prescriptori.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.02.04	<i>Sistemul de comunicare a rezultatelor investigațiilor și consulturilor are o modalitate de semnalizare de alertare, pentru rezultatele critice.</i>	<i>I</i>						
02.05.03.01	<i>Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.</i>	<i>C</i>						
02.05.03.01.01	<i>Laboratorul analizează solicitările de investigații propuse de medicii clinicieni, ținând cont de infrastructura existentă și rentabilitatea efectuării investigațiilor solicitate.</i>	<i>I</i>						

02.05.03.01.02	Laboratorul propune managementului spitalului soluții eficiente de satisfacere a nevoilor de investigații solicitate de medicii clinicieni.	I						
02.05.03.01.03	Propunerile făcute pentru externalizarea investigațiilor și selecția furnizorilor țin cont și de timpii de emiteră a rezultatelor investigațiilor solicitate.	I						
02.05.03.01.08	Laboratorul are stabilite criterii de solicitare pentru "a doua opinie medicală" referitoare la rezultatele investigațiilor paraclinice.	I						
02.05.03.01.09	Solicitarea de investigații se face utilizând formulare tipizate.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.01	Spitalul utilizează dubla identificare a persoanei/segmentului/probelor de investigat.	I						
02.05.03.02.02	Sistemul de etichetare al probelor biologice, previne dezlipirea elementelor de identificare.	I						
02.05.03.02.04	Laboratorul instruește periodic personalul responsabil de recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.	I						
02.05.03.02.05	Există reglementare privind transportul probelor recoltate în condiții controlate.	I						
02.05.03.02.06	Spitalul utilizează soluții de automatizare a fluxurilor operaționale de transport probe/rezultate între sectoarele de activitate.	I						
02.05.03.02.07	Spitalul utilizează sistem de transmitere electronică a rezultatelor de laborator medicului prescriptor.	I						
02.05.03.02.08	Număr investigații respinse/eșuate, ca urmare a modului deficitar de pregătire a pacienților în vederea efectuării investigațiilor în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.03	Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.04.03.01	La nivelul secției există o evidență a aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	I						
02.11.04.03.03	Se respectă reglementarea de verificare a menținerii sterilității aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						

02.11.04.06.07	Procedura operațională de supraveghere a accidentului cu expunere la produse biologice (AES) este implementată.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.	I	de facut mv					
02.12.01.04.05	Pacientul este identificat cu ocazia fiecărei intervenții diagnostice sau terapeutice.	I						
03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.03.03	Personalului medical este instruit cu privire la modalitatea și vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului.	I						
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.03	Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/aparținătorilor la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale și respectată de spital.	I						
03.01.02.01.07	Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.	I						
03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	C						
03.01.02.03.03	Personalului medical este instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la respectarea confidențialității datelor pacienților.	I						
03.03.01.01	Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu competența specifică.	C						
03.03.01.01.01	Spitalul asigură necesarul de medici de specialitate în limita de competență a fiecărei secții/compartiment.	I						
03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	C						
03.03.01.02.01	Spitalul are stabilite criterii pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.	I						
03.03.01.02.02	Există analiză anuală privind modul de respectare a limitei de competență profesională a personalului.	I						
03.03.01.02.03	Spitalul instruieste anual personalul medical în legatură cu reglementările care stabilesc limitarea practicii la propria specialitate.	I						

03.03.02.01	<i>Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.</i>	<i>C</i>						
03.03.02.01.01	<i>Spitalul are reglementată și aplică modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.</i>	<i>I</i>						
03.03.02.01.02	<i>Spitalul instruește anual personalul medical în legătură cu reglementările care stabilesc condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.</i>	<i>I</i>						
03.03.02.02	<i>Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.</i>	<i>C</i>						
03.03.02.02.05	<i>Există măsuri rezultate din analiza anuală a situațiilor privind depășirea competențelor medicale.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 55-Managementul laboratorului clinic

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef laborator clinic / coordonator punctului de lucru a laboratorului clinic

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 55

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	C						
01.04.04.03.03	Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu reactivi.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.61	Hotele de manevrare a substanțelor toxice sunt funcționale.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.02	Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.02	Prepararea substanțelor toxice / a diluțiilor sterile cu citostatice este efectuată sub protecția utilizării hotei cu flux laminar vertical, în spații special amenajate.	I						
01.08.02.09.03	Manevrarea, recuperarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice se face de către personal instruit și cu echipament de protecție.	I						
01.08.02.09.04	Curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de contaminare chimică este efectuată de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.09.06	Manevrarea produselor cu risc de contaminare biologică se face de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.09.08	Curățirea și/sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de contaminare biologică, este efectuată de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.11	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						

01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.01	Există instrucțaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/apartinătorilor.	I						
02.01.04.02.04	Spitalul respectă reglementarea specifică pentru efectuarea investigațiilor și tratamentului pacienților cu manifestări agresive.	I						
02.01.04.02.05	Personalul medical este instruit pentru identificarea semnelor clinice ale sevrăului / intoxicației sau utilizării substanțelor generatoare de adicție.	I						
02.01.04.02.06	Spitalul asigură posibilitatea testărilor specifice în cazul sevrăului / intoxicației sau utilizării substanțelor psihoactive și generatoare de adicție.	I						
02.03.02.04	Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR).	C						
02.03.02.04.03	Laboratorul calculează rata filtrării glomerulare (RFG) plecând de la creatinina serică și raportează RFG, metoda de calcul și dacă creatinina este măsurată printr-o metodă care asigură trasabilitatea.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.19	Accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament care necesită pregătirea pacienților se face numai dacă aceste condiții au fost îndeplinite.	I						
02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	C						

02.05.02.01.03	În spital există rapoarte cu privire la controlul intern de calitate și la calibrarea aparaturii laboratoarelor de analize medicale (ale spitalului sau ale laboratorului contractat), efectuate conform specificațiilor aparaturii utilizate, pentru toate analizele efectuate cu acele aparate.	I	se selectează aleator 1-3 aparate pentru care se verifică indicatorul					
02.05.02.01.04	Spitalul are dovada realizării de cel puțin de patru ori pe an a controlului extern de calitate, pentru toate analizele medicale efectuate în laboratorul propriu sau contractate.	I						
02.05.02.01.05	Spitalul ia măsuri pentru situațiile în care rezultatele controlului intern și extern nu se încadrează în intervalele de referință.	I						
02.05.02.01.08	Există analiză a numărului de frotiuri sanguine citite pe medic pe zi pentru lua măsuri de prevenire a erorilor de diagnostic.	I						
02.05.03.01	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.	C						
02.05.03.01.04	Laboratorul/furnizorul de servicii de laborator de analize medicale este certificat ISO:15189:2013 pentru toate analizele efectuate.	I						
02.05.03.01.06	Controlul intern de calitate și calibrarea aparaturii laboratoarelor de analize medicale ale spitalului sau a laboratorului contractat extern se efectuează conform specificațiilor aparaturii utilizate, pentru toate analizele efectuate cu acel aparat.	I	(1)se verifică existența meșunilor specifice indicatorului în contract, (2)se selectează aleator 1-3 aparate pentru care se verifică indicatorul					
02.05.03.01.07	Rezultatele controlului extern de calitate se încadrează în limitele acceptate de eroare pentru toate analizele medicale efectuate intern sau contractate extern.	I	valabil pentru laboratoarele externalizate					
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.03	Spitalul utilizează sistemul de recoltare vacuumat pentru toate probele sanguine.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.03	Farmacia informează laboratorul clinic și secțiile asupra oricărei modificări a disponibilității antibioticelor din lista stabilită.	I						
02.10.04.01	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate a investigațiilor pentru detectarea antibioticorezistenței.	C						

02.10.04.01.01	Laboratorul de microbiologie are control extern de calitate al investigațiilor pentru determinarea antibioticorezistenței.	I					
02.10.04.01.02	Laboratorul de microbiologie are proceduri de control al antibioticorezistenței și de alertare în cazul apariției unui profil particular de antibioticorezistență.	I	ca sa fie DA trebuie sa existe proceduri pentru ambele situatii !				
02.10.04.01.03	Identificarea tulpinilor de microorganisme producătoare de enzime inhibitorii de antibiotice (ESBL, MRSA etc.) este menționată cu atenționare în rezultatele antibiogramelor.	I					
02.10.04.01.04	Laboratorul clinic identifică germenii din produse patologice, cu încadrarea acestora în subgrupe.	I	se verifică(1)utilizarea testelor biochimice pentru încadrarea în subgrupe a germenilor din produsele patologice - se verifică în frigider existența lor (blistere/medii de dg.rapid) și (2)rezultatele emise conțin specificare subgrupeii din care germenul face parte				
02.10.04.01.05	Laboratorul clinic monitorizează tendința de evoluție a bacteriilor multidrog rezistente (MDR).	I					
02.10.04.01.06	Laboratorul respectă antibioticele/antifungicele definite pentru executarea antibiogramelor/antifungigramelor, în conformitate cu spectrul microorganismelor indentificate.	I					
02.10.04.01.07	Antibioticele/antifungicele utilizate pentru executarea antibiogramelor/antifungigramelor sunt disponibile în farmacia spitalului.	I					
02.10.04.01.08	Număr total de atenționări consemnate privind antibioticorezistența per număr total de tulpini izolate cu rezistență cu risc înalt (ex. tulpini producătoare de ESBL, carbapenemaze etc), pe lună, pe secție.	I					
02.10.04.02	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.	C					

02.10.04.02.01	Laboratorul de microbiologie comunică secțiilor, SPLIAAM/CPLIAAM, farmaciei și managementului spitalului rezultatele monitorizării epidemiologice.	I						
02.10.04.02.02	Laboratorul de microbiologie informează secțiile, farmacia și SPLIAAM/CPLIAAM cu privire la schimbările profilului antibioticorezistenței în spital.	I						
02.11.01.02	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.02.01	Există o structură a compartimentului de microbiologie din laboratorul clinic dedicată supravegherii IAAM.	I						
02.11.02.02	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează calitatea aerului și adoptă măsuri pentru a limita apariția infecțiilor aerogene.	C						
02.11.02.02.02	Controlul aeromicroflorei este efectuat prin metoda sedimentării Koch.	I						
02.11.02.02.03	Controlul aeromicroflorei este efectuat printr-o metodă volumetrică cu ajutorul aparaturii dedicate.	I						
02.12.06.01	Laboratorul clinic identifică și evaluează riscurile microbiologice.	C						
02.12.06.01.02	Riscurile microbiologice ale laboratorului sunt cunoscute și monitorizate la nivelul spitalului.	I						
02.12.06.02	Riscurile microbiologice ale laboratorului clinic sunt analizate și se stabilesc reguli de bună practică.	C						
02.12.06.02.01	Există analiza semestrială a riscurilor microbiologice ale laboratorului.	I						
02.12.06.02.02	Laboratorul stabilește reguli de bună practică, pe baza riscurilor microbiologice proprii evaluate.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 56-Managementul laboratorului de anatomie patologică

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef laborator anatomie patologică / coordonator punctului de lucru

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 56

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.04.04.03	<i>Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.</i>	<i>C</i>						
01.04.04.03.03	<i>Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu reactivi.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.61	<i>Hotele de manevrare a substanțelor toxice sunt funcționale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02	<i>Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.02.02	<i>Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09	<i>Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.09.02	<i>Prepararea substanțelor toxice / a diluțiilor sterile cu citostatice este efectuată sub protecția utilizării hotei cu flux laminar vertical, în spații special amenajate.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.03	<i>Manevrarea, recuperarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice se face de către personal instruit și cu echipament de protecție.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.04	<i>Curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de contaminare chimică este efectuată de personal instruit și protejat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.06	<i>Manevrarea produselor cu risc de contaminare biologică se face de personal instruit și protejat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.08	<i>Curățirea și/sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de contaminare biologică, este efectuată de personal instruit și protejat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.13	<i>Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.13.11	<i>Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.01	Există instrucțaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/apartinătorilor.	I						
02.01.04.02.05	Personalul medical este instruit pentru identificarea semnelor clinice ale sevrăului / intoxicației sau utilizării substanțelor generatoare de adicție.	I						
02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	C						
02.03.02.01.08	Evaluarea concordanței între diagnosticul clinic și cel anatomopatologic este realizată.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.19	Accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament care necesită pregătirea pacienților se face numai dacă aceste condiții au fost îndeplinite.	I						
02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	C						
02.05.02.01.04	Spitalul are dovada realizării de cel puțin de patru ori pe an a controlului extern de calitate, pentru toate analizele medicale efectuate în laboratorul propriu sau contractate.	I						
02.05.02.01.05	Spitalul ia măsuri pentru situațiile în care rezultatele controlului intern și extern nu se încadrează în intervalele de referință.	I						
02.05.03.01	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.	C						

02.05.03.01.07	Rezultatele controlului extern de calitate se încadrează în limitele acceptate de eroare pentru toate analizele medicale efectuate intern sau contractate extern.	I	valabil pentru laboratoarele externalizate					
02.15.02.03	Spitalul are reglementate activitățile necesar a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.	C						
02.15.02.03.03	Spitalul are asigurat serviciul de prosectură.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 57-Managementul laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A.** Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B.** Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef laborator / coordonator punctului de lucru

- C.** Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 57

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.41	<i>Reglementarea referitoare la manipularea pacienților în condiții de siguranță este respectată.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02	<i>Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.02.02	<i>Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09	<i>Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.09.03	<i>Manevrarea, recuperarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice se face de către personal instruit și cu echipament de protecție.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.10	<i>Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.10.01	<i>Manevrarea și pregătirea produselor radioactive, izotopi este făcută de personal instruit în acest sens și protejat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.10.02	<i>Manevrarea produselor și pregătirea produselor radioactive, izotopi se face în spații special amenajate.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.10.03	<i>Curățirea sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de iradiere este efectuată de personal instruit și protejat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.11	<i>Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.11.10	<i>Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.</i>	<i>I</i>	<i>de facut mv</i>					
01.08.02.13	<i>Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.13.07	<i>Personalul care manevrează și pregătește produsele radioactive, izotopii este instruit anual.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.13.11	<i>Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.06	Intervalul de timp dintre solicitare și programare la investigațiile de radiodiagnostic și imagistică în urgență.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.01	Există instructaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/apartinătorilor.	I						
02.01.04.02.05	Personalul medical este instruit pentru identificarea semnelor clinice ale sevrajului / intoxicației sau utilizării substanțelor generatoare de adicție.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.19	Accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament care necesită pregătirea pacienților se face numai dacă aceste condiții au fost îndeplinite.	I						
02.05.02.03	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.	C						
02.05.02.03.03	Sunt aplicate protocoale pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională.	I						
02.05.02.03.04	Interpretările investigațiilor radiodiagnostice, imagistice și a explorărilor funcționale sunt comunicate în aceeași zi medicilor prescriptori.	I						

02.05.02.03.05	Interpretările și imaginile investigațiilor paraclinice sunt transmise și în format electronic.	I						
02.05.02.03.07	Număr investigații respinse/eșuate, ca urmare a modului deficitar de pregătire prealabilă a pacienților, per an.	I						
02.05.02.03.08	Rata de confirmare a diagnosticelor prezumtive ca urmare a investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, cu excepția celor efectuate în regim de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.05.02.03.09	Rata de confirmare a diagnosticelor prezumtive ca urmare a investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, efectuate în urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.05.02.03.10	Rata de confirmarea diagnosticelor prezumtive, care au făcut obiectul solicitărilor de investigații de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, este analizată semestrial de SMC împreună cu Consiliul medical.	I						
02.05.02.03.11	În momentul efectuării investigației/manevrelor invazive, diagnostice și/sau intervenționale, spitalul asigură, în caz de incidente, servicii de chirurgie de urgență și suport ATI.	I						
02.05.03.01	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.	C						
02.05.03.01.05	Laboratorul/furnizorul de servicii de radiodiagnostic și imagistică medicală este certificat ISO:9001.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.04	Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive și în sălile de naștere pe perioada desfășurării activității specifice este reglementat.	I						
02.11.02.01.05	Spitalul definește și respectă circuitele personalului, pacienților și materialelor sanitare / instrumentarului în blocul operator / sala de nașteri / spațiile în care se fac intervenții invazive.	I						
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.	C						

02.12.05.01.01	Recomandările privind manevrele cu expunere la radiații sunt rezultatul colaborării dintre medicul curant și medicul radiolog/radioterapeut/specialist în medicină nucleară.	I	interviu cu (1)medic prescriptor și (2)medic laborator					
02.12.05.01.02	Există analiza trimestrială a recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații cu respectarea limitării expunerii nejustificate a pacientului.	I						
02.12.05.01.03	Există software care nu permite inițierea iradierii fără înregistrarea datelor cu privire la doza și câmpul de iradiere per episod de iradiere.	I						
02.12.05.01.04	Există protocoale specifice care menționează nivelul dozei țintite de iradiere.	I						
02.12.05.01.05	Spitalul asigură dozimetre pentru întreg personal supus radiațiilor.	I						
02.12.05.01.06	Spitalul asigură verificarea dozimetrelor distribuite personalului expus radiațiilor.	I						
02.12.05.01.07	Doza și data per episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrată în FO/documentele medicale.	I						
02.12.05.01.08	Doza totală de expunere la radiații a pacientului este consemnată în FO/documentele medicale la externare.	I						
02.12.05.01.09	Activitatea în zonele de pregătire a substanțelor terapeutice sau investigaționale este reglementată și monitorizată.	I						
02.12.05.01.10	Sistemul de colectare și reținere a apei ionizate, radioactive este verificat conform planificării.	I						
02.12.05.02	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimum de expunere și delimitarea precisă a zonei.	C						
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.	I						
02.12.05.04	Principiile de radioprotecție privind radiologia intervențională urmăresc utilizarea protocoalelor specifice în vederea optimizării timpului de intervenție.	C						
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.	I						
02.12.05.04.02	Protocoalele specifice utilizate în radiologia intervențională sunt actualizate anual în vederea reducerii timpului de expunere la radiații.	I						
02.12.05.05	Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.	C						

02.12.05.05.01	<i>Există formular de informare cu privire la riscul expunerii la radiații și acord pentru persoanele care ajută voluntar pacientul.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.05.02	<i>Spitalul asigură echipament de radioprotecție persoanelor care ajută voluntar pacientul.</i>	<i>I</i>						
03.01.01.01	<i>Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.</i>	<i>C</i>						
03.01.01.01.01	<i>Obligația personalului medical de obținere a consimțământului informat este trecută în ROF, RI și fișele de post.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 58-Managementul laboratorului de endoscopie diagnostică și intervențională

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef laborator / coordonator punctului de lucru

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 58

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.41	<i>Reglementarea referitoare la manipularea pacienților în condiții de siguranță este respectată.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02	<i>Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.02.02	<i>Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09	<i>Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.09.06	<i>Manevrarea produselor cu risc de contaminare biologică se face de personal instruit și protejat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.08	<i>Curățirea și/sau decontaminarea, după caz, a zonelor cu risc de contaminare biologică, este efectuată de personal instruit și protejat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.13	<i>Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.13.11	<i>Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.13.12	<i>Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.</i>	<i>I</i>						
01.08.03.01	<i>Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.</i>	<i>C</i>						
01.08.03.01.11	<i>Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.04	<i>Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.04.03	<i>Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.</i>	<i>I</i>						

01.09.01.09	<i>Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.09.03	<i>În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.</i>	<i>I</i>						
02.01.04.02	<i>Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.</i>	<i>C</i>						
02.01.04.02.01	<i>Există instrucțiuni specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/aparținătorilor.</i>	<i>I</i>						
02.01.04.02.05	<i>Personalul medical este instruit pentru identificarea semnelor clinice ale sevrăului / intoxicației sau utilizării substanțelor generatoare de adicție.</i>	<i>I</i>						
02.03.03.01	<i>Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.</i>	<i>C</i>						
02.03.03.01.19	<i>Accesul la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament care necesită pregătirea pacienților se face numai dacă aceste condiții au fost îndeplinite.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.03	<i>Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.</i>	<i>C</i>						
02.05.02.03.03	<i>Sunt aplicate protocoale pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.03.04	<i>Interpretările investigațiilor radiodiagnostice, imagistice și a explorărilor funcționale sunt comunicate în aceeași zi medicilor prescriptori.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.03.05	<i>Interpretările și imaginile investigațiilor paraclinice sunt transmise și în format electronic.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.03.07	<i>Număr investigații respinse/eșuate, ca urmare a modului deficitar de pregătire prealabilă a pacienților, per an.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.03.08	<i>Rata de confirmare a diagnosticelor prezumtive ca urmare a investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, cu excepția celor efectuate în regim de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.03.09	<i>Rata de confirmare a diagnosticelor prezumtive ca urmare a investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, efectuate în urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.</i>	<i>I</i>						

02.05.02.03.10	<i>Rata de confirmarea diagnosticelor prezumtive, care au făcut obiectul solicitărilor de investigații de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, este analizată semestrial de SMC împreună cu Consiliul medical.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.02	<i>SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează calitatea aerului și adoptă măsuri pentru a limita apariția infecțiilor aerogene.</i>	<i>C</i>						
02.11.02.02.01	<i>Este implementată procedura de monitorizare a încărcăturii microbiene aeriene din încăperi unde există riscuri de colonizare/infectare: săli de operații, săli de pansamente, săli de nașteri, saloane de prematuri etc.</i>	<i>I</i>						
02.12.04.03	<i>Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.</i>	<i>C</i>						
02.12.04.03.01	<i>Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie.</i>	<i>I</i>						
03.01.01.01	<i>Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.</i>	<i>C</i>						
03.01.01.01.01	<i>Obligația personalului medical de obținere a consimțământului informat este trecută în ROF, RI și fișele de post.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 59-Managementul farmaciei

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A.** Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B.** Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef farmacie cu circuit închis / coordonator punctului de lucru

- C.** Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 59

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	C						
01.04.04.03.01	Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu medicamente.	I	discuții cu șefii de secții/servicii + as șefe					
01.05.02.02	Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.	C						
01.05.02.02.03	Integritatea informațiilor este reglementată și asigurată prin utilizarea filtrelor de verificare succesivă.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.61	Hotele de manevrare a substanțelor toxice sunt funcționale.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.02	Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.05	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I	de facut mv					
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.11	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.03.02	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.	C						
01.08.03.02.04	Medicamentele și materiale sanitare prevăzute în lista aprobată sunt disponibile la nivelul depozitului pentru calamități.	I						

01.08.03.02.06	<i>Rularea materialelor perisabile din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01	<i>Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.</i>	<i>C</i>						
02.09.01.01.03	<i>Atribuțiile farmacistului/farmacologului clinician privind validarea prescripțiilor medicale sunt stabilite în ROF/fișa postului.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.04	<i>Farmacia monitorizează și comunică semestrial, șefilor de secție, Consiliului medical și SMC/auditului clinic, o analiză, pentru fiecare medic prescriptor, a respingerilor solicitărilor de eliberare a medicației, din cauza nerespectării reglementărilor de prescriere a medicației cu risc.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.05	<i>Verificarea condicilor de medicamente în farmacie este reglementată și aplicată, pentru eliminarea erorilor de prescriere-transcriere de la nivelul secțiilor.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.06	<i>Codul de pe prescripția eliberată de farmacie permite identificarea numelui și prenumelui pacientului prin programul informatic utilizat atât de farmacie cât și de secții.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.07	<i>Există o reglementare cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.08	<i>Înregistrarea medicației în condica pentru prescripția medicamentelor este asumată prin semnare, parafare, este datată și permite identificarea secției.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.09	<i>Eliberarea medicamentelor cu costuri mari se face doar cu aprobarea prealabilă a managementului.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.02	<i>Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației.</i>	<i>C</i>						
02.09.01.02.01	<i>Spitalul are angajat farmacist clinician.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.02.03	<i>Farmacistul clinician monitorizează respectarea bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.02.05	<i>Farmacistul clinician supraveghează activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale special stabilite de Consiliul medical.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.03	<i>Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.</i>	<i>C</i>						
02.09.01.03.03	<i>Farmacia informează laboratorul clinic și secțiile asupra oricărei modificări a disponibilității antibioticelor din lista stabilită.</i>	<i>I</i>						

02.09.01.03.04	Farmacia spitalului pune la dispoziția echipei medicale evaluări privind farmacovigilența și farmacoepidemiologia.	I						
02.09.01.03.06	Farmacia transmite lunar secțiilor rapoarte privind consumul de medicamente pentru fiecare medic, în parte.	I						
02.09.01.03.08	Eliberarea în regim de urgență a medicamentelor este reglementată și respectată.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.02	Lista validată a furnizorilor autorizați selectați și a produselor contractate, pe furnizor, în urma procedurii de achiziție, este accesibilă informatic la nivelul farmaciei.	I						
02.09.02.02.04	Nomenclatorul de medicamente validat în vederea utilizării în spital este accesibil informatic personalului medical și farmaceutic.	I						
02.09.02.02.05	Spitalul stabilește, pentru fiecare secție și în farmacie, responsabilii cu monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice, monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră.	I						
02.09.02.02.06	Farmacia respectă o reglementare de atenționare a șefilor de secție privitoare la medicația cu mișcare încetinită.	I						
02.09.02.02.07	Depozitarea, casarea și predarea spre distrugere a medicamentelor expirate este reglementată și monitorizată trimestrial.	I						
02.09.02.02.09	Circuitul medicamentelor eliberate și neutilizate este reglementat, respectat și monitorizat.	I						
02.09.02.02.10	Valoarea medicamentelor predate firmelor pentru distrugere per valoare totală medicamente, pe an.	I						
02.09.02.02.11	Spitalul are o reglementare privind identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente.	I						
02.09.02.02.12	Activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale (soluții injectabile sau perfuzabile) se efectuează centralizat, reglementat, de către asistentul desemnat din secție sau asistentul din farmacie, după caz.	I						
02.09.02.02.13	Soluțiile sterile sunt preparate în farmacie, într-un spațiu special amenajat (separat, izolat, aseptice).	I						
02.09.02.02.14	Sterilitatea soluțiilor preparate în farmacie este verificată biologic.	I						

02.09.02.03	Organizarea și dotarea spațiului de lucru al farmaciei sunt conforme cu legislația specifică în vigoare, în concordanță cu trasabilitatea medicamentului.	C						
02.09.02.03.01	Farmacia este autorizată și nu există plan de conformare.	I						
02.09.02.03.02	Responsabilitățile privind monitorizarea trasabilității medicamentului sunt stabilite.	I						
02.09.02.04	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.	C						
02.09.02.04.01	Seria și lotul substanțelor utilizate la prepararea magistralelor sunt înregistrate în registrul preparatelor magistrale și al produselor elaborate.	I						
02.09.02.04.02	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, data de preparare, termenul de valabilitate și condițiile de păstrare.	I						
02.09.02.04.03	Registrele de evidență stupefiante sunt completate la zi și securizate în farmacie și pe secțiile din spital.	I						
02.09.02.04.04	Înregistrările monitorizării temperaturii și umidității pentru fiecare încăpere a farmaciei și înregistrările de temperatură pentru instalațiile frigorifice sunt completate la zi.	I						
02.09.02.04.05	Interconectarea farmaciei la sistemul informatic al spitalului este funcțională.	I						
02.09.02.05	Medicația din studiile clinice este păstrată și gestionată în condiții optime de farmacia spitalului/farmacistul șef, utilizarea ei fiind monitorizată de farmacologul/farmacistul clinician.	C						
02.09.02.05.01	Medicația din studiile clinice este păstrată în farmacia spitalului, conform specificațiilor individuale și gestionată de către farmacistul-șef.	I						
02.09.02.05.02	Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice este reglementată și respectată.	I						
02.09.02.05.03	Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice se efectuează de către farmacistul-șef / farmacolog / farmacistul clinician, după caz.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						

02.10.01.01.07	Există listă cu antibiotice oprite temporar de la utilizare în urma analizei anuale a sensibilității la antibiotice a microorganismelor identificate la pacienți.	I						
02.10.01.01.08	Există listă cu antibiotice pentru antibioprolaxie, recomandată de SPLIAAM/CPLIAAM, pe baza analizei anuale a sensibilității la antibiotice a microorganismelor identificate la pacienți.	I						
02.10.03.01	Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	C						
02.10.03.01.01	Farmacia are o programare a aprovizionării cu antibiotice bazată pe dinamica consumului și a solicitărilor clinicienilor (pentru situațiile în care dinamica morbidității modifică profilul consumului).	I						
02.10.03.01.02	Eliberarea antibioticelor cu regim special se face numai pe baza existenței antibiogramii cu rezultat relevant, cu aprobarea șefilor de secții și a directorului medical/manager.	I						
02.10.03.01.03	Farmacia are o reglementare de recuperare a antibioticelor neutilizate pe secții.	I						
02.10.03.01.04	Farmacia are o procedură de eliberare a antibioticelor recomandate care permite respectarea orarului de administrare specific fiecărui pacient.	I						
02.10.03.01.05	Ora eliberării antibioticelor din farmacie este stabilită pentru a asigura respectarea ritmului de administrare și este consemnată în documentele farmaciei și în FO.	I						
02.10.03.02	Farmacia verifică respectarea bunelor practici în prescrierea și utilizarea antibioticelor.	C						
02.10.03.02.01	Există reglementare privind respectarea modului de prescriere a antibioticelor de rezervă.	I	antibioticelor de rezervă - se prescriu numai cu aprobare prealabilă					
02.10.03.02.02	Există reglementare privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității unităților de antibiotice prescrise, eliberate, administrate sau returnate.	I						
02.10.03.02.03	Pentru monitorizarea globală, farmacia exprimă consumul de antibiotice pe secții și pe spital sub forma DDD.	I						

02.10.03.03	<i>Farmacia informează periodic prescriptorii si conducerea spitalului cu privire la antibioticele disponibile, precum și consumul de antibiotice realizat pe secții/compartimente cu paturi și pe medici.</i>	<i>C</i>						
02.10.03.03.01	<i>Farmacia informează lunar prescriptorii cu privire la antibioticele disponibile.</i>	<i>I</i>						
02.10.03.03.03	<i>Farmacia informează lunar prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la consumul de antibiotice și returnul acestora, pentru fiecare secție.</i>	<i>I</i>						
02.10.03.03.04	<i>Farmacia informează lunar prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la consumul de antibiotice per medic.</i>	<i>I</i>						
02.10.04.01	<i>Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate a investigațiilor pentru detectarea antibioticorezistenței.</i>	<i>C</i>						
02.10.04.01.07	<i>Antibioticele/antifungicele utilizate pentru executarea antibiogramelor/antifungigramei sunt disponibile în farmacia spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.10.04.02	<i>Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.</i>	<i>C</i>						
02.10.04.02.02	<i>Laboratorul de microbiologie informează secțiile, farmacia și SPLIAAM/CPLIAAM cu privire la schimbările profilului antibioticorezistenței în spital.</i>	<i>I</i>						
02.10.05.01	<i>Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.</i>	<i>C</i>						
02.10.05.01.02	<i>Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.</i>	<i>I</i>						
02.12.01.04	<i>Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.</i>	<i>C</i>						
02.12.01.04.01	<i>La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.</i>	<i>I</i>	de facut mv					
02.12.02.02	<i>Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.</i>	<i>C</i>						

02.12.02.02.02	Depozitarea, etichetarea, prescrierea și utilizarea medicamentelor cu risc înalt sunt monitorizate.	I						
02.12.02.02.03	Există analiză, cel puțin semestrială a consumului de medicamente cu risc înalt.	I						
02.12.02.03	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.	C						
02.12.02.03.01	Activitatea de recepție, depozitare, prescriere și eliberare, transport și administrare a medicamentelor cu risc de a crea dependență este reglementată și strict monitorizată.	I						
02.12.02.03.04	Spitalul aplică reglementarea specifică referitoare la utilizarea medicației analgezice, în vederea prevenirii adicției la aceasta, de către personalul medical.	I						
02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.	C						
02.12.02.05.01	Spitalul are o procedură referitoare la gestionarea soluțiilor concentrate de electroliți.	I						
02.12.02.05.02	Păstrarea diluțiilor soluțiilor concentrate de electroliți, până la administrarea lor, este conformă cu caracteristicile produsului.	I						
02.12.02.05.03	Soluțiile concentrate de electroliți sunt depozitate în farmacie, într-un spațiu bine delimitat, semnalizat vizibil și securizat, separat de celelalte soluții perfuzabile.	I						
02.12.02.05.05	Diluția soluțiilor concentrate de electroliți este reglementată și respectată de personalul responsabil cu această activitate.	I						
02.12.02.05.09	Soluțiile de electroliți sunt etichetate și sunt utilizate cel puțin două elemente de indentificare a pacienților pentru care au fost preparate.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 60 - Managementul medicației și a materialelor sanitare

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

75
min

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

farmacist

- C. Altele

* Dacă spitalul nu are farmacie -
INTERLOCUTOR: directorul medical

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 60

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.04.04.03	<i>Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.</i>	<i>C</i>						
01.04.04.03.01	<i>Există disfuncționalități în acordarea serviciilor medicale datorate deficiențelor de aprovizionare cu medicamente.</i>	<i>I</i>	<i>discuții cu șefii de secții/servicii + as șefe</i>					
02.09.01.01	<i>Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.</i>	<i>C</i>						
02.09.01.01.04	<i>Farmacia monitorizează și comunică semestrial, șefilor de secție, Consiliului medical și SMC/auditului clinic, o analiză, pentru fiecare medic prescriptor, a respingerilor solicitărilor de eliberare a medicației, din cauza nerespectării reglementărilor de prescriere a medicației cu risc.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.03	<i>Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.</i>	<i>C</i>						
02.09.01.03.03	<i>Farmacia informează laboratorul clinic și secțiile asupra oricărei modificări a disponibilității antibioticelor din lista stabilită.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.03.06	<i>Farmacia transmite lunar secțiilor rapoarte privind consumul de medicamente pentru fiecare medic, în parte.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.03.08	<i>Eliberarea în regim de urgență a medicamentelor este reglementată și respectată.</i>	<i>I</i>						
02.09.02.02	<i>Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.</i>	<i>C</i>						
02.09.02.02.04	<i>Nomenclatorul de medicamente validat în vederea utilizării în spital este accesibil informatic personalului medical și farmaceutic.</i>	<i>I</i>						
02.09.02.02.09	<i>Circuitul medicamentelor eliberate și neutilizate este reglementat, respectat și monitorizat.</i>	<i>I</i>						
02.09.02.02.10	<i>Valoarea medicamentelor predate firmelor pentru distrugere per valoare totală medicamente, pe an.</i>	<i>I</i>						
02.09.02.02.11	<i>Spitalul are o reglementare privind identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente.</i>	<i>I</i>						

02.09.02.03	Organizarea și dotarea spațiului de lucru al farmaciei sunt conforme cu legislația specifică în vigoare, în concordanță cu trasabilitatea medicamentului.	C						
02.09.02.03.01	Farmacia este autorizată și nu există plan de conformare.	I						
02.10.03.01	Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	C						
02.10.03.01.01	Farmacia are o programare a aprovizionării cu antibiotice bazată pe dinamica consumului și a solicitărilor clinicienilor (pentru situațiile în care dinamica morbidității modifică profilul consumului).	I						
02.10.03.01.04	Farmacia are o procedură de eliberare a antibioticelor recomandate care permite respectarea orarului de administrare specific fiecărui pacient.	I						
02.10.03.03	Farmacia informează periodic prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la antibioticele disponibile, precum și consumul de antibiotice realizat pe secții/compartimente cu paturi și pe medici.	C						
02.10.03.03.03	Farmacia informează lunar prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la consumul de antibiotice și returnarea acestora, pentru fiecare secție.	I						
02.10.03.03.04	Farmacia informează lunar prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la consumul de antibiotice per medic.	I						
02.10.04.02	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.	C						
02.10.04.02.02	Laboratorul de microbiologie informează secțiile, farmacia și SPLIAAM/CPLIAAM cu privire la schimbările profilului antibioticorezistenței în spital.	I						
02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.	C						
02.10.05.01.02	Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 61 - Managementul medicației oncologice

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

șef secție / coordonator compartiment de oncologie, radioterapie, medicină nucleară sau chirurgie oncologică

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 61

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.61	<i>Hotele de manevrare a substanțelor toxice sunt funcționale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09	<i>Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.09.01	<i>Preparare diluțiilor sterile cu citostatice se realizează, doar în în farmacia spitalului, în locuri special amenajate, accesibile personalului autorizat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.02	<i>Prepararea substanțelor toxice / a diluțiilor sterile cu citostatice este efectuată sub protecția utilizării hotei cu flux laminar vertical, în spații special amenajate.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.09.03	<i>Manevrarea, recuperarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice se face de către personal instruit și cu echipament de protecție.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04	<i>Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticelor sunt respectate.</i>	<i>C</i>						
02.12.02.04.01	<i>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.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04.02	<i>Există spații cu dispozitive funcționale pentru igienizare/decontaminare personalului implicat în prepararea diluțiilor sterile cu citostatice.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04.03	<i>Diluțiile sterile cu citostatice sunt personalizate pentru fiecare pacient și ambalate, conform caracteristicilor produsului, pentru transport.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04.04	<i>Schema de tratament este înregistrată în registrul de evidență dizolvări pentru medicamentele sterile și este evaluată de farmacist, înainte de preparare.</i>	<i>I</i>						

02.12.02.04.05	<i>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.</i>	<i>I</i>					
02.12.02.04.06	<i>Farmacistul clinician monitorizează respectarea reglementărilor de bună practică de fabricație în preparare a diluțiilor cu citostatice.</i>	<i>I</i>					
02.12.02.04.07	<i>Etichetarea diluțiilor sterile cu citostatice se face cu asigurarea dublei identificării a pacientului.</i>	<i>I</i>					
02.12.02.04.08	<i>Diluțiile sterile cu citostatice care nu se administrează imediat sunt păstrate în condiții de temperatură și siguranță conforme cu caracteristicile produsului.</i>	<i>I</i>					
02.12.02.04.11	<i>Activitățile cu risc profesional crescut în zona de preparare a diluțiilor sterile cu citostatice sunt identificate, monitorizate și se iau măsuri în consecință.</i>	<i>I</i>					

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 62 - Managementul ambulatoriului

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

coordonatorul ambulatoriului / director medical

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 62

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.04	Spitalul are organizat un sistem de înregistrare a pacienților.	I						
01.05.02.02	Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.	C						
01.05.02.02.03	Integritatea informațiilor este reglementată și asigurată prin utilizarea filtrelor de verificare succesivă.	I						
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.02	Există evidența datelor de contact ale medicilor din teritoriu și a serviciilor medicale și conexe.	I						
01.06.01.07.04	Spitalul asigură condiții pentru accesul medicilor la Dosarul Electronic al Pacientului (DES).	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea pesoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.41	Reglementarea referitoare la manipularea pacienților în condiții de siguranță este respectată.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.02	Colectarea deșeurilor este monitorizată și evaluată semestrial.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.06	Manevrarea produselor cu risc de contaminare biologică se face de personal instruit și protejat.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.11	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						

01.08.02.13.12	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.05	Spațiile de așteptare sunt dimensionate conform numărului estimat de persoane care le accesează.	I						
01.09.01.01.06	Spațiile de așteptare sunt dotate cu mobilier în funcție de numărului estimat de persoane care le accesează.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.03	Există evidența zilnică a locurilor disponibile pentru programarea consultațiilor.	I						
02.01.02.01.04	Consultul pacientului programabil se face în spații destinate acestor servicii (Ambulatoriul spitalului).	I						
02.01.02.01.06	Există posibilitatea de programare de către medicul prescriptor fără ca pacientul să parcurgă circuitul programărilor.	I						
02.01.02.01.07	Există un sistem funcțional de programare a consultațiilor pentru bolnavii cronici.	I						
02.01.02.01.09	Spitalul are prevederi specifice care reglementează accesul la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.01	Există instructaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/aparținătorilor.	I						
02.02.01.01	În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.	C						
02.02.01.01.01	Medicii sunt instruiți pentru utilizarea unitară a criteriilor de stabilire a modalității de rezolvare a cazului (ambulatoriu/spitalizare de zi/spitalizare continuă).	I						
02.02.01.02	Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.	C						
02.02.01.02.01	Există evidență a categoriilor de pacienți care depășesc nivelul de competență al spitalului.	I						
02.02.02.03	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.	C						
02.02.02.03.01	Este respectată metodologia de evaluare a durerii pe bază de scoruri.	I						

02.03.01.03	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	C						
02.03.01.03.01	Secția are analiza semestrială a abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.04	Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.	C						
02.03.01.04.02	Secția are analiza semestrială a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai aplicării protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.05	Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.	C						
02.03.01.05.01	Există măsuri de modificare a protocoalelor adoptate ca urmare a analizei indicatorilor de eficiență și eficacitate a protocoalelor.	I						
02.03.01.05.02	Există protocoale analizate, revizuite sau nou elaborate, ca urmare a modificărilor capacității tehnico-materiale a spitalului.	I						
02.03.01.05.03	Spitalul monitorizează protocolul specific referitor la prescrierea și administrarea medicației analgezice pacienților, în vederea prevenirii adicției la aceasta.	I	(1)există? (2)rezultatele monitorizării protocolului					
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.06	Serviciile paraclinice sunt accesibile pe toată durata programului de lucru al ambulatoriului.	I						
02.03.05.02	Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității.	C						
02.03.05.02.01	Există analiză, pe secții, a respectării modalității de consemnare a informațiilor privind activitatea proprie - datele primite, evoluția pacienților, recomandările de tratament/ consulturi/investigații etc.	I						
02.04.03.02	Spitalul asigură servicii de susținere a asistenței medicale pentru copii.	C						
02.04.03.02.04	Spitalul asigură continuitatea asistenței psihologice pentru copii, după externare.	I						
02.05.01.01	Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.	C						
02.05.01.01.01	Serviciile clinice au stabilit un set de investigații specific specialităților.	I						

02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	C						
02.05.02.01.06	Există analiza neconformităților investigațiilor solicitate, făcută împreună cu medicii de pe secții și ambulator.	I						
02.05.02.01.07	Spitalul analizează activitatea serviciilor paraclinice utilizând și chestionare referitoare la serviciile paraclinice, completate de către medicii specialiști și asistentele medicale din spital.	I						
02.05.02.02	Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.	C						
02.05.02.02.04	Sistemul de comunicare a rezultatelor investigațiilor și consulturilor are o modalitate de semnalizare de alertare, pentru rezultatele critice.	I						
02.05.02.03	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.	C						
02.05.02.03.03	Sunt aplicate protocoale pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.07	Spitalul utilizează sistem de transmitere electronică a rezultatelor de laborator medicului prescriptor.	I						
02.08.01.02	Internarea pacienților cu boală cronică progresivă și nevoi de îngrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.	C						
02.08.01.02.02	Criteriile de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative sunt comunicate medicilor specialiști.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						
02.10.01.01.07	Există listă cu antibiotice oprite temporar de la utilizare în urma analizei anuale a sensibilității la antibiotice a microorganismelor identificate la pacienți.	I						
02.10.01.01.08	Există listă cu antibiotice pentru antibioprolaxie, recomandată de SPLIAAM/CPLIAAM, pe baza analizei anuale a sensibilității la antibiotice a microorganismelor identificate la pacienți.	I						

02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.02	La nivelul secției/compartimentului există evidența cazurilor expuse accidental la produse biologice.	I						
02.11.04.03	Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.04.03.01	La nivelul secției există o evidență a aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	I						
02.11.04.03.03	Se respectă reglementarea de verificare a menținerii sterilității aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.	I	de facut mv					
02.12.01.04.05	Pacientul este identificat cu ocazia fiecărei intervenții diagnostice sau terapeutice.	I						
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.	C						
02.12.02.02.02	Depozitarea, etichetarea, prescrierea și utilizarea medicamentelor cu risc înalt sunt monitorizate.	I						
02.14.02.02	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.	C						
02.14.02.02.01	Există analiză anuală a rezultatelor obținute prin utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.14.02.02.05	Rezultatele analizei privind utilizarea protocoalelor de diagnostic și tratament fundamentează revizuirea acestora.	I						
03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.03.03	Personalului medical este instruit cu privire la modalitatea și vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului.	I						

03.01.02.01	<i>Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.</i>	<i>C</i>						
03.01.02.01.03	<i>Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/aparținătorilor la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale și respectată de spital.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01.07	<i>Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.03	<i>Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.</i>	<i>C</i>						
03.01.02.03.03	<i>Personalului medical este instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la respectarea confidențialității datelor pacienților.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 63-Observare directă – Ambulatoriu

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

- A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

- B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

Observare directă

- C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

- *) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 63

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.02	<i>Documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament sunt păstrate în spații amenajate și dotate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01	<i>Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.01.03	<i>Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.05	<i>Camerele, saloanele și grupurile sanitare sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.06	<i>Marcaje/inscripționări sunt în limba română și multilingvistic, acolo unde este cazul.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.07	<i>Există marcaje/inscripționări și pentru nevăzători.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.08	<i>Zonele de trafic controlat, acces restricționat și cele cu acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06	<i>Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.06.01	<i>Există afișate informații privind serviciile medicale și patologiiile tratate în spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06.03	<i>Programului Ambulatoriului, detaliat pe servicii, este afișat.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.07	<i>Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.07.03	<i>Sunt afișate listele furnizorilor din teritoriu care oferă servicii medicale de Recuperare, de Îngrijiri la Domiciliu și de Îngrijiri Paliative.</i>	<i>I</i>						
01.06.02.03	<i>Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.</i>	<i>C</i>						
01.06.02.03.03	<i>Informații privind condițiile de internare, respectiv externare, sunt puse la dispoziția pacienților/apartinătorilor.</i>	<i>I</i>						

01.08.02.01	<i>Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.01.13	<i>Spitalul asigură zone de așteptare și recreere pentru pacienți/însoțitori/aparținători.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.14	<i>Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.16	<i>Pavimentele umede sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.17	<i>Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.18	<i>Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei tărgi sau a unui pat mobil.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.24	<i>Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.25	<i>Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.26	<i>Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.27	<i>Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.</i>	<i>I</i>	de facut mv					
01.08.02.01.28	<i>Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.29	<i>Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.30	<i>Ușile se deschid numai în afară.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.31	<i>Ușile nu au praguri.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.32	<i>Ușile au sistemul de deschidere accesibil inclusiv persoanelor cu dizabilități.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.01.37	<i>Sunt utilizate prelungitoare în spațiile destinate activităților medicale.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02	<i>Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.02.03	<i>Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.02.04	<i>Deșeurile înșepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.01	<i>Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.01.02	<i>Ambulatoriul spitalului are recepție proprie, care asigură informarea și orientarea pacienților / aparținătorilor / vizitatorilor.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.01.05	<i>Spațiile de așteptare sunt dimensionate conform numărului estimat de persoane care le accesează.</i>	<i>I</i>						

01.09.01.01.06	Spațiile de așteptare sunt dotate cu mobilier în funcție de numărului estimat de persoane care le accesează.	I						
01.09.01.01.07	Spitalul are sistem funcțional de planning al solicitanților în spațiile de așteptare de la Recepție, Biroul internări, Ambulatoriu, bază de tratament, după caz.	I						
01.09.01.01.08	Spațiile de așteptare au facilități funcționale de informare a pacienților / aparținătorilor / vizitatorilor.	I						
01.09.01.01.10	Există semnalizări distincte, vizibile permanent pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu.	I						
01.09.01.01.11	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.	I						
01.09.01.01.14	Pentru persoanele cu dizabilități spitalul asigură rampe adaptate, cu unghi nu mai mare de 25° sau alte facilități de acces.	I						
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C						
01.09.01.02.01	Spitalul asigură mijloacele necesare pentru a respecta intimitatea pacientului.	I						
01.09.01.02.02	Există grup sanitar cu acces pentru persoanele cu dizabilități.	I						
01.09.01.02.03	Spitalul asigură grup sanitar, cu acces și utilizare facilă pentru vizitatori, în zonele de așteptare sau întâlnire cu pacienții.	I						
01.09.01.02.04	Funcționalitatea și starea de curățenie a grupurilor sanitare este menținută și consemnată.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.03	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.04	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.05	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	I						
01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	C						
01.09.01.09.03	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.	I						

02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.04	Există trusă de urgență în dotarea fiecărei secții.	I	(1)există ? (2)inventar la zi ? (3)materialele sunt în termen ?					
02.01.03.01.05	Există defibrilator în dotarea fiecărei secții.	I	(1)există ? (2)este permanent încărcat / funcțional ?					
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.02	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.04	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: deschiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I	de facut mv					
02.11.04.04.05	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I	de facut mv					
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul sanitar utilizează echipament de protecție complet, adaptat activităților efectuate.	I	de facut mv					
02.11.04.06.04	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.05	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 64 - Aplicarea traseului pacientului

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 64

COD	ENUNȚ	C	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.05.03.01.02	Înregistrarea datelor este efectuată în timp real.	I						
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.01	Spitalul înregistrează datele de contact ale pacienților/aparținătorilor, cu acordul acestora, după caz.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.05	Regulile de comportament în spital sunt comunicate pacienților/aparținătorilor.	I						
01.06.02.03.06	Regulile de igienă personală sunt comunicate pacienților.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.02	Reglementarea preluării/predării, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților este respectată.	I						
01.08.02.05.04	Spațiile de depozitare a bunurilor personalului și pacienților au sisteme antiefracție funcționale.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.25	Transportul pacientului din salon în blocul operator respectă gradul de sterilitate optim.	I	Accesul pacienților în blocul operator / sală de nașteri se face prin transferul pacientului de pe brancardul/fotoliul rulant al secției pe brancardul/fotoliul rulant(steril) al blocului operator/salii de nașteri.					

01.09.01.01.27	Însoțirea pacientului în blocul operator respectă gradul de sterilitate optim.	I	1. Personalul însoțitor din secție predă pacientul personalului însoțitor din blocul operator. 2. Personalul însoțitor din secție își schimbă echipamentul conform cerințelor blocului operator.					
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și comfort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.03.03	Există brancard cu suporti laterali rabatabili, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie.	I	de facut mv					
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.05	Există un set minim de date solicitat pacienților pentru programare.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.04	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.05	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este implementată dubla identificare a pacientului și a produselor administrate.	I	de facut mv					
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.	C						
02.12.03.01.08	Pacienții sunt însoțiți de personal desemnat în acest sens, de la momentul internării, până la predarea pe secție.	I						
02.15.01.01	Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică.	C						
02.15.01.01.01	În planificarea asistenței medicale întocmită de medicul curant este menționat momentul estimat al externării.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator _____

Semnătură interlocutor _____

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 65-Simularea urgenței în spital - centralizarea datelor culese

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 65

COD	ENUNȚ	C	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
02.01.03.01.04	Există trusă de urgență în dotarea fiecărei secții.	I	(1)există ? (2)inventar la zi ? (3)materialele sunt în termen ?					
02.01.03.01.05	Există defibrilator în dotarea fiecărei secții.	I	(1)există ? (2)este permanent încărcat / funcțional ?					

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 66-Interviul pacientului (formular ANMCS prin aplicare chestionarului)

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 66

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.06.01.01	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.	C						
01.06.01.01.03	Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.	I						
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.01	Spitalul înregistrează datele de contact ale pacienților/aparținătorilor, cu acordul acestora, după caz.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.05	Regulile de comportament în spital sunt comunicate pacienților/aparținătorilor.	I						
01.06.02.03.06	Regulile de igienă personală sunt comunicate pacienților.	I						
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/aparținătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.01	Personalul spitalului utilizează un vocabular adaptat pacientului/aparținătorilor.	I						
01.06.03.01.02	Personalul verifică modul de înțelegere al mesajului transmis (verbal și/sau scris) pacienților/aparținătorilor.	I						
01.07.04.01	Spitalul elaborează și actualizează periodic chestionare de satisfacție a pacienților.	C						
01.07.04.01.02	Chestionarul de satisfacție a pacienților este disponibil pentru toți pacienții care beneficiază de servicii spitalicești.	I	interviui pacienți dacă au primit chestionar					
01.07.04.01.05	Spitalul comunică pacienților/aparținătorilor modalitatea de completare și depunere a chestionarelor pentru pacienți.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.08	Număr pacienți care afirmă că în salon, curățenia se face cel puțin de 2 ori pe zi per număr pacienți intervievați.	I						
01.09.01.04.09	Număr pacienți care afirmă că în salon, curățenia se face de câte ori este necesar pe zi per număr pacienți intervievați.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.05	Există un set minim de date solicitat pacienților pentru programare.	I						

02.01.02.01.08	Confirmarea programărilor și reprogramările sunt comunicate pacientului.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.06	La nivelul spitalului există posibilitatea asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului.	I						
02.03.01.01	Acordarea asistenței medicale se face conform unei planificării stabilite de către medicul curant.	C						
02.03.01.01.03	Planificarea episoadelor de investigații / tratament ține cont de opțiunea pacientului referitoare la percepțiile sale religioase exprimate.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.09	Recoltările de probe intravasculare și administrările intravasculare sunt efectuate exclusiv de asistenți medicali licențiați și/sau medici.	I						
02.03.04.03	Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului.	C						
02.03.04.03.04	Satisfacția pacienților legată de aplicarea planului de îngrijire este monitorizată.	I						
02.03.04.04	La externare se întocmește un plan de îngrijiri care se comunică atât pacientului/aparținătorilor, cât și medicului de familie/medicului care a trimis pacientul la internare.	C						
02.03.04.04.02	Planul de îngrijiri se explică pacientului/aparținătorilor, într-un limbaj adaptat nivelului lor de înțelegere.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.11	Număr pacienți care afirmă că au cumpărat medicamente sau alte materiale medicale per număr pacienți chestionați.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.06	Spitalul informează pacienții/aparținătorii referitor la elementele utilizate pentru dubla identificare.	I						
02.12.02.01	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate.	C						
02.12.02.01.04	Pacientul/aparținătorii sunt informați referitor la prevenirea riscurilor și erorilor legate de medicație.	I						
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.	C						

02.12.03.01.11	Număr pacienți însoțiți de la serviciul internări până în salon de personal desemnat în acest sens per număr pacienți chestionați.	I						
02.12.03.01.12	Număr pacienți însoțiți de la serviciul internări până în salon de aparținători per număr pacienți chestionați.	I						
02.12.03.01.13	Număr pacienți însoțiți de personal desemnat în acest sens în deplasarea prin spital per număr pacienți chestionați.	I						
02.12.07.02	Informarea și educarea pacientului/aparținătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.	C						
02.12.07.02.01	Spitalul pune la dispoziția pacienților/aparținătorilor informații cu privire la riscul de cădere.	I						
02.15.01.01	Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică.	C						
02.15.01.01.03	Pacientul și aparținătorii sunt implicați în stabilirea momentului estimat al externării.	I						
02.15.01.02	Spitalul îndeplinește procedurile necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor.	C						
02.15.01.02.05	Pacientul/aparținătorii sunt anunțați cu cel puțin 24 de ore înainte de ziua externării.	I						
03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.01.05	Pacientului i se solicită constant consimțământul și-i este respectată demnitatea și intimitatea în condițiile consulturilor și manevrelor în scop didactic, efectuate pentru și de orice personal medical aflat în pregătire.	I						
03.01.01.02	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.	C						
03.01.01.02.03	Număr de pacienți care știu un efect advers sau risc pentru medicamentele sau procedurile terapeutice administrate per număr total pacienți chestionați.	I						
03.01.01.02.04	Număr de pacienți care cunosc natura și scopul tratamentului administrat per număr total de pacienți chestionați.	I						
03.01.01.02.05	Număr de pacienți care cunosc identitatea și statutul profesional al personalului medical implicat în tratamentul administrat per număr total pacienți chestionați.	I						
03.01.01.02.06	Număr de pacienți care își cunosc diagnosticul stabilit per număr total pacienți chestionați.	I						

03.01.01.02.07	Număr de pacienți care nu pot enumera nicio analiză sau investigație paraclinică dintre cele care li s-au făcut pe perioada spitalizării per număr total pacienți chestionați.	I						
----------------	--	---	--	--	--	--	--	--

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 67-Interviul angajatului (formular ANMCS prin aplicarea chestionarului)

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 67

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.01.03.02	Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.	C						
01.01.03.02.02	Rezultatele analizei periodice a nivelului de realizare a obiectivelor strategice efectuate de către șefii tuturor sectoarelor, sunt comunicate personalului din subordine.	I						
01.03.01.04	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.	C						
01.03.01.04.03	Perfecționarea continuă a personalului prevede și elemente de îmbunătățire, de profesionalizare a comunicării personalului cu pacienții/insoțitorii/apartinătorii.	I						
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.06	Noul angajat este informat cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului, procedurile și protocoalele utilizate în desfășurarea activității sale.	I	se verifică (1)dovada ca a fost informat, (2)interviu angajat					
01.03.03.01	Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social.	C						
01.03.03.01.01	Există o programare a întâlnirilor a conducerii cu angajații pentru discutarea problemelor privind relațiile de muncă.	I	(1)document (2)interviu angajați					
01.03.03.02	Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.	C						
01.03.03.02.03	Sunt dispuse măsuri ca rezultat al analizei satisfacției angajaților.	I						
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.03	Personalul spitalului are acces în timp real la datele și informațiile necesare îndeplinirii responsabilităților.	I	(1)interviu angajați, (2)funcționabilitatea intranetului					
01.05.05.01	Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital.	C						
01.05.05.01.01	Există un portal intranet/bibliotecă electronică utilizat/utilizată pentru informarea personalului angajat.	I						

01.05.05.01.02	Spitalul are organizat un sistem de informare lunară a personalului cu privire la noutățile legislative.	I						
01.05.05.01.03	Reglementările interne aprobate la nivelul spitalului sunt disponibile și accesibile fiecărui angajat.	I						
01.05.05.02	Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.	C						
01.05.05.02.01	Structura portalului intranet de la nivelul spitalului conține o secțiune distinctă, dedicată instruirii și schimbului de informații profesionale între angajați.	I						
01.06.02.02	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.	C						
01.06.02.02.02	Comunicarea cu prioritate a rezultatelor investigațiilor și/sau a nevoii de tratament/intervenție, în cazul în care este pusă în pericol viața pacientului, este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.06.02.02.03	Comunicarea în situații cu risc/de criză este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.07	Spitalul comunică angajaților modalitatea de completare și depunere a chestionarelor de satisfacție a angajaților.	I						
01.06.02.03.11	Există protocol de comunicare cu pacientul/aparținătorul pentru cazurile de urgență.	I						
01.06.02.03.12	Există protocol de comunicare cu aparținătorii în situațiile de deces al pacientului.	I						
01.06.02.03.13	Există protocol de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic.	I						
01.07.02.01	Spitalul are stabilite și urmărește respectarea principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate.	C						
01.07.02.01.02	Consilierul de etică respectă planificarea activității de consiliere.	I						
01.07.02.02	Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital.	C						
01.07.02.02.02	Tematica pentru instruirea angajaților privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului este diferențiată pe categorii de personal.	I						
01.07.03.04	Pe baza recomandărilor SMC spitalul ia măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.	C						
01.07.03.04.02	Sunt asigurate resursele necesare respectării planului de conformare elaborat de SMC.	I						

01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.01	Sunt identificate activitățile cu risc de accidente de muncă și sunt adoptate măsurile de prevenire.	I						
01.08.02.11.08	Spitalul asigură întregului personal echipamente de protecție, adaptate condițiilor și zonelor de lucru.	I						
01.08.02.11.09	Personalul expus este instruit la angajare și anual pentru manevrarea echipamentelor cu risc de vătămare fizică.	I						
01.08.02.11.12	Spitalul asigură zone de confort și refacere pentru personal.	I	de facut mv					
01.08.02.11.13	Sprijinul psihologic este asigurat, la nevoie, angajaților spitalului.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.13	Planul Alb este cunoscut de către personalul implicat și implementat la nivelul spitalului.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.02	Personalul spitalului este instruit pentru interrelaționarea și preluarea în îngrijire a pacienților cu dizabilități sau nevoi speciale.	I						
02.01.04.01.09	Este asigurată modalitatea de identificarea (vizuală) de către personalul medical, a pacienților internați cu dizabilități/nevoi speciale/manifestări agresive.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.05	Personalul medical este instruit pentru identificarea semnelor clinice ale sevrajului / intoxicației sau utilizării substanțelor generatoare de adicție.	I						
02.03.05.02	Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității.	C						
02.03.05.02.02	Informațiile legate de pacient sunt accesibile personalului medical implicat în rezolvarea cazului.	I						
02.11.01.01	Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.01.05	Protocolul de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale este distribuit secțiilor și sectoarelor de activitate ale spitalului.	I						

02.11.04.05	<i>Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.05.01	<i>Metodologia de identificare și raportare a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial este elaborată și cunoscută de personalul medical.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.05.02	<i>Personalul medico-sanitar este informat și atenționat asupra potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică.</i>	<i>I</i>						
02.12.01.01	<i>La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.</i>	<i>C</i>						
02.12.01.01.02	<i>Categoriile de pacienți cu risc sunt identificate, codificate și semnalizate vizibil pentru personalul spitalului.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 68-Interviu reprezentant al angajaților/sindicat

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

reprezentantul al angajaților/sindicatului

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 68

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.03.01.01	<i>Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.</i>	<i>C</i>						
01.03.01.01.02	<i>Repartiția personalului pe sectoare de activitate se face în funcție de pregătirea profesională/calitățile personale/abilități coroborată cu particularitățile condițiilor de muncă.</i>	<i>I</i>	<i>prin sondaj, se verifică (1) în 3-4 dosare de ocuparea posturilor concordanța între cerințele postului și selecția candidaților, (2) Exemplu de modificare a locului de muncă a unui angajat bazat pe evaluarea calităților personale/abilități</i>					
01.03.01.01.05	<i>Repartiția personalului pe sectoare de activitate se face cu implicarea reprezentanților angajaților.</i>	<i>I</i>	<i>interviu sindicat / proces vb sedință în care s-a discutat tema / avizare de către sindicat</i>					
01.03.01.01.06	<i>Fiecare loc de muncă este evaluat/analizat și din punct de vedere al expunerii la noxe.</i>	<i>I</i>	<i>se solicită 2-3 evaluări</i>					
01.03.01.01.07	<i>Există estimare anuală a necesarului de personal în funcție de volumul total de activitate și de expunere la noxe al angajaților.</i>	<i>I</i>	<i>se solicită analiza volumului total de activitate și de expunere la noxe a angajaților, analiză care a fundamentat necesarul de personal</i>					
01.03.01.02	<i>Conducerea spitalului analizează anual structura posturilor și dispune măsuri pentru adaptarea acestora la nevoile identificate.</i>	<i>C</i>						

01.03.01.02.02	<i>Fișele de post sunt adaptate îndatoririlor specifice angajaților.</i>	<i>I</i>	<i>se selectează 3-4 fișe de post și se verifică cu angajații concordanța între îndatoririle specifice pe care le cunosc / practică și mențiunile din FP</i>					
01.03.01.03	<i>Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.</i>	<i>C</i>						
01.03.01.03.03	<i>Există acordul reprezentanților angajaților pentru planul anual de selecție și recrutare a personalului</i>	<i>I</i>	<i>interviu sindicat / proces vb sedință în care s-a discutat tema / avizare de către sindicat</i>					
01.03.02.01	<i>Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.</i>	<i>C</i>						
01.03.02.01.02	<i>Repartizarea numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se face în funcție de gradul de mediu de dependență.</i>	<i>I</i>	<i>decizii de dirijare temporară a personalului de îngrijire susținute de solicitările fundamentate pe evaluarea gradului de dependentă</i>					
01.03.02.03	<i>Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.</i>	<i>C</i>						
01.03.02.03.12	<i>Personalul cu nivel "satisfăcător" al evaluării anuale urmează o formă de pregătire specifică domeniului în care a fost evaluat cu deficit.</i>	<i>I</i>						
01.03.03.01	<i>Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social.</i>	<i>C</i>						
01.03.03.01.01	<i>Există o programare a întâlnirilor a conducerii cu angajați pentru discutarea problemelor privind relațiile de muncă.</i>	<i>I</i>	<i>(1)document (2)interviu angajați</i>					
01.03.03.02	<i>Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.</i>	<i>C</i>						
01.03.03.02.03	<i>Sunt dispuse măsuri ca rezultat al analizei satisfacției angajaților.</i>	<i>I</i>						

01.07.02.02	<i>Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital.</i>	<i>C</i>						
01.07.02.02.03	<i>Planificarea instruirilor privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului este respectată.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.11	<i>Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.</i>	<i>C</i>						
01.08.02.11.01	<i>Sunt identificate activitățile cu risc de accidente de muncă și sunt adoptate măsurile de prevenire.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.11.02	<i>Măsurile rezultate în urma analizei accidentelor de muncă sunt diseminate și implementate cu sprijinul reprezentanților angajaților.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.11.03	<i>Spitalul stimulează raportarea voluntară a elementelor indezirabile, analiza și urmărirea măsurilor pentru evitarea acestora.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.11.06	<i>Spitalul are evaluări ale siguranței mediului de muncă.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.11.07	<i>Spitalul aplică un program aprobat de vaccinare anti-hepatită și antigripal.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.11.08	<i>Spitalul asigură întregului personal echipamente de protecție, adaptate condițiilor și zonelor de lucru.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.11.09	<i>Personalul expus este instruit la angajare și anual pentru manevrarea echipamentelor cu risc de vătămare fizică.</i>	<i>I</i>						
01.08.02.11.11	<i>Spitalul stabilește de comun acord cu reprezentanții angajaților limitele de efort fizic pentru personal.</i>	<i>I</i>	interviu sindicat / proces vb sedință în care s-a discutat tema / avizare de către sindicat					
01.08.02.11.12	<i>Spitalul asigură zone de confort și refacere pentru personal.</i>	<i>I</i>	de facut mv					
01.08.02.11.13	<i>Sprijinul psihologic este asigurat, la nevoie, angajaților spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.04	<i>Instituția are un program coerent de monitorizare și menținere a sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.</i>	<i>C</i>						
02.08.04.04.01	<i>Menținerea sănătății ocupaționale a personalului din serviciile de îngrijire paliativă este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.04.02	<i>Personalul din serviciile de îngrijire paliativă are acces la mentoring/supervizare clinică/intervizie personală și de grup.</i>	<i>I</i>						

02.08.04.04.03	<i>Personalul din serviciile de îngrijire paliativă are acces la programe și activități de diminuarea riscului de instalare a sindromului epuizării profesionale (burnout) .</i>	<i>I</i>						
02.11.04.06	<i>Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.06.02	<i>Există listă de echipamente de protecție obligatorii, în funcție de activitățile clinice și/sau paraclinice efectuate.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator_____

Semnătură interlocutor_____

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 69-Evaluare protocoale și proceduri

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 69

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
02.03.01.02	<i>Elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament este făcută pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienței clinice de la nivelul spitalului și în funcție de capacitatea tehnico-materială a spitalului.</i>	<i>C</i>						
02.03.01.02.02	<i>Protocoalele de diagnostic și tratament conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora.</i>	<i>I</i>						
02.03.01.03	<i>Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.</i>	<i>C</i>						
02.03.01.03.01	<i>Secția are analiza semestrială a abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament.</i>	<i>I</i>						
02.03.01.04	<i>Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.</i>	<i>C</i>						
02.03.01.04.01	<i>Spitalul are definit setul de indicatori pentru evaluarea eficacității și eficienței utilizării protocoalelor.</i>	<i>I</i>						
02.03.01.04.02	<i>Secția are analiza semestrială a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai aplicării protocoalelor de diagnostic și tratament.</i>	<i>I</i>						
02.03.01.05	<i>Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.</i>	<i>C</i>						
02.03.01.05.02	<i>Există protocoale analizate, revizuite sau nou elaborate, ca urmare a modificărilor capacității tehnico-materiale a spitalului.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

LISTĂ DE VERIFICARE NR. 70-FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) - centralizarea datelor culese

Conținutul listei de verificare:

Număr pagini

Număr total indicatori

Recomandări:

A. Timpul maxim alocat pentru completarea listei de verificare

B. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

C. Altele

Vă rugăm să completați câmpurile de mai jos:

1. Locație

2. Funcția persoanei cu care trebuie să se discute în timpul vizitei

3. Data completării listei de verificare

4. Intervalul orar în care a avut loc completarea listei de verificare

5. Numele și prenumele interlocutorului *)

6. Funcția deținută de interlocutor

7. Numele și prenumele evaluatorului

8. Semnătura evaluatorului

9. Semnătura interlocutorului

*) În cazul excepțional în care interlocutorul inițial este înlocuit de o a doua persoană, vă rugăm să precizați numele și funcția acesteia

LISTA DE VERIFICARE NR. 70

COD	ENUNȚ	Tip	MODALITATE DE VALIDARE	DA	NU	N/A	Val. Nr.	OBSERVAȚII / ALTĂ MODALITATE DE VALIDARE A CERINȚEI
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.03	Costurile aferente serviciilor oferite pacientului sunt comunicate acestuia la externare.	I	2-3 deconturi spitalizare					
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.01	Spitalul înregistrează datele de contact ale pacienților/aparținătorilor, cu acordul acestora, după caz.	I						
01.09.01.06	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale.	C						
01.09.01.06.01	Dieta zilnică recomandată pacientului și factorii alergeni alimentari sunt consemnați în FO.	I						
02.01.05.01	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea nevoluntară a pacientului psihiatric.	C						
02.01.05.01.02	Evaluarea situațiilor socio-profesionale și aprecierea consecințelor internării este consemnată în FO a pacientului psihiatric.	I						
02.01.05.02	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea pacienților în vederea efectuării expertizei medico-legale psihiatrice.	C						
02.01.05.02.03	În FO a pacientului internat în vederea expertizei medico-legale psihiatrice există documentele justificative conform legii (ordonanță emisă de procuror/ bilet de trimitere de la IML / încheierea sau hotărârea instanței de judecată).	I						
02.01.05.02.04	Măsurile speciale de îngrijire și supraveghere a pacientului internat în vederea expertizei medico-legale psihiatrice, consemnate în registrului măsurilor de izolare și contenționare, se regăsesc în FO.	I						
02.01.05.04	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie are prevăzute măsuri speciale, de prevenire și limitare a urmărilor unor manifestări comportamentale ale pacientului psihiatric, ce pot pune în pericol pacientul, pe cei din jur sau bunurile materiale.	C						

02.01.05.04.06	Imobilizarea pacientului agresiv este efectuată cu ajutorul unui sistem de manșete (pentru cele patru membre și torace), conform reglementării specifice, pentru o perioadă de timp limitată.	I						
02.01.05.04.07	Izolarea pacientului agresiv se face într-o cameră special amenajată, la recomandarea medicului, pentru o perioadă de timp limitată.	I						
02.01.05.04.08	Decizia medicului de imobilizarea/izolarea pacientului agresiv este consemnată în FO.	I						
02.02.01.01	În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.	C						
02.02.01.01.03	Evaluarea inițială a pacienților se face și din punct de vedere al riscului infecțios individual și este consemnată în documentele medicale.	I						
02.02.02.02	Traseul pacientului este stabilit în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.	C						
02.02.02.02.02	Particularitățile psihocomportamentale și socioeconomice ale pacientului, care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale, sunt înscrise în FO.	I						
02.02.02.02.03	Planul de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice cuprinde recomandările psihologului/asistentului social.	I						
02.03.01.01	Acordarea asistenței medicale se face conform unei planificării stabilite de către medicul curant.	C						
02.03.01.01.01	Planul de management al cazului, conținând etapele de diagnostic și tratament, este consemnat în FO.	I						
02.03.01.01.02	Planul de management al cazului stabilit de către medicul curant este adaptat în funcție de evoluția cazului.	I	există consemnări privitoare la modificarea / refacerea planului de management în funcție de evoluția cazului					
02.03.01.03	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	C						
02.03.01.03.02	Justificarea abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament este consemnată în FO.	I						
02.03.02.02	Consulturile interdisciplinare sunt fundamentate și consemnate în foaia de observație (FO).	C						
02.03.02.02.01	Fundamentarea medicală a consultului interdisciplinar este consemnată în FO.	I						

02.03.02.02.02	Există consemnat în FO ora solicitării și ora efectuării consultului interdisciplinar.	I						
02.03.02.04	Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR).	C						
02.03.02.04.01	Este determinat clearance-ul de creatinină pentru fiecare bolnav internat.	I						
02.03.02.04.04	Examenul sumar de urină se efectuează fiecărui bolnav internat.	I						
02.03.02.04.05	Numărul FO cu sumar de urină consemnat per numărul FO verificate.	I						
02.03.02.04.07	Numărul pacienților cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă/transplant) care au consemnat în FO raportul albumină (proteine)/creatinină în urină per număr FO verificate.	I						
02.03.02.04.09	Scrisorile medicale pentru pacienții externați cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată conțin indicații de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (RFG).	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.18	Pregătirea pacienților pentru accesarea mijloacelor tehnice de diagnostic și tratament este consemnată în documentele medicale.	I						
02.03.04.01	Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului.	C						
02.03.04.01.01	În documentele medicale este înregistrat scorul de dependență specific cazului îngrijit.	I						

02.03.04.01.02	Planul de îngrijire al pacientului are precizate sarcinile specifice fiecărei persoane în funcție de competență.	I	în planurile de îngrijire aferente FO evaluate se verifică corespundența între sarcinile înscrise pt.fiecare persoană și competența acestora conform documentelor solicitate de la RUNOS (se solicita pentru persoanele implicate în îngrijirea pacienților competențele specifice, conf.documentele de la RUNOS)					
02.03.04.02	Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical, pe baza recomandărilor medicale.	C						
02.03.04.02.04	Planul de îngrijire are mențiuni referitoare la nevoile spirituale, religioase și culturale, ale pacientului.	I						
02.03.04.03	Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului.	C						
02.03.04.03.01	Evoluția pacienților este consemnată în planul de îngrijire, de către asistenții medicali, în vederea ajustării nevoilor de îngrijiri.	I						
02.03.04.04	La externare se întocmește un plan de îngrijiri care se comunică atât pacientului/aparținătorilor, cât și medicului de familie/medicului care a trimis pacientul la internare.	C						
02.03.04.04.01	Documentele de externare prevăd recomandări referitoare la planul de îngrijiri.	I						
02.03.05.02	Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității.	C						
02.03.05.02.03	Actele medicale efectuate, ora și data efectuării acestora sunt consemnate în documentele medicale ale spitalului.	I						
02.04.01.01	Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou-născutului și sugarului.	C						
02.04.01.01.07	În FO este consemnat dacă prima alimentare a nou-născutului a fost la sân sau cu substituenți de lapte sau alte lichide.	I						
02.04.01.02	Mamele internate sunt informate în privința beneficiilor alăptării.	C						

02.04.01.02.04	Biletul de externare conține recomandări privind continuarea sau după caz, inițierea alăptării după externare.	I						
02.07.01.02	Radioterapia/medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.	C						
02.07.01.02.03	În FO există informații despre investigațiile și tratamentele efectuate anterior de către pacient, specifice patologiei pentru care se solicită proceduri de radioterapie/medicină nucleară.	I	examen anatomopatologic, set minim investigații stabilit, recomandare comisie oncologică					
02.07.01.02.06	În recomandarea pentru efectuarea procedurii de radioterapie sunt precizate obligatoriu tipul de procedură, coordonatele geometrice ale iradierii, dozele de iradiere pentru administrare și durata tratamentului.	I						
02.07.01.02.07	În foaia de tratament de radioterapie sunt consemnate precizări cu privire la identificarea pacientului, coordonatele geometrice ale iradierii, doza de iradiere pe fracție, ziua și ora administrării.	I						
02.07.01.02.09	Medicul radioterapeut oferă toate informațiile necesare medicului curant, pentru stabilirea conduitei de tratament în situațiile de expunere mărită sau nedorită, accidente sau complicații post-iradiere.	I	se verifică respectarea reglementării ... "Situațiile de expunere mărită sau nedorită, accidente sau complicații post-radioterapie sunt reglementate specific."					
02.07.01.02.10	Abaterile radioterapiei de la recomandările inițiale sunt consemnate în documentele medicale.	I						
02.07.01.02.11	Expunerea la radiații a pacientului este înregistrată în Dosarul Electronic de Sănătate, cu specificarea dozei pentru fiecare episod de expunere și a datei calendaristice a expunerii.	I						
02.07.01.02.12	Înregistrările dozelor și datelor calendaristice de expunere la radiații sunt înregistrate distinct în documentele înmânate pacientului.	I						
02.07.01.02.13	Spitalul asigură respectarea duratei de maxim două săptămâni, pentru pacientul planificat și maxim trei zile, în caz de urgență oncologică, de la prima înregistrare a pacientului pînă la prima ședință a procedurii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.02.01	Radioterapia/medicina nucleară utilizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.	C						

02.07.02.01.02	Există posibilitatea evaluării răspunsului intracelular la tratamentul oncologic.	I	există modalitatea de investigație - RMN special, prin care se determină răspunsul celular la terapie (aprox. Ziua 8)					
02.07.02.01.03	Medicul specialist adaptează radioterapia în funcție de răspunsul pacientului la tratament.	I	medicul povestește cum face...					
02.07.02.01.05	Există analiză lunară a concordanței recomandărilor privind radioterapia și tratamentul efectiv menționat în foaia de tratament a pacientului.	I						
02.08.01.01	Nevoile de îngrijiri paliative la pacienții cu boală cronică progresivă sunt identificate prompt și se iau măsuri adecvate.	C						
02.08.01.01.03	Totalitatea nevoilor de îngrijire paliativă ale cazului sunt înscrise în FO/documentele medicale.	I						
02.08.01.04	Durerea și celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate.	C						
02.08.01.04.02	Adaptarea tratamentului pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative este făcută în funcție de scorul durerii și documentată în FO.	I						
02.08.03.01	La primirea pacientului în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative se efectuează o evaluare comprehensivă a pacientului/familiei/aparținătorilor.	C						
02.08.03.01.02	Concluziile evaluării/planul de management al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cuprind nevoile din domeniile fizic, psiho-emoțional, social și spiritual.	I						
02.08.03.01.03	Impactul durerii pe calitatea vieții pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative este evaluat și consemnat în FO.	I						
02.08.03.02	Obiectivele îngrijirii paliative, înțelegerea diagnosticului și prognosticului sunt evaluate împreună cu pacientul/familia/aparținătorii și documentate.	C						
02.08.03.02.01	Așteptările pacientului cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative și/sau familiei legate de îngrijiri sunt consemnate în documentele medicale și analizate anual sau ori de câte ori este cazul.	I						
02.08.03.02.02	Medicul curant documentează în FO aprecierea sa legată de gradul de înțelegere al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative în legătură cu diagnosticul și prognosticul comunicat acestuia.	I						

02.08.03.02.03	Medicul curant documentează în FO aprecierea sa legată de gradul de înțelegere al familiei/aparținătorilor în legătură cu diagnosticul și prognosticul pacientului cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative.	I						
02.08.03.05	Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/aparținătorii este permanentă și parte definitorie a îngrijirii paliative.	C						
02.08.03.05.03	Întâlnirile de consiliere cu pacientul cu nevoi de îngrijiri paliative/aparținătorii sunt documentate în FO/documentele medicale.	I						
02.08.04.02	Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative include, în funcție de necesitățile pacienților și alți specialiști, precum: kinetoterapeut, terapeut ocupațional, terapeut prin joc, dietetician, voluntari etc.	C						
02.08.04.02.01	Medicul curant stabilește terapii conexe, documentate în FO, în funcție de necesitățile și evoluția pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative.	I	activități conexe = asistență psihologică, socială, spirituală, mobilizare-kinetoterapie și terapia durerii					
02.08.04.02.02	Medicul curant, împreună cu dieteticianul, stabilește și documentează în FO, dieta pentru fiecare pacient, în funcție de necesitățile și evoluția pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative.	I						
02.08.05.01	Starea terminală este identificată și comunicată familiei/aparținătorilor.	C						
02.08.05.01.01	Starea terminală este identificată și înregistrată în documentele medicale.	I						
02.08.05.02	Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.	C						
02.08.05.02.03	Spitalul respectă deciziile pacientului, consemnate în FO/documentele medicale, referitor la locul oferirii serviciilor pentru starea terminală.	I						
02.08.05.02.08	Evaluarea și serviciile oferite de către spital aparținătorilor cu risc de doliu patologic sunt consemnate în foaia de luare în evidență pentru doliu.	I						
02.10.02.01	Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute și rezultatului antibiogrammei, după caz.	C						
02.10.02.01.03	Tratamentul antibacterian este susținut de rezultatele examenelor microbiologice (identificarea microscopică a bacteriei, cultura bacteriană și antibiograma, după caz).	I						

02.10.02.01.04	<i>Suspiciunea de șoc septic la internare determină inițierea antibioterapiei în prima oră de la internare.</i>	<i>I</i>						
02.10.02.02	<i>Durata prescrierii se stabilește în funcție de evoluție și este documentată.</i>	<i>C</i>						
02.10.02.02.01	<i>Durata estimată a antibioterapiei este înscrisă în FO.</i>	<i>I</i>						
02.10.02.02.02	<i>Evaluarea la 24 și 72 de ore este înscrisă în FO.</i>	<i>I</i>						
02.10.02.02.03	<i>Prelungirea tratamentului cu antibiotice peste 7 zile este justificată în FO și avizată de șeful de secție.</i>	<i>I</i>						
02.10.02.02.04	<i>Număr de FO în care antibioterapia este documentată clinic, biologic, serologic etc la evoluție per număr total de FO selectate și evaluate din secție.</i>	<i>I</i>						
02.10.02.03	<i>Înregistrările prescrierii unui antibiotic permit trasabilitatea utilizării acestuia.</i>	<i>C</i>						
02.10.02.03.01	<i>Data prescrierii și numele medicului prescriptor sunt înregistrate în FO.</i>	<i>I</i>						
02.10.02.03.02	<i>Prescrierea asocierii de antibiotice sau schimbarea tratamentului este justificată și semnată de medicul prescriptor.</i>	<i>I</i>						
02.10.03.01	<i>Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.</i>	<i>C</i>						
02.10.03.01.05	<i>Ora eliberării antibioticelor din farmacie este stabilită pentru a asigura respectarea ritmului de administrare și este consemnată în documentele farmaciei și în FO.</i>	<i>I</i>						
02.10.03.01.06	<i>Ora administrării antibioticelor respectă recomandările de administrare specific fiecărui antibiotic și este consemnată în documentele medicale.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.01	<i>Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.</i>	<i>C</i>						
02.11.04.01.05	<i>Infecțiile de plagă operatorie sunt identificate, consemnate în FO și raportate șefului de secție de către medicul curant / chirurg operator.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.01.06	<i>Riscul infecțios asociat manevrelor invazive este menționat în consimțământul informat al pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.11.04.02	<i>Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.</i>	<i>C</i>						

02.11.04.02.01	Există chestionar completat pentru fiecare pacient referitor la internările recente și/sau tratamentele cu antimicrobiene, pentru identificarea probabilității de fi colonizat/infectat cu microorganisme multidrogrezistente.	I						
02.11.04.02.02	Este implementată reglementarea privind obligativitatea comunicării/înscrierii în documentele medicale a statusului de purtător sănătos/colonizat/infectat cu germeni cu risc epidemiologic (microorganisme multidrogrezistente) în momentul transferului pacientului dintr-o secție în alta sau în altă unitate sanitară.	I						
02.11.04.02.03	Riscul epidemiologic al pacienților este evaluat și înscris în FO/documentele medicale de către medicul specialist epidemiolog sau infecționist, după caz.	I						
02.11.04.02.05	Medicul epidemiolog consemnează în FO recomandările privind măsurile de limitare a riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/infectați cu microorganisme multidrogrezistente.	I						
02.12.01.01	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.	C						
02.12.01.01.03	Identificarea pacienților cu risc crescut este realizată și consemnată în documentele medicale, la consultul inițial.	I						
02.12.02.01	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate.	C						
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.	I						
02.12.02.01.02	În FO/documente medicale este consemnată medicația pacientului, indiferent de proveniența acesteia.	I						
02.12.02.01.03	În FO este consemnată medicația recomandată, în urma consulturilor interdisciplinare.	I						
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.	C						
02.12.03.01.03	Predarea-preluarea pacientului este consemnată în documentele medicale.	I						

02.12.03.01.04	Şeful secţiei/medicul de gardă din serviciile de terapie intensivă decide şi consemnează în documentele medicale transferul pacienţilor din şi în secţiile medico-chirurgicale.	I						
02.12.03.01.05	Transferul pacientului pe secţie se face cu acordul medicului curant/medicului de gardă, consemnat în FO/documente medicale şi după informarea asistentei şefe/asistentei de tură.	I						
02.12.03.01.07	Statusul pacientului inclusiv prezenţa escarelor, este transmis persoanei responsabile de preluarea pacientului pe secţie şi consemnat în documentele medicale.	I						
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecţia în radiodiagnostic, radiologie intervenţională, radioterapie şi medicină nucleară sunt aplicate corect şi constant.	C						
02.12.05.01.07	Doza şi data per episod de expunere la radiaţii a pacientului sunt înregistrată în FO/documentele medicale.	I						
02.12.05.01.08	Doza totală de expunere la radiaţii a pacientului este consemnată în FO/documentele medicale la externare.	I						
02.12.05.02	Principiile de radioprotecţie privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimum de expunere şi delimitarea precisă a zonei.	C						
02.12.05.02.02	Recomandările de investigare radiologică/imagistică medicală cuprind menţiuni precise cu privire la zona de examinat şi, după caz, incidenţele solicitate.	I						
02.12.05.03	Principiile de radioprotecţie privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea şi actualizarea planului de tratament individualizat.	C						
02.12.05.03.10	În cazul implanturilor permanente în brachiterapie, sunt înmânate pacientului/apartenenţilor instrucţiuni scrise privind regulile de comportament după spitalizare.	I						
02.13.01.02	Spitalul îndeplineşte condiţiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiţii de siguranţă.	C						
02.13.01.02.18	Controlul ultim pretransfuzional imediat înaintea începerii administrării transfuziei este consemnat în documentele medicale (FO).	I						
02.13.02.02	Înregistrările aferente activităţii de transfuzie sanguină permit trasabilitatea procesului.	C						
02.13.02.02.04	Indicaţia de sânge total şi/sau componente sanguine se documentează în FO a pacientului care necesită această terapie, cu data prescrierii, numele medicului prescriptor, parafa şi semnătura acestuia.	I						

02.13.02.02.06	Identificarea pacientului și a unității/unităților eliberate în vederea transfuziei se face și se consemnează în FO/fișa transfuzională, de către personalul medical care administrează sângele total și/sau componentele sanguine.	I						
02.13.02.02.07	Evaluarea pacientului înaintea începerii administrării și monitorizarea acestuia în timpul și după încheierea transfuziei sunt documentate în FO/fișa transfuzională.	I						
02.15.01.01	Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică.	C						
02.15.01.01.01	În planificarea asistenței medicale întocmită de medicul curant este menționat momentul estimat al externării.	I						
02.15.01.01.02	Modificările privind momentul estimat al externării sunt motivate și consemnate în FO.	I						
02.15.01.02	Spitalul îndeplinește procedurile necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor.	C						
02.15.01.02.02	În FO există semnătura pacientului/aparținătorului care confirmă primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.	I						
02.15.02.01	Aparținătorii sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminența/survenirea decesului.	C						
02.15.02.01.01	În FO există consemnată opțiunea pacientului de anunțare a aparținătorilor, în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv la survenirea decesului acestuia.	I						
02.15.02.01.02	Comunicarea cu aparținătorii, în cazul degradării stării pacientului, inclusiv la iminența/survenirea decesului, este consemnată în FO/documentele medicale.	I						
02.15.02.02	Demnitatea pacientului aflat în stare critică/fază terminală și convingerile sale spirituale/culturale, deciziile anterioare legate de acest eveniment sunt luate în considerare.	C						
02.15.02.02.01	Instituirea tratamentului paliativ este consemnată în FO.	I						
02.15.02.03	Spitalul are reglementate activitățile necesare a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.	C						
02.15.02.03.01	Situațiile de deces sunt înregistrate conform cerințelor legale în vigoare.	I						
03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.01.02	Obținerea consimțământului informat este reglementată la nivelul spitalului și respectată.	I						
03.01.01.01.04	Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical este reglementată la nivelul spitalului și respectată.	I						

03.01.01.01.05	<i>Pacientului i se solicită constant consimțământul și-i este respectată demnitatea și intimitatea în condițiile consulturilor și manevrelor în scop didactic, efectuate pentru și de orice personal medical aflat în pregătire.</i>	<i>I</i>						
03.01.02.01	<i>Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.</i>	<i>C</i>						
03.01.02.01.03	<i>Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/aparținătorilor la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale și respectată de spital.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.01	<i>Spitalul reglementează prevenirea discriminării.</i>	<i>C</i>						
03.02.01.01.03	<i>Echipa medicală consemnează în FO/documentele medicale decizia de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.01.04	<i>Spitalul informează familia/aparținătorii privitor la decizia încetării furnizării asistenței medicale pacientului, înainte ca aceasta să se producă, cu respectarea reglementării specifice.</i>	<i>I</i>						
03.02.04.01	<i>Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți.</i>	<i>C</i>						
03.02.04.01.03	<i>Acordul pacientului/aparținătorilor, după caz, pentru accesul mass-media la acesta și/sau la informațiile sale este consemnat în FO/documentele medicale.</i>	<i>I</i>						
03.02.05.01	<i>Spitalul asigură condițiile și procedurile pentru înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.</i>	<i>C</i>						
03.02.05.01.02	<i>Înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, este motivată în FO.</i>	<i>I</i>						
03.02.05.01.03	<i>Înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, este pastrată, în original, atașată la FO.</i>	<i>I</i>						
03.02.05.02	<i>Spitalul asigură condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic și de cercetare.</i>	<i>C</i>						
03.02.05.02.03	<i>Exista consimțământul informat al pacientului/aparținătorilor, după caz, cu privire la înregistrarea audio/foto/video în scop medical, didactic și de cercetare.</i>	<i>I</i>						
03.03.02.02	<i>Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.</i>	<i>C</i>						

03.03.02.02.03	Situațiile privind depășirea competențelor medicale este consemnată în FO/documentele medicale.	I					
----------------	---	---	--	--	--	--	--

Alte observații: