



CONSILIUL JUDEȚEAN SĂLAJ

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU

Zalău, str. Simion Bărnuțiu nr. 67, 450129; tel: 0260615724/0260616920; fax: 0260661066

www.spitalzalau.ro; e-mail: secretariat@spitalzalau.ro



REGULAMENT INTERN AL SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU

Ediția nr. 2

Revizuită la data de 08.04.2026

- 2026

CUPRINS

CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE	4
1.1. Domeniul de aplicabilitate	4
1.2. Domeniul de adresabilitate	4
1.2.1. Modul de aducere la cunoștință a prevederilor regulamentului	5
CAPITOLUL II - REGULI PRIVIND PROTECȚIA, IGIENA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ	6
CAPITOLUL III - REGULI PRIVIND RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ȘI A ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂȚII	9
CAPITOLUL IV - DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE CONDUCERII SPITALULUI ȘI ALE PERSONALULUI ACESTUIA	12
4.1. Drepturile și obligațiile conducerii Spitalului	12
4.2. Drepturile și obligațiile personalului Spitalului	14
CAPITOLUL V - PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR INDIVIDUALE DE MUNCĂ, A CERERILOR SAU A RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR. PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR	17
CAPITOLUL VI - REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL	21
CAPITOLUL VII - ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANȚIUNILE APLICABILE	22
CAPITOLUL VIII - REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ	24
CAPITOLUL IX - MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE REGULAMENTARE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE	26
IX.1. Conducerea activităților	26
IX.2. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor	27
IX.3. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activității zilnice	29
IX.4. Apărarea împotriva incendiilor	30
IX.5. Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie	31
IX.6. Reguli de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute	38
IX.7. Protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora)	40
X. 8. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal	46
IX. 9. Modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil	49
IX.10. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate	51
IX.11. Stabilirea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale	53
IX.12. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul	55
IX.13. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu	60
IX.14. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare	61
IX.15. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți	63
IX.16. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media	66
IX.17. Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic	66
IX.18. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative	69
IX.19. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților	70
IX.20. Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz	71
IX.21. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale	73
IX.22. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor	76
IX.23. Modul de comunicare cu pacientul/reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic	77
IX.24. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului	78
IX.25. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament	80
IX.26. Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-un spital cu competență de a trata cazuri oncologice	81
IX.27. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare	83
IX.28. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale	85
IX.29. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor	89
IX.30. Predarea/preluarea pacienților cu suspiciune de boală cronică renală (B.C.R.) de/către medicul nefrolog	90

IX.31. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților	92
IX.32. Modul de respectare a intimității pacientului	94
IX.33. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament	95
IX.34. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii	97
IX.35. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare	98
IX.36. Utilizarea chestionarului de satisfacție al angajatului	101
IX.37. Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale	102
IX.38. Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile	103
IX.39. Colaborarea dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești	106
IX.40. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I și al compartimentelor T.I din cadrul altor secții	109
IX.41. Accesul în Secția A.T.I. și în compartimentele T.I din cadrul altor secții, vizitarea pacienților internați în cadrul acestora	110
IX.42. Curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere	111
IX.43. Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice	113
IX.44. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian	115
IX.45. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe	116
IX.46. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal	120
IX.47. Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic	122
IX.48. Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice	123
IX.49. Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș	124
IX.50. Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale	125
IX.51. Gestionarea resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia	128
IX.52. Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă	129
IX.53. Circuitul documentelor în cadrul spitalului	130
IX.54. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului	133
IX.55. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului	135
IX.56. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului	137
IX.57. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului	139
IX.58. Utilizarea echipamentului individual de protecție	147
IX.59. Reglementare privind desfășurarea activității practice de învățământ a elevilor școlilor postliceale sanitare	151
CAPITOLUL X - CRITERIILE ȘI PROCEDURILE DE PROMOVARE ȘI DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR	155
CAPITOLUL XI - PROGRAMUL ORAR	158
CAPITOLUL XII - DISPOZIȚII FINALE	159

CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE

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

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

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

1.1. Domeniul de aplicabilitate

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

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

1.2. Domeniul de adresabilitate

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

- a) personalului încadrat/detașat în Spital;
- b) pacienților/persoanelor internate/beneficiari ai actului medical în cadrul Spitalului;
- c) însoțitorilor persoanelor cu handicap/aparținătorilor;
- d) studenților, cursanților, practicanților și voluntarilor;
- e) personalului de cercetare;
- f) vizitatorilor;
- g) comisionarilor de echipamente, medicamente, materiale de întreținere;
- h) personalului terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale;
- i) altor persoane din afara spitalului, care participă temporar la activități care se desfășoară în Spital (medici aflați în pregătire/ perfecționare, reprezentanți firme, muncitori etc.).

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.1. Modul de aducere la cunoștință a prevederilor Regulamentului

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

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

(3) După redactare și aprobare, Regulamentul va fi postat pe rețeaua internă a spitalului - Intranet, scanat, în format electronic, astfel încât să se asigure posibilitatea diseminării prevederilor acestuia.

Art.8. – Modificările sau derogările de la prevederile prezentului Regulament se fac numai cu aprobarea managerului Spitalului, devenind operaționale numai după aducerea lor la cunoștință tuturor salariaților.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) în cadrul propriilor responsabilități, angajatorul va lua măsurile necesare pentru protejarea securității și sănătății salariaților, inclusiv pentru activitățile de prevenire a riscurilor profesionale, de informare și pregătire, precum și pentru punerea în aplicare a organizării securității și sănătății în muncă și mijloacelor necesare acestora, cu respectarea următoarelor principii generale de prevenire:

- evitarea riscurilor;
 - evaluarea riscurilor care nu pot fi evitate;
 - combaterea riscurilor la sursă;
 - adaptarea muncii la om, în special în ceea ce privește proiectarea locurilor de muncă și alegerea echipamentelor și metodelor de muncă, în vederea atenuării, cu precădere, a muncii monotone și a muncii repetitive, precum și a reducerii efectelor acestora asupra sănătății;
 - luarea în considerare a evoluției tehnicii;
 - înlocuirea a ceea ce este periculos cu ceea ce nu este periculos sau cu ceea ce este mai puțin periculos;
 - planificarea prevenirii și instruirii în toate fazele acesteia;
 - adoptarea măsurilor de protecție colectivă cu prioritate față de măsurile de protecție individuală;
 - aducerea la cunoștința salariaților a instrucțiunilor proprii corespunzătoare.
- c) să organizeze locul de muncă, astfel încât să fie garantată securitatea și sănătatea în muncă a personalului;
- d) să organizeze controlul permanent al stării materialelor, utilajelor și substanțelor folosite în procesul muncii, în scopul asigurării sănătății și securității personalului;
- e) să asigure condițiile de acordare a primului ajutor în caz de accident de muncă;
- f) să asigure crearea condițiilor de preîntâmpinare a incendiilor, precum și pentru evacuarea personalului în situații speciale și în caz de pericol iminent;
- g) să realizeze evaluarea riscurilor pentru sănătate și securitate în muncă;
- h) să supravegheze sănătatea personalului în funcție de riscurile privind securitatea și sănătatea în muncă astfel încât acesta să poată beneficia de supravegherea sănătății la intervale regulate;
- i) să informeze personalul despre riscurile, precum și măsurile și activitățile de prevenire și protecție atât la nivelul spitalului, în general, cât și la nivelul fiecărui post de lucru în parte;

- j) să evalueze riscurile pentru securitatea și sănătatea personalului, inclusiv la alegerea echipamentelor de muncă, a substanțelor sau preparatelor chimice utilizate și la amenajarea locurilor de muncă iar, ulterior evaluării să ia măsurile de prevenire necesare, astfel încât metodele de lucru aplicate de către acesta să asigure îmbunătățirea nivelului securității și al protecției sănătății personalului și să fie integrate în ansamblul activităților spitalului respective și la toate nivelurile ierarhice;
- k) să stabilească pentru întreg personalul, prin fișa postului, atribuțiile și răspunderile ce le revin în domeniul securității și sănătății în muncă, corespunzător funcțiilor exercitate;
- l) să asigure personalului accesul la servicii medicale, inclusiv la serviciul medical de medicina muncii;
- m) să consulte personalul și să asigure participarea acestuia la discutarea problemelor de securitate și sănătate în muncă;
- n) să asigure echipament de muncă individual fără pericol pentru sănătatea și securitatea personalului; în cazul degradării sau al pierderii calităților de protecție al acestuia, angajatorul va acorda în mod obligatoriu echipament individual de protecție nou;
- o) să mențină prin structura logistică a spitalului, o stare igienică adecvată în spațiile de lucru și de folosință comună, asigurând materialele și substanțele necesare realizării acesteia precum și coordonarea personalului din subordine implicat în această activitate;
- p) să asigure toți salariații pentru risc de accidente de muncă și boli profesionale, în condițiile legii și efectuarea controlului medical la angajare și periodic;
- q) să asigure accesul salariaților la serviciul medical de medicină a muncii, organizat cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare;
- r) să respecte și celelalte obligații prevăzute de legislația în domeniul securității și sănătății în muncă, în partea care-l privește.

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

- a) în cazul noilor angajați – instruire generală și la locul de muncă;
- b) în cazul salariaților care își schimbă locul de muncă sau felul muncii;
- c) în cazul salariaților care își reiau activitatea după o întrerupere mai mare de 6 luni;
- d) în situația în care intervin modificări ale legislației în domeniu;
- e) periodic tuturor angajaților de către șeful structurii.

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

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

- a) să-și desfășoare activitatea, în conformitate cu pregătirea și instruirea sa, precum și cu instrucțiunile primite din partea angajatorului, astfel încât să nu expună la pericol de accidentare sau îmbolnăvire profesională atât propria persoană cât și alte persoane care pot fi afectate de acțiunile sau omisiunile sale în timpul procesului de muncă;
- b) să utilizeze corect echipamentele de muncă, substanțele periculoase, echipamentele de transport;
- c) să utilizeze corect echipamentul individual de protecție primit, asigurând în permanență o întreținere corespunzătoare a acestuia;
- d) să aducă la cunoștința conducătorului locului de muncă și/sau angajatorului accidentele suferite de propria persoană sau de alte persoane;
- e) să comunice imediat angajatorului și/sau responsabililor desemnați orice situație de muncă despre care are motive întemeiate să o considere un pericol pentru securitatea și sănătatea proprie sau a celorlați angajați, precum și orice deficiență a sistemelor de protecție;

- f) să dea relațiile solicitate de către inspectorii de muncă și inspectorii sanitari;
- g) să ia măsurile necesare pentru evitarea oricărei poluări prin eliminarea deșeurilor, precum și prin utilizarea eficientă a energiei;
- h) să își însușească și să respecte și celelalte obligații prevăzute de legislația în domeniul securității și sănătății în muncă și măsurile de aplicare a acestora, în partea care-l privește;
- i) în vederea asigurării igienei corecte și eficiente a mâinilor personalului medico-sanitar și de îngrijire este interzisă purtarea inelelor, brățărilor, ceasurilor sau altor bijuterii¹;
- j) este interzisă purtarea unghiilor lungi, lăcuite sau artificiale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

conform prevederilor Legii nr. 167/2020 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, precum și pentru completarea art. 6 din Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, și a Hotărârii nr. 970 din 12 octombrie 2023 pentru aprobarea Metodologiei privind prevenirea și combaterea hărțuirii pe criteriul de sex, precum și a hărțuirii morale la locul de muncă.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) anunțarea, organizarea concursurilor sau examenelor și selecția candidaților pentru ocuparea posturilor vacante;
- b) încheierea, suspendarea, modificarea și/sau încetarea raportului juridic de muncă ori de serviciu;
- c) stabilirea sau modificarea atribuțiilor din fișa postului;
- d) stabilirea remunerației;
- e) beneficii, altele decât cele de natură salarială și măsuri de protecție și asigurări sociale;
- f) informare și consiliere profesională, programe de inițiere, calificare, perfecționare, specializare și recalificare profesională;
- g) evaluarea performanțelor profesionale individuale;
- h) promovarea profesională;
- i) procesul de învățământ;
- j) aplicarea măsurilor disciplinare;
- k) dreptul de aderare la sindicat și accesul la facilitățile acordate de acesta;
- l) orice alte condiții de prestare a muncii, potrivit legislației în vigoare.

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

Art.24. - (1) Hărțuirea unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă este considerată discriminare după unul din criteriile prevăzute la art.21 alin. (3) și este interzisă.

(2) Hărțuirea constă în orice tip de comportament care are la bază unul dintre criteriile prevăzute la art. 21 alin. (3) care are ca scop sau ca efect lezarea demnității unei persoane și duce la crearea unui mediu intimidant, ostil, degradant, umilitor sau ofensator.

(3) Constituie hărțuire și victimizare ori aplicare a unui tratament advers, orice faptă venită ca reacție la o plângere sau acțiune în justiție cu privire la încălcarea principiului tratamentului egal și al nediscriminării.

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

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

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

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

- a) de a crea la locul de muncă o atmosferă de intimidare, de ostilitate sau de descurajare pentru persoana afectată;
- b) de a influența negativ situația persoanei angajate în ceea ce privește promovarea profesională, remunerația sau veniturile de orice natură ori accesul la formarea și perfecționarea profesională, în cazul refuzului acesteia de a accepta un comportament nedorit, ce ține de viața sexuală.

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

(5) Angajatorul nu va permite și nu va tolera hărțuirea sexuală la locul de muncă și face public faptul că încurajează raportarea tuturor cazurilor de hărțuire sexuală, indiferent cine este ofensatorul, că

angajații care încalcă demnitatea personală a altor angajați, prin orice manifestare confirmată de hărțuire sexuală la locul de muncă, vor fi sancționați disciplinar.

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

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

(3) Cercetarea sesizării de hărțuire se va face de comisia de cercetare disciplinară numită de manager.

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

(5) Dacă se stabilește că a avut loc un act de hărțuire sexuală, hărțuitorului i se vor aplica sancțiuni disciplinare corespunzătoare, în termen de maxim 15 de zile de la data finalizării cercetării disciplinare.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art.28. – (1) Constituie hărțuire morală (psihologică sau mobbing) la locul de muncă orice comportament exercitat cu privire la un angajat de către un alt angajat, care este superiorul său ierarhic, de către un subaltern și/sau de către un angajat comparabil din punct de vedere ierarhic, în legătură cu raporturile de muncă, care are loc într-o perioadă, este repetitiv sau sistematic și implică un comportament fizic, limbaj oral sau scris, gesturi sau alte acte intenționate și care are drept scop sau efect, o deteriorare a condițiilor de muncă prin lezarea drepturilor sau demnității angajatului, prin

afectarea sănătății sale fizice sau mentale, ori prin compromiterea viitorului profesional al acestuia, comportament manifestat în oricare din următoarele forme:

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

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

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

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

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

Art.29. Sesizarea, investigarea și soluționarea cazurilor de discriminare și hărțuire de orice fel se realizează în conformitate cu prevederile Procedurii Operaționale privind *Cercetarea disciplinară prealabilă și aplicarea sancțiunilor disciplinare.*

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

4.1. Drepturile și obligațiile conducerii Spitalului

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

- a) să stabilească organizarea și funcționarea activităților ce se desfășoară în Spital în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare;
- b) să stabilească atribuțiile corespunzătoare fiecărei categorii de personal, precum și cele la nivel individual, în condițiile legii;
- c) să dea dispoziții, indicații conform competențelor în domeniu, sub rezerva legalității acestora;
- d) să exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor/atribuțiilor de serviciu de către personalul din subordine;
- e) să propună structura organizatorică, reorganizarea/restructurarea spitalului sau a unei părți din aceasta sub rezerva respectării prevederilor legislației în vigoare;
- f) să constate săvârșirea abaterilor disciplinare și să aplice sancțiunile corespunzătoare, în conformitate cu normele legale aplicabile pentru fiecare categorie de personal în parte;
- g) să stabilească obiectivele de performanță individuală, precum și criteriile de evaluare a realizării acestora, urmând ca rezultatele obținute să fie utilizate în procesul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a salariaților.

Art.31. - Conducerea Spitalului are, în principal, următoarele **obligații**:

- a) să asigure permanent condițiile tehnice și organizatorice necesare pentru aplicarea întocmai a prevederilor actelor normative referitoare la încadrarea/angajarea, salarizarea, promovarea/avansarea, securitatea și sănătatea în muncă, încadrarea în condiții de muncă, răspunderea disciplinară, pensionarea, acordarea drepturilor sociale stabilite sau rezultate din raporturile de muncă sau de serviciu;

- b) să ia toate măsurile pentru organizarea și desfășurarea lucrului în condiții de deplină siguranță, pentru însușirea de către întregul personal a normelor de protecție a muncii, de prevenire și stingere a incendiilor și a măsurilor de aplicare a acestora, pentru stabilirea atribuțiilor pentru fiecare loc de muncă și controlul îndeplinirii acestora;
- c) să asigure accesul la formarea profesională, la perfecționarea pregătirii generale și de specialitate, prin participarea personalului la diferite forme de pregătire și perfecționare în conformitate cu normele legale aplicabile în acest domeniu;
- d) să impună obligativitatea acordării serviciilor medicale în mod nediscriminatoriu asiguraților;
- e) să ia toate măsurile necesare în vederea păstrării confidențialității față de terți asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraților;
- f) să dispună măsurile specifice necesare respectării de către întreg personalul Spitalului Județean de Urgență Zalău a prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date*;
- g) să impună prin măsuri specifice obligativitatea respectării dreptului la libera alegere a furnizorului de servicii medicale;
- h) să ia măsuri specifice pentru neutilizarea de către personalul Spitalului Județean de Urgență Zalău a materialelor și a instrumentelor a căror condiție de sterilizare este nesigură;
- i) să aplice prevederile legislației și normelor specifice categoriilor de personal în privința rapoartelor/cererilor, sesizărilor, propunerilor sau reclamațiilor privind raporturile de muncă sau de serviciu;
- j) să informeze salariații asupra condițiilor de muncă și asupra elementelor care privesc desfășurarea relațiilor de muncă;
- k) să comunice periodic salariaților situația economică și financiară a Spitalului, cu excepția informațiilor sensibile sau secrete, care, prin divulgare, sunt de natură să prejudicieze activitatea spitalului;
- l) să se consulte cu sindicatul sau reprezentatii salariaților, după caz, în privința deciziilor susceptibile să afecteze substanțial drepturile și interesele acestora;
- m) să acorde salariaților toate drepturile care decurg din lege, din contractul colectiv de muncă aplicabil și contractele individuale de muncă;
- n) să plătească toate contribuțiile și impozitele aflate în sarcina sa precum și să rețină și să vireze contribuțiile și impozitele datorate de salariați, în condițiile legii;
- o) să înființeze Registrul general de evidență a salariaților și să opereze înregistrările prevăzute de lege;
- p) să ia decizii, să le exprime prin dispoziții scurte, clare și precise, să asigure condițiile necesare îndeplinirii acestora;
- q) să dispună executarea unor acțiuni numai în temeiul legii;
- r) să elibereze, la cerere, toate documentele care atestă calitatea de salariat a solicitantului, conform legislației;
- s) să asigure confidențialitatea datelor cu caracter personal ale salariaților;
- t) să aducă la cunoștința personalului din subordine, în părțile ce îl privesc, ordinele și dispozițiile legale nou intrate în vigoare;
- u) să respecte principiile și regulile de conduită prevăzute în *„Codul de conduită etică al personalului din cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău”*;
- v) alte obligații prevăzute de actele normative în vigoare.

4.2. Drepturile și obligațiile personalului Spitalului

Art.32. – Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi** care vor fi acordate și exercitate cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare:

- a) dreptul la salariu corespunzător funcției ocupate, inclusiv dreptul la salarizarea reglementată de legislația specifică unităților sanitare cu paturi;
- b) dreptul la repaus zilnic și săptămânal;
- c) dreptul la concediu de odihnă anual, concediu medical, concediu maternal/paternal, concediu de creștere a copilului, alte forme prevăzute pentru salariați de legislația privind timpul de muncă și concediile;
- d) dreptul la promovare pe baza rezultatelor obținute în evaluarea anuală a performanțelor profesionale individuale;
- e) dreptul la respectarea onoarei și demnității în muncă;
- f) dreptul la egalitate de șansă și tratament;
- g) dreptul la informare și consultare;
- h) dreptul la acces la formare și perfecționare profesională continuă;
- i) dreptul la consultare în vederea determinării și ameliorării condițiilor de muncă și a mediului de muncă și de a beneficia de îngrijire specifică în cazul unor accidente de muncă (cu risc infecțios);
- j) dreptul la asistență medicală, recuperare și refacere a capacității de muncă în conformitate cu legislația aplicabilă în domeniu;
- k) dreptul la protecție socială în caz de concediere, ieșire la pensie, în condițiile legii;
- l) dreptul la negociere colectivă și individuală;
- m) dreptul de a participa la acțiuni colective;
- n) dreptul la securitate și sănătate în muncă și echipament de protecție corespunzător;
- o) dreptul de a constitui sau de a adera la un sindicat, în condițiile legii;
- p) dreptul la asistență juridică, în condițiile legii;
- q) dreptul de a participa la activitatea de voluntariat în folosul public, în condițiile respectării prevederilor legale incidente în vigoare, având obligația de a informa în scris în acest sens conducerea Spitalului;
- r) alte drepturi prevăzute de lege sau de contractele colective de muncă aplicabile.

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

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

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

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

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

Art.35. - Salariaților Spitalului le este interzis:

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

Art.36. - În situații deosebite, determinate de necesitatea asigurării bunei funcționări a spitalului sau a unei părți a acesteia, fiecare salariat, indiferent de funcția sau postul pe care îl/o ocupă, în limita atribuțiilor profesionale, a pregătirii și a competențelor sale, are obligația de a participa la executarea oricăror lucrări sau activități pentru gestionarea situației de urgență, precum și la aplicarea măsurilor cerute de situația de urgență, fiind la dispoziția conducerii Spitalului, în limita competențelor stabilite.

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

Art.37. – Reglementarea are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modul în care sunt preluate, înregistrate, analizate și se răspunde reclamațiilor primite de la personalul propriu al spitalului cât și de la pacienți;
- b) Identificarea activităților/proceselor care nu converg înspre asigurarea conformării la cerințele standardelor de acreditare și luarea de decizii în vederea implementării de corecții și acțiuni corective;
- c) Asigură posibilitatea întocmirii unor planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei reclamațiilor care să conțină propuneri punctuale de îmbunătățire a activităților în scopul creșterii calității serviciilor de sănătate și conexe acestora oferite de spital;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - nemulțumiri din partea persoanelor care au adresat reclamații;
 - repartizarea incorectă a reclamațiilor în vederea soluționării acestora;
 - măsuri inadecvate în sensul soluționării în limitele prevederilor legale a tuturor reclamațiilor;
 - întâzieri în transmiterea răspunsurilor formulate pentru fiecare dintre reclamații.

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

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

(3) Cererile și sesizările/reclamațiile scrise ale personalului propriu al spitalului, cât și reclamațiile/sesizările pacienților trebuie semnate, cele nesemnate nu vor fi luate în considerare, fiind socotite nule, indiferent de conținutul lor.

(4) Cel care face o sesizare, reclamație sau cerere poartă întreaga răspundere pentru afirmațiile sale, în conformitate cu prevederile legislației.

Art.39. - Cererile și sesizările/reclamațiile adresate de către personalul propriu al spitalului trebuie să fie făcute în limitele politeții, să se refere numai la problemele care pot fi probate cu dovezi și să privească strict persoana celui în cauză. Ele se adresează conducătorului ierarhic superior, iar la solicitarea semnatarului se înaintează ulterior și altor șefi ierarhici. Niciun manager/șef nu are dreptul să interzică subordonatului să înainteze un raport managerului/șefului ierarhic superior.

Art.40. - (1) Reclamațiile de orice natură adresate atât de către personalul propriu al spitalului cât și de către pacienți/apartinători, se înregistrează în registrul de evidență a petițiilor de către personalul compartimentului registratură, urmând a fi prezentate managerul spitalului.

(2) Petițiile anonime sau cele în care nu sunt trecute date de identificare a petiționarului nu se iau în considerare și se clasează.

(3) Toate sesizările adresate Consiliului Etic, care se referă la incidente etice, sunt înregistrate, soluționate și analizate la nivelul acestuia prin aplicarea prevederilor regulamentului de organizare și funcționare a acestuia, anexă la R.O.F.-ul spitalului.

(4) Reclamațiile formulate de pacienți și depuse în cutiile poștale din cadrul structurilor medicale sunt colectate zilnic de asistenta șefă de secție/compartiment/structură etc și transmise secretariatul spitalului, cu adresă de înaintare semnată de șeful de structură.

(5) Managerul este obligat să primească cererile și sesizările/reclamațiile subordonaților cât și reclamațiile pacienților și să acorde toată atenția rezolvării legale a acestora.

(6) Repartizarea reclamațiilor în vederea soluționării lor de către personalul de specialitate din cadrul spitalului se face de către managerul spitalului.

(7) Toate reclamațiile care sunt transmise de către manager către Comisia de cercetare disciplinară, se soluționează de către aceasta, cu respectarea prevederilor cap. VIII din prezentul Regulament și a regulamentului de organizare și funcționare a acestuia, anexă la R.O.F.-ul spitalului.

(8) Către comisia de cercetare disciplinară vor fi repartizate sesizările și reclamațiile pentru care managerul decide necesitatea de a constitui respectiva comisie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/apartinătorilor/personalului propriu referitoare la probleme etice;
- b) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ apartinătorilor/ personalului propriu referitoare la aspecte de comunicare cu pacienții.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. prin constatarea de către consultantul extern eșuării concilierii;

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

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

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

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

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

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

derularea și executarea contractului individual de muncă (modificarea, suspendarea sau încetarea contractului individual de muncă).

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

Art.49. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procedurii de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă vizează în mod exclusiv soluționarea conflictelor individuale de muncă, este o modalitate amiabilă de soluționare a conflictelor individuale de muncă, fără a îngreua accesul la justiție și este o procedură facultativă, părțile au posibilitatea de a opta, atât la momentul încheierii contractului individual de muncă cât și pe parcursul executării acestuia, să cuprindă sau nu în contract o clauză prin care stabilească soluționarea conflictului prin conciliere;

1. Numărul de conflicte individuale de muncă înregistrate la Registratură;
2. Numărul de conflicte individuale de muncă soluționate prin conciliere din totalul conflictelor individuale de muncă înregistrate .

CAPITOLUL VI - REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL

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

1.Subordonare.

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

2. Colaborare.

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

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

- a) participarea la ședințe ale consiliilor, comitetelor și comisiilor care funcționează în cadrul Spitalului;
- b) participarea în cadrul grupurilor de lucru organizate pentru întocmirea unor diferite lucrări;
- c) schimburi de informații și documente;
- d) consultări pe probleme de specialitate;
- e) executarea în comun a unor activități de instruire;
- f) participarea la ședințe/întâlniri ale personalului stabilite de către managerul Spitalului;
- g) luarea la cunoștință a celor dispuse prin DECIZIE de către managerul Spitalului.

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

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

Art.53. –În Spital sunt interzise:

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

CAPITOLUL VII - ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANCTIUNILE APLICABILE

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

Art.55. - Constituie abatere disciplinară fapta în legătură cu atribuțiile de serviciu și care constă într-o acțiune sau inacțiune săvârșită cu vinovăție de către personalul Spitalului, prin care acesta a

încălcător normele legale, prezentul Regulament, contractul individual de muncă și dispozițiile legale ale șefilor ierarhici.

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

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

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

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

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

(3) Atributul de verificare a modului de respectare a protocoalelor și procedurilor de prevenire și limitare a IAAM revine în exclusivitate în sarcina coordonatorului Serviciului de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale (SPLIAAM), acesta având obligația de a sesiza managerului spitalului orice situație în care personalul nu respectă respectivele protocoale/proceduri.

Directorul medical se asigură și răspunde de aplicarea în activitatea curentă a procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, a standardelor de sterilizare și sterilitate, asepsie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate

Șeful serviciului SPLIAAM propune managerului sancțiuni pentru personalul care nu respectă procedurile și protocoalele de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și poate participa la ședințele Comitetului director al unității sanitare și, după caz, propune acestuia recomandări pentru îndeplinirea corespunzătoare a Planului anual de prevenire a infecțiilor, echipamente și personal de specialitate.

(4) Personalul Spitalului Județean de Urgență Zalău este obligat să se prezinte la examenele medicale prin care se asigură supravegherea stării de sănătate, conform planificării stabilite anual de către medicul de medicina muncii. Împotriva personalului care refuză efectuarea examinărilor medicale și a investigațiilor recomandate, managerul spitalului poate dispune declanșarea procedurii de cercetare disciplinară conform prevederilor actelor normative în vigoare.

CAPITOLUL VIII - REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ

Art.58. – (1) Procedura disciplinară este stabilită în mod punctual, atât privind actele procedurale cât și dispozițiile care se emit în funcție de competența atribuită, prin reglementările normative în domeniu, iar respectarea întocmai a acesteia este obligatorie.

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

Art.59. - În desfășurarea procedurii disciplinare se vor respecta următoarele principii:

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

Art.60. În urma formulării unei reclamații, sesizări, referat sau din oficiu, managerul instituției repartizează Comisiei de cercetare disciplinară prealabilă spre soluționare acele reclamații care sunt susceptibile de a constitui abateri disciplinare.

Art.61. Abaterea disciplinară este o faptă în legătură cu munca și care constă într-o acțiune sau inacțiune săvârșită cu vinovăție de către salariat, prin care acesta a încălcat normele legale, regulamentul intern, contractul individual de muncă sau contractul colectiv de muncă aplicabil, ordinele și dispozițiile legale ale conducătorilor ierarhici.

Art.62. Secretarul Comisiei primește și înregistrează în Registrul de evidență toate sesizările, plângerile și reclamațiile repartizate spre soluționare Comisiei. Secretarul informează Președintele care dispune convocarea ședinței Comisiei și transmiterea către membrii acesteia, după caz, a documentelor care urmează a fi analizate.

Art.63. Comisia de cercetare disciplinară prealabilă îndeplinește obligațiile ce revin angajatorului în conformitate cu prevederile art. 247-252 din Legea 53/2003 Codul muncii, având competența de a cerceta și sancționa abaterile disciplinare prevăzute în Regulamentul intern și Codul de conduită al personalului contractual. Activitatea comisiei de disciplină are la bază următoarele principii: prezumția de nevinovăție, garantarea dreptului la apărare, contradictorialitatea, proporționalitatea, legalitatea sancțiunii, unicitatea sancțiunii, celeritatea procedurii, obligativitatea opiniei.

Comisia de cercetare disciplinară prealabilă analizează sesizările cu a căror soluționare a fost investită. În desfășurarea activității, membrii comisiei de disciplină au următoarele obligații principale:

- a) să asigure prin activitatea desfășurată respectarea legislației în vigoare;
- b) să participe la ședințele de lucru, putând absenta doar în cazuri excepționale, temeinic justificate;
- c) să respecte confidențialitatea deliberărilor și a datelor cu caracter personal, în condițiile legii;

d) să nu își exprime public opinia cu privire la procedurile aflate în derulare.

Președintele comisiei de disciplină are următoarele atribuții principale:

- a) stabilește locul, data și ora ședințelor comisiei de disciplină;
- b) conduce ședințele comisiei de disciplină;
- c) coordonează activitatea comisiei de disciplină;
- d) reprezintă comisia de disciplină.

Art.64. Președintele Comisiei de cercetare disciplinară prealabilă stabilește locul, data și ora ședințelor comisiei de disciplină în cadrul căroră, comisia de disciplină:

- a) investighează fapta și stabilește dacă există temeiul legal al abaterii disciplinare;
- b) solicită declarații ale altor persoane care pot oferi informații despre fapta cercetată, și
- c) convoacă salariatul care face obiectul cercetării disciplinare în scris, cu cel puțin 5 zile lucrătoare înainte de data întrevăderii, precizându-se obiectul, data, ora și locul întrevăderii.

În convocator, salariatului i se va preciza și faptul că neprezentarea sa la convocarea făcută în condițiile de mai sus fără un motiv obiectiv dă dreptul angajatorului să dispună sancționarea, fără efectuarea cercetării disciplinare prealabile. De asemenea, salariatului i se va comunica în convocator dreptul de a fi asistat, la cererea sa, de către un avocat sau un reprezentant al sindicatului al cărui membru este. Salariatul semnează convocatorul și, dacă este cazul, prezintă în scris în termen de 2 zile calendaristice de la primirea convocării motivele obiective care îl împiedică să participe la întrevădere, propunând o dată și oră alternativă.

Art.65. Comisia de cercetare disciplinară prealabilă se întrunește de câte ori este nevoie și întocmește câte un proces verbal al fiecărei ședințe în care se notează persoanele prezente, subiectul ședinței cu ordinea de zi, concluziile preliminare și data următoarei întruniri. Procesul verbal se semnează de către toți membrii participanți. Salariatul investigat, dacă a fost prezent, va semna doar pentru ceea ce s-a consemnat ca fiind declarația sa. În cadrul întrunirii cu salariatul, acesta are următoarele drepturi și obligații care i se vor comunica de la început: să formuleze și să susțină toate apărările în favoarea sa și să ofere comisiei de disciplină toate probele și motivațiile pe care le consideră necesare.

Art.66. În urma desfășurării cercetării disciplinare Comisia de cercetare disciplinară prealabilă deliberază în absența salariatului cercetat. Comisia de cercetare disciplinară prealabilă este ținută de hotărârile sale anterioare, în sensul că pentru aceeași abatere și în prezența unor criterii de individualizare similare sau echivalente, se va aplica aceeași sancțiune. Repetarea unei abateri se pedepsește cu o sancțiune superioară celei aplicate anterior.

Art.67. Comisia de cercetare disciplinară prealabilă stabilește sancțiunea disciplinară aplicabilă în raport cu gravitatea abaterii disciplinare săvârșite de salariat, avându-se în vedere următoarele:

- a) împrejurările în care fapta a fost săvârșită;
- b) gradul de vinovăție a salariatului;
- c) consecințele abaterii disciplinare;
- d) comportarea generală în serviciu a salariatului;
- e) eventualele sancțiuni disciplinare suferite anterior de către acesta.

Art.68. Sancțiunile aplicabile sunt cele prevăzute de Legea nr. 53/2003 – Codul muncii, și anume:

- a) avertismentul scris;
- b) retrogradarea din funcție, cu acordarea salariului corespunzător funcției în care s-a dispus retrogradarea, pentru o durată ce nu poate depăși 60 de zile;
- c) reducerea salariului de bază pe o durată de 1-3 luni cu 5-10%;
- d) reducerea salariului de bază și/sau, după caz, și a indemnizației de conducere pe o perioadă de 1-3 luni cu 5-10%; sau

e) desfacerea disciplinară a contractului individual de muncă.

Art.69. Președintele și membrii comisiei au drept de vot iar deciziile comisiei se adoptă cu votul a cel puțin jumătate plus unu din membrii comisiei. În baza proceselor verbale de ședință, președintele comisiei va înainta managerului un raport asupra cercetării disciplinare efectuate, raport care va conține decizia comisiei cu privire la sancțiunea disciplinară aplicabilă.

Art.70. Managerul dispune aplicarea sancțiunii disciplinare prin dispoziție emisă în baza raportului Comisia de cercetare disciplinară prealabilă, în termen de 30 de zile calendaristice de la data luării la cunoștință despre săvârșirea abaterii disciplinare dar nu mai târziu de 6 luni de la data săvârșirii faptei. Dispoziția va conține obligatoriu următoarele elemente:

- a) descrierea faptei care constituie abatere disciplinară;
- b) precizarea atribuțiilor din fișa postului, a prevederilor Regulamentul intern sau a Codului de conduită încălcate de salariat;
- c) motivele pentru care au fost înlăturate apărările formulate de salariat în timpul cercetării disciplinare prealabile sau motivele pentru care, în condițiile prevăzute la art. 267 alin. (3) din Codul muncii nu a fost efectuată cercetarea;
- d) temeiul de drept în baza căruia sancțiunea disciplinară se aplică;
- e) termenul de preaviz (în cazul desfacerii disciplinare a contractului individual de muncă)
- e) termenul în care sancțiunea poate fi contestată și instanța competentă.

Dispoziția se comunică atât salariatului, în scris în termen de maxim 5 zile de emiterea acesteia de către manager cât și Serviciului Resurse Umane și Salarizare, spre înștiințare pentru actualizarea dosarului personal al salariatului.

Comunicarea se predă personal salariatului, cu semnătură de primire. În caz de refuz al primirii, comunicarea se face prin scrisoare recomandată, la domiciliul sau reședința comunicată în dosarul personal.

Decizia de sancționare poate fi contestată de salariat la instanța judecătorească competentă în termen de 30 de zile calendaristice de la data comunicării.

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

IX.1. Conducerea activităților

Art.71. – (1) Managementul și controlul în cadrul Spitalului se execută pe toate treptele ierarhice.

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

Art.72. – (1) Managerul Spitalului poate atribui, temporar, prin delegare de competență, o parte din atribuțiile și responsabilitățile sale unor persoane subordonate. Prin acest act, transferă acestor persoane autoritatea și responsabilitatea asupra deciziilor luate în numele său. Delegarea de competență nu înlătură integral răspunderea managerului, în legătură cu atribuțiile delegate.

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

(3) Angajarea sub orice formă a spitalului, a unei părți din aceasta sau a resurselor umane, materiale și financiare a acesteia, cu terțe persoane sau instituții, se poate face de către înlocuitorul la conducerea Spitalului sau de către un responsabil de problemă nominalizat de către manager să

participe la o anumită activitate în afara spitalului, în limita delegării de competență primite, înscrisă în decizie managerială.

(4) „*Delegarea de competență*” se va înscrie în decizie a managerului Spitalului și va cuprinde cel puțin următoarele aspecte: nominalizarea persoanei delegate, perioada de delegare, activitatea și instituția în cadrul căreia persoana delegată reprezintă interesele Spitalului (după caz), domeniul în care este delegat să reprezinte Spitalul, liniile directe pentru problema în care este delegat (doar la nevoie) și limitele delegării.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art.73. - Accesul și circulația în cadrul Spitalului se organizează prin punctul de control-acces personal și prin punctul de control-acces autovehicule.

Art.74. - Accesul persoanelor și documentele necesare accesului:

(1) Accesul în Spital pentru intervenții tehnice, reparații, activități de deservire, curățenie și întreținere este permis numai angajaților Spitalului și angajaților operatorilor economici care au contracte cu Spitalul. Aceste activități se execută numai în prezența unui reprezentant al structurii/microstructurii în care se desfășoară, după ce s-au luat toate măsurile necesare de protecție împotriva accesului neautorizat la eventualele informații confidențiale.

Art.75. - Accesul salariaților și utilizarea cartelelor de acces

- (1) Cartela de acces este emisă de unitatea sanitară SJUZ pentru identificare și asigurarea unui acces personalizat, în funcție de atribuțiile postului și rămâne proprietatea acesteia.
- (2) Utilizarea cartelei este strict personală. Se interzic transmiterea, împrumutarea, utilizarea de către alte persoane, precum și multiplicarea sau falsificarea acestuia.
- (3) Salariatul are obligația de a păstra cartele în bune condiții și de a anunța imediat pierderea, furtul sau deteriorarea.
- (4) La suspendarea contractului, cartela se predă pe perioada suspendării, iar la încetarea raporturilor de muncă se restituie obligatoriu.
- (5) Încălcarea acestor prevederi constituie abatere disciplinară și poate atrage răspunderea conform legii.
- (6) Accesul reprezentanților instituțiilor care, potrivit competențelor legale, au atribuții de coordonare și control se face pe baza legitimației de serviciu și a delegației semnată de conducătorul autorității pe care o reprezintă.

Art.76. - Accesul și controlul vehiculelor

- (1) Accesul autovehiculelor proprietate ale personalului Spitalului se face pe baza de cartelă, în parcările spitalului.
- (2) Accesul autovehiculelor altor instituții/furnizori este permis pe baza foii de parcurs, însoțită de documentele de identitate ale conducătorului vehiculului; accesul celorlalte persoane din vehicul se efectuează după regulile generale de acces; la autovehiculele care transportă diferite materiale se verifică, în plus, și documentele de însoțire a mărfii.
- (3) Autovehiculele de intervenție și ale societăților de prestări servicii vor intra în baza delegației de serviciu, după legitimare și obținerea de către personalul de serviciu a aprobării accesului.
- (4) Accesul în incinta spitalului al autoturismelor aparținând altor persoane din afara spitalului, este INTERZIS, cu excepția situației în care acestea transportă pacienți nedeplasabili din punct de vedere locomotor în zona UPU -SMURD.
- (5) Posesorii autovehiculelor sunt obligați:
 - să parcheze autovehiculul numai pe locul care i s-a indicat, fără a obstrucționa accesul persoanelor sau autovehiculelor;
 - să prezinte pentru verificare documentele sau materialele care urmează a fi introduse sau scoase din perimetrul obiectivului;
 - să elibereze locurile de parcare din interiorul spitalului în caz de incendiu, calamități naturale, pe timpul alarmării Spitalului, în cazul desfășurării unor festivități, precum și pentru efectuarea unor lucrări, aprovizionări sau intervenții.

Art.77. - Controlul materialelor

- (1) Asigurarea cu echipamente, materiale, medicamente etc., necesare Spitalului se face pe baza comenzilor de achiziții, în format electronic sau letric, înaintate unităților distribuitoare de către compartimentele beneficiare și semnată de către managerul Spitalului. Persoanele desemnate, din cadrul formațiunilor care urmează să preia în gestiune respectivele articole execută verificarea materialelor care urmează să fie introduse în Spital pe baza actelor de primire (avizului de însoțire a mărfii și facturilor fiscale).
- (2) Persoanele din cadrul Spitalului desemnate să scoată din spital materiale și bunuri (de dimensiuni tip-bagaj de mână) sau persoanele delegate de la alte unități, la ieșirea din obiectiv sunt obligate să prezinte, personalului de serviciu la punctul de control acces, documentele care însoțesc materialele

ce urmează a fi scoase. În cazul în care se constată neconcordanță între materialele existente asupra delegaților și documentele de însoțire a materialelor, personalul aflat în serviciul la punctul de control acces este obligat să raporteze șefului pazei și să permită scoaterea materialelor numai cu aprobarea persoanelor cărora le-a raportat situația creată.

Art.78. - Personalul din cadrul Spitalului are obligația să prezinte, de fiecare dată, atât la intrarea cât și la ieșirea din incinta obiectivului, documentele de acces și să se supună controlului celor care răspund de securitatea obiectivului. La cererea personalului de serviciu la punctul de control acces, pe lângă permisul de acces, se prezintă și alte documente care să ateste identitatea persoanei.

Art.79. – Accesul persoanelor din afara spitalului în zonele cu acces limitat/interzis sau administrative este permis numai dacă acestea sunt însoțite de personal anume desemnat de managerul Spitalului.

Art.80. - În cazul modificării datelor personale (schimbarea datelor de identitate etc.), posesorul documentelor de acces în obiectiv are obligația să solicite schimbarea acestora în termen de maximum 10 zile. Schimbarea documentelor de acces se face în maximum 30 de zile.

Art.81. - Documentele de acces sunt valabile numai pentru perioada în care posesorul întrunește condițiile în baza cărora acestea au fost eliberate. În cazul încetării raporturilor de muncă/serviciu, posesorul documentelor de acces are obligația să le predea la structura de resurse umane a Spitalului.

Art.82. - Pierderea ori distrugerea documentelor de acces se raportează imediat ierarhic. Managerul dispune cercetarea împrejurărilor în care s-a produs pierderea și ia măsuri pentru prevenirea folosirii neautorizate a documentelor pierdute.

Art.83. - Evidența permiselor de acces în spital și de acces în zonele de securitate și zonele administrative este atribuția Serviciului administrativ.

Art.84. – Dispozițiile prezentului capitol se completează cu prevederile din Consemnele posturilor, anexe ale contractului de prestări servicii de pază încheiat cu firma specializată.

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

Art.85. – În conformitate cu prevederile cap. II articolul 1, litera r) din *O.M.S. nr. 1101/2016 privind aprobarea „Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare”*, întregul personal care vine în contact cu pacienții, care manipulează, prepară sau distribuie medicația, hrana și lenjeria, utilizează aparatura, echipamente în procesul de acordare a îngrijirilor (medici, farmaciști, asistente, îngrijitoare, infirmiere, brancardieri, bucătărese, spălătorese, etc.) va fi supus unei examinări la intrarea în serviciu, pentru evaluarea stării de sănătate și depistarea precoce a eventualelor boli transmisibile, în vederea prevenirii I.A.A.M.

Art.86. – (1) Triajul epidemiologic cuprinde evaluarea stării de sănătate a persoanelor care urmează să intre în serviciu și va cuprinde observații asupra prezenței de simptome decelabile: febră, rinoree, disfagie, tuse, stare generală alterată, vărsături, diaree, infecții sau erupții cutanate sugestive pentru o boală infecto-contagioasă.

(2) Fiecare secție medicală deține în acest sens un Registru de predare al serviciului, care este completat zilnic, pentru fiecare tură de lucru, înaintea începerii activității, de către asistenta șefă în timpul programului acesteia sau persoana desemnată de aceasta în lipsa sa precum și pe celelalte ture.

(3) De asemenea, în cadrul Blocului alimentar există un „Registru de triaj epidemiologic al personalului”, care va fi completat zilnic, pentru fiecare tură de lucru, înaintea începerii activității, de către personalul calificat – asistent/asistent dietetician din Blocul alimentar pentru fiecare tură.

- (4) În cazul în care se constată unul sau mai multe simptome din cele enumerate la alin. (1), se notează în Registrul de predare, se anunță șeful de secție/compartiment sau medicul de gardă, după caz. Acesta examinează persoana și hotărăște dacă starea de sănătate îi permite îndeplinirea obligațiilor de serviciu, după care notează în respectivul registru diagnosticul și decizia sa, apoi semnează și parafează. Orice suspiciune de boală transmisibilă se declară de șeful de secție/medicul de gardă către SPLIAAM.
- (5) În funcție de situație, persoana examinată se poate redistribui pentru altă activitate în cadrul serviciului, sau se îndrumă spre medicul de familie / specialist pentru recomandarea tratamentului.
- (6) Până la sosirea persoanei înlocuitoare, persoana care asigură tura nu părăsește serviciul.
- (7) Dacă se consideră ca starea de sănătate permite efectuarea serviciului, deși unele simptome sunt prezente, aspectul va fi consemnat în Registrul de predare alături de măsurile de protecție care s-au stabilit și care trebuie respectate (de exemplu: masca de protecție, mănuși, etc.).
- (8) Dacă persoanele evaluate sunt sănătoase, se consemnează în Registrul de triaj epidemiologic al personalului și se semnează de către cel care a efectuat triajul.
- (9) Întreg personalul care vine în contact cu pacienții, precum și personalul care prepară hrana are obligația de a autodeclara voluntar îmbolnăvirile.
- (10) SPLIAAM verifică periodic consemnarea efectuării triajului epidemiologic al personalului la nivelul tuturor sectoarelor de activitate.

IX.4. Apărarea împotriva incendiilor

Art.87. – Activitatea de prevenire și stingere a incendiilor în cadrul Spitalului este organizată și se desfășoară în conformitate cu prevederile Legii 307/2006, *Ordinului comun al M.A.I./M.S. nr. 146/1427 din 2013 pentru aprobarea Dispozițiilor generale de apărare împotriva incendiilor la unități sanitare* și cu „*Planul de apărare împotriva incendiilor*”, aprobat de managerul spitalului.

Art.88. – (1) Scopul prezentei reglementări de apărare împotriva incendiilor este de prevenire și reducere a riscurilor de producere a incendiilor, de asigurare a condițiilor pentru limitarea propagării și dezvoltării acestora prin măsuri tehnice și organizatorice, pentru protecția utilizatorilor, forțelor care acționează la intervenție, bunurilor și mediului împotriva efectelor incendiilor.

(2) Șefii structurilor/microstructurilor funcționale ale Spitalului Județean de Urgență Zalău răspund de aplicarea și respectarea normelor de prevenire și stingere a incendiilor pentru personalul din subordine și cooperează cu personalul responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor, nominalizat de către managerul Spitalului Județean de Urgență Zalău prin decizie internă.

(3) Întreg personalul Spitalului Județean de Urgență Zalău este obligat:

- a) să-și însușească și să aplice normele de prevenire și stingere a incendiilor stabilite pentru locul de muncă în care își desfășoară activitatea;
- b) să cunoască și să respecte măsurile de apărare împotriva incendiilor aduse la cunoștință sub orice formă de către managerul Spitalului;
- c) să utilizeze conform instrucțiunilor de exploatare substanțele periculoase, instalațiile, utilajele, mașinile, aparatura și echipamentele de lucru;
- d) să nu efectueze manevre nepermise ale mijloacelor tehnice de protecție sau de intervenție pentru stingerea incendiilor;
- e) să coopereze cu personalul desemnat de manager în vederea realizării măsurilor de apărare împotriva incendiilor;

f) să comunice imediat șefilor nemijlociți orice situație pe care o consideră pericol de incendiu, precum și orice defecțiune sesizată la sistemele de protecție sau de intervenție pentru stingerea incendiilor.

(4) Activitatea de instruire a personalului se desfășoară în conformitate cu prevederile legislației menționate la art. 80 și a precizărilor managerului consemnate în decizie internă.

(5) În Spitalului Județean de Urgență Zalău principalele categorii de utilizatori nominalizați la alin. (1) sunt:

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

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

Art.89. – Reglementarea procesului de evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie, are ca principale scopuri:

- a) Minimizarea/limitarea riscurilor și efectelor în urma unor situații de urgență;
- b) Protecția personalului și a bunurilor materiale;
- c) Stabilirea măsurilor și acțiunilor de intervenție pentru personalul spitalului în vederea evacuării și redisolocării pacienților în cazul declanșării unor situații de urgență cu efecte sau potențial periculos pentru spital, zonele învecinate sau mediul înconjurător;
- d) Stabilirea de măsuri organizatorice privind asigurarea desfășurării actului medical în condiții de siguranță pentru personalul propriu și pacienți pe timpul evacuării și relocării pacienților;
- e) Eliminarea/tratarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - producerea de accidente
 - producerea de pagube materiale;
 - blocarea căilor de evacuare;
 - afectarea / blocarea actului medical;
 - afectarea stării de sănătate a pacienților.

Art.90. – Obligațiile generale specifice personalului propriu sunt următoarele:

- a) să se instruiască permanent privind modul de acțiune în situații de urgență;
- b) să se instruiască permanent privind modul de folosire și situațiile în care se folosesc mijloacele tehnice portabile de stins incendii;
- c) să participe, conform atribuțiilor stabilite, la evacuarea și relocarea în condiții de siguranță a pacienților/persoanelor internate, însoțitorilor persoanelor cu handicap/apartinătorilor și a vizitatorilor, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie;
- d) să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență;
- e) păstrarea permanentă a căilor de evacuare libere;

- f) menținerea în stare operațională a surselor alternative de alimentare cu energie electrică și a iluminatului de siguranță;
- g) menținerea în stare de funcționare a instalației de alarmare și avertizare/semnalizare;
- h) marcarea corespunzătoare a căilor de evacuare;
- i) asigurarea existenței mijloacelor specifice de evacuare: târgi, cărucioare, paturi cu roțile.
- j) să respecte normele generale de apărare împotriva incendiilor, prevederile normelor legale incidente prezentei reglementări, precum și regulile și măsurile specifice stabilite în cadrul spitalului;
- k) să respecte instrucțiunile specifice de exploatare a aparatelor/echipamentelor aflate în dotarea spitalului;
- l) să intervină, conform instrucțiunilor proprii de apărare împotriva incendiilor, pentru stingerea oricărui început de incendiu, utilizând mijloacele de apărare împotriva incendiilor din dotare.

Art.91. – Obligațiile generale specifice pacienților/persoanelor internate, însoțitorilor/ aparținătorilor și vizitatorilor sunt următoarele:

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

Art.92. – Regulile generale obligatorii valabile pentru toate categoriile de utilizatori nominalizat la art. 81 alin. (5) sunt următoarele:

- a) să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență;
- b) să respecte indicatoarele/seemnele/afișalele/marcajele specifice existente precum și indicațiile personalului propriu în situații de urgență, pentru evacuarea în siguranță a clădirilor;
- c) să nu deterioreze mijloacele tehnice portabile de stins incendii.

Art.93. - Pentru asigurarea condițiilor de evacuare și salvare a utilizatorilor în siguranță în situațiile de urgență care impun evacuarea, se interzice:

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

Art.94. - La stabilirea priorităților privind evacuarea trebuie să se țină cont, printre altele, și de:

- a) autonomia de deplasare a beneficiarilor actului medical;
- b) procedurile specifice actului medical;
- c) mijloacele de transport sau de deplasare pentru personalul evacuat;
- d) gabaritul căilor de evacuare.

Art.95. – (1) Situațiile de urgență sunt acele evenimente excepționale care prin amploare și intensitate amenință viața și sănătatea populației, mediul înconjurător, valorile materiale și culturale importante iar pentru restabilirea stării de normalitate sunt necesare adoptarea de măsuri și acțiuni urgente, alocarea de resurse suplimentare și managementul unitar al forțelor și mijloacelor implicate.

(2) Situațiile de urgență care impun evacuarea, în raport de amploarea acestora, sunt următoarele:

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

Art.96. – Etapele procesului de evacuare în cazul manifestării unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice sau explozie, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) După seism personalul din cadrul unității sanitare va verifica siguranța încăperilor și căilor de evacuare din componența clădirii și spațiilor specifice, precum și dacă există răniți.
- b) Este obligatoriu să se aștepte încetarea/ liniștirea situației și să se evite panica iar la derularea acțiunilor de evacuare se va ține cont de caracteristicile clădirii. După încetarea evenimentului nu se părăsește imediat clădirea ci se așteaptă semnalul de alarmare/evacuare stabilit de conducerea unității sanitare.
- c) Cadrele medicale trebuie să liniștească pacienții folosind expresii de tipul „Păstrați-vă calmul! Panica poate produce victime!”, „Fiți calmi, nu părăsiți încăperea!”.
- d) Toți utilizatorii clădirilor și spațiilor specifice spitalului trebuie să se protejeze, pe cât posibil, stând ghemuiți, sub mese, sub paturi, ținându-se cu mâinile de picioarele acestora, sub o grindă de rezistență sau lângă un stâlp de rezistență/perete interior de rezistență, sub tocurile ușilor (preferabil-pentru a putea ține sub observație pacienții din saloane/rezerve în timpul evenimentului), cu ușile întredeschise, pentru a menține libere căile de evacuare.
- e) Însoțitorii persoanelor cu dizabilități și/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) trebuie să aibă grijă de acestea, protejându-le, pe cât posibil, sub o grindă sau lângă un stâlp de rezistență.
- f) Tuturor persoanelor din clădire, inclusiv cele cu dizabilități și/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) li se recomandă să numere de la 1 la 60 pentru a avea o percepție reală asupra timpului.
- g) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă obiecte grele amplasate pe pereți, respectiv tablouri, ghivece cu flori, etc.

- h) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă ferestre deoarece geamurile se pot sparge în timpul evenimentului.
- i) Sub nici o formă nu se vor parcurge scările în timpul producerii evenimentului, fiind deasemenea, interzisă utilizarea lifturilor, așteptându-se liniștirea situației.
- j) După seism personalul din cadrul unității sanitare va verifica siguranța încăperilor și căilor de evacuare din componența clădirii și spațiilor specifice, precum și dacă există răniți.
- k) După încetarea evenimentului, personalul nominalizat în echipa responsabilă cu evacuarea/salvarea utilizatorilor pentru fiecare nivel al construcției și spațiilor specifice va asigura verificarea stării traseelor de evacuare (scări interioare, holuri, coridoare, uși, ieșiri, etc.), iar în cazul în care acestea sunt libere, neblockate, va da semnalul de alarmare/evacuare stabilit de conducerea unității sanitare.
- l) În funcție de starea clădirii, ordinea de evacuare (pe orizontală, pe verticală, parțială sau totală) va fi stabilită potrivit urgențelor.
- m) Șeful echipei de evacuare/salvare coordonează evacuarea utilizatorilor pe nivelul pentru care a fost desemnat.
- n) La acțiunile de evacuare/salvare pot participa rudele pacienților aflate în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirii și spațiilor specifice unității sanitare.
- o) Cadrele medicale care au în grijă pacienți cu dizabilități și/sau handicap locomotor (nedeplasabili) verifică dacă însoțitorii au grijă de aceștia și îi pregătesc pentru evacuare/salvare.
- p) Persoanele care vor ieși primele din clădire sunt utilizatorii spațiilor ce se află în saloane/rezerve/cabinete/spații situate la parter, în ordinea apropierii acestora față de ieșiri, urmând ca afluirea personalului spre exteriorul clădirilor, să se realizeze de la etajele superioare ale clădirilor, după caz.
- q) Utilizatorii spațiilor care prezintă dizabilități și/sau handicap locomotor (nedeplasabili) vor fi sprijiniți de persoanele însoțitoare care-i vor ajuta să se evacueze.
- r) Pe timpul derulării operațiunilor de evacuare se va evita aglomerația holurilor, în special a scărilor și se va circula, pe cât posibil, pe lângă pereții ce nu au ferestre (de preferat).
- s) Pentru protecția personală, utilizatorii pot folosi orice obiect pe care îl vor plasa deasupra capului, care va fi menținut în această poziție de la ieșirea din clădire până la locurile de adunare.
- t) Toți utilizatorii construcției ies din clădire în șir de câte o persoană folosind toate traseele stabilite ca sigure în urma verificării integrității acestora spre locurile de adunare stabilite. Locurile de adunare sunt amplasate, pe cât posibil, în centrul curților interioare.
- u) Șefii echipelor responsabile cu evacuarea/salvarea utilizatorilor spațiilor pentru fiecare nivel al construcțiilor și spațiilor specifice unității sanitare se vor asigura că toți utilizatorii acestora au părăsit încăperile și/sau au fost evacuați/salvați și vor anunța rezultatul managerului spitalului/șefului secției din care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, personalului desemnat cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor/personalului de specialitate cu atribuții în domeniul situațiilor de urgență.
- v) În situația în care există persoane care, datorită afectării construcției în urma producerii seismului (scări rupte, prăbușite, pereți căzuți, etc.) au rămas blocate în diverse spații, acestea vor folosi mijloace acustice (bătăi în corpuri metalice/pereți sau alte obiecte dure, strigăte de ajutor, etc.) pentru a fi auzite de personalul echipelor de evacuare/salvare din cadrul serviciilor profesioniste pentru situații de urgență chemați pentru intervenție pri apel la numărul unic 112.

Art.97.— Etapele procesului de evacuare și relocare în cazul manifestării unei situații de urgență generată de producerea unui incendiu presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Persoana care va observa incendiul va apela imediat la numărul unic 112 și va anunța incidentul.
- b) Se va acționa sistemul de alarmare în caz de incendiu din dotare de către pompierul de serviciu/înlocuitorul legal sau altă persoană stabilită în acest sens. În cazul în care nu funcționează sistemul, alarmarea se va face prin voce, utilizând megafoane sau alte mijloace (ex.: Alarmă, Incendiu, Evacuarea!) și sistemul de comunicații aflat la dispoziția personalului de serviciu din structurile în care izbucnește incendiul.
- c) Personalul nominalizat în echipele de evacuare/salvare va evacua pacienții în exteriorul construcțiilor și spațiilor specifice unității sanitare sau în alte zone ale acestora, conform planurilor de evacuare, ținând cont, totodată, de tipul de evacuare decis în acestea (“pe orizontală”, “pe verticală”, “parțială” sau “totală”).
- d) În oricare din situațiile mai sus prezentate, cheia unei acțiuni reușite constă în trierea pacienților și stabilirea categoriilor cu prioritate la evacuare. Este recomandat să se încerce evacuarea etapizată, mai întâi în spații din unitatea sanitară neafectate/izolate de incendiu și abia apoi în altă locație/unitate sanitară cu paturi.
- e) Pacienții stabili din punct de vedere fizic, precum și cei din ambulatoriu, care nu necesită eforturi prea mari din partea personalului pentru a fi transportați, trebuie să fie evacuați cu prioritate. Pacienții în stare gravă sau care necesită echipamente de susținere a vieții vor fi evacuați în etapa a II-a. De asemenea, se va ține cont și de locația evacuării, prioritatea de această dată fiind inversată.
- f) La acțiunile de evacuare/salvare pot participa rudele pacienților aflate în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirilor și spațiilor specifice unității sanitare.
- g) Se vor închide toate ferestrele încăperilor de către personalul medical aflat în interiorul acestora.
- h) Odată cu asigurarea operațiunilor de evacuare, se va asigura închiderea ușilor de pe căile principale de circulație, respectiv al încăperilor din ariile afectate, astfel încât, să se preîntâmpine alimentarea cu oxigen a incendiului din zona/zonelor unde acesta se manifestă.
- i) Se vor menține deschise căile de acces în unitatea sanitară și se vor elibera căile de acces pentru autovehiculele de intervenție ale forțelor specializate.
- j) Responsabilii din cadrul echipelor de evacuare/salvare de pe fiecare nivel sau zonă delimitată din cadrul construcțiilor anunță situația evacuării conducătorului unității sanitare/ șefului secției în care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.
- k) Personalul responsabil cu verificarea evacuării tuturor utilizatorilor va verifica toate încăperile aferente fiecărui nivel al clădirilor și spațiilor respective pentru a se asigura că nu au rămas persoane în respectivele locații și că toți utilizatorii acestora au părăsit încăperile și/sau au fost evacuați și anunță rezultatul conducătorului unității sanitare/șefului secției în care au fost evacuați pacienții, după caz, sau în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.
- l) Se va intra în clădiri doar după intervenția și cu acordul serviciilor de urgență profesionale.
- m) În cazul în care incendiul este de mică amploare personalul stabilit în organizarea intervenției de stingere la locul de muncă va acționa cu mijloace de primă intervenție din dotare (stingătoarele portative).
- n) Pacienții/persoanele internate se definesc, în funcție de posibilitatea de a evacua în caz de incendiu, astfel:
- pacienți care au autonomie totală privind deplasarea;
 - pacienți care se deplasează lent și cu dificultate sau utilizează dispozitive de mers precum bastoane, cârje, cadre de sprijin;

- pacienți care necesită implicarea personalului responsabil pentru evacuarea acestora, prin utilizarea de mijloace de transport, cum ar fi cărucioare, tărgi, paturi;
- pacienți în incapacitate de mișcare din cauza dependenței acestora de echipamentele și instalațiile utilizate în procesul medical, care au nevoie de o acțiune specială de însoțire și verificare a aparaturii medicale;

- pacienți grav bolnavi, pentru care evacuarea poate fi periculoasă și/sau imposibilă pe termen scurt, determinată de complexitatea aparaturii care le asigură supraviețuirea și dependența totală a acestora.

Art.98. – Etapele procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

- Directorului medical (înlocuitorului legal), în cazul unei evacuări/ relocări totale/generale;
- Șefilor de secție (înlocuitorului legal), în situația unei evacuări/relocări parțiale.

b) O măsură preliminară în astfel de situații este marcarea din timp de către asistenții medicali șefi a ușilor saloanelor cu etichete de culoare roșie (pentru persoanele care nu se pot evacua singure), galbenă (pentru persoanele care necesită sprijin la evacuare) și verde (pentru persoanele care se pot evacua singure). Ulterior, repartiția în saloane a pacienților la momentul internării se va face de către asistenții medicali șefi prin luarea în considerare a autonomiei pacienților în caz de producere a unor urgențe.

c) Evacuarea pacienților se realizează:

- în mod organizat, sub supravegherea directă și strictă a personalului medical stabilit prin dispoziția conducerii spitalului;
- pe locurile dinainte stabilite în incinta spitalului, în baza planurilor de evacuare.

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

e) Locurile de adunare temporară la evacuarea clădirii în diferite situații sunt în centrul curții interioare marcat „Loc de adunare în caz de urgență,, conform cerințelor ISU Sălaj;

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

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

- dacă este posibilă revenirea pacienților în spațiile din care au fost evacuați dacă acestea nu sunt afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;
- dacă este necesară și posibilă relocarea pacienților în alte spații la nivelul spitalului, care nu au fost afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;
- dacă este necesară relocarea pacienților în alte spații/unități sanitare, caz în care se dispune solicitarea sprijinul structurilor specializate de intervenție în situații de urgență prin apelarea numărului unic 112. Până la sosirea echipajelor specializate pentru evacuarea și relocarea pacienților, acestora continuă să li se asigure asistență medicală, în limita posibilităților, în spații neafectate, amenajate temporar în incinta spitalului sau în curtea interioară a spitalului.

h) Anual, prin decizie a managerului se numește personalul propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor care nu se pot evacua singure.

i) Anual, la propunerea personalului cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor se planifică și se execută activități/exerciții de evacuare și relocare la nivelul spitalului în diferite situații;

j) Conform planificării întocmite în acest sens, prin responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor, se verifică existența suficientă și starea mijloacelor proprii destinate evacuării/relocării pacienților în diferite situații: târgi, cărucioare, paturi cu roțile;

k) Efectuarea instruirii periodice a personalului propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor și bunurilor.

Art.99. - (1) Evacuarea clădirilor/spațiilor precum și a medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se realizează în baza unui *”Plan de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă”*, întocmit și actualizat în permanență de către responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor.

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

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

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

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

Art.100. - (1) Evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se va face de către personalul spitalului în mod organizat, numai după primirea acordului serviciilor de urgență profesionale.

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

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

(4) Funcție de amploare, activitatea de evacuare a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență este condusă de către managerul spitalului sau responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor. Indiferent de natura/valoarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale care se doresc a fi evacuate din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se va acorda o prioritate maximă siguranței personalului implicat în evacuare.

Art.101. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale provocată de manifestarea unei situații de urgență generată de producerea

unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice, explozie sau de producerea unui incendiu sunt următorii:

- a) Numărul de instruiți/ antrenări privind punerea în practică a măsurilor stabilite în diferite situații în ultimul an calendaristic, planificate și executate;
- b) Numărul verificărilor/controalelor privind cunoașterea de către personal a reglementărilor și a modului de acțiune în diferite situații;
- c) Numărul exercițiilor de evacuare a clădirilor în diferite situații, planificate și executate – minim 1 exercițiu / trimestru, pentru spațiile în care se află persoane netransportabile;
- d) Planificarea și executarea minim a unui exercițiu de evacuare în cooperare cu I.S.U.;
- e) În urma evaluării anuale a nivelului de apărare împotriva incendiilor se alocă resursele necesare dotării cu mijloace tehnice împotriva incendiilor conform normativelor specifice și pentru menținerea funcționalității celor existente.
- f) Repartiția pacienților relocați în saloane să respecte codificarea privind mobilitatea acestora;
- g) Sunt disponibile suficiente târgi, cărucioare, paturi cu rotile pentru evacuarea pacienților;
- h) Personalul este în permanență suficient pentru evacuarea pacienților nedeplasabili din saloanele marcate cu codul roșu;
- i) Paturile din saloanele cu pacienți nedeplasabili sunt mobile pot fi evacuate pe ușă.

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

Art.102. - Reglementarea procesului de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute are ca principale scopuri:

- a) Asigură aducerea la cunoștință personalului spitalului, în timp oportun, a legilor, regulamentelor, ordinelor, normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute care vizează activități importante în cadrul Spitalului;
- b) Asigură posibilitatea explicării unor termeni sau prevederi normative nou intrate în vigoare asigurându-se o conduită unitară a factorilor de răspundere din cadrul Spitalului în ceea ce privește aplicarea noilor norme legislative intrate în vigoare.
- c) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - interpretarea/aplicarea eronată a unor termeni sau prevederi normative;
 - consecințe asupra personalului sau instituției.

Art.103. – Procesul de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Prin grija consilierului juridic actele normative nou intrate în vigoare sau cele modificate și/sau completate, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se postează pe Intranet în domeniul *Legislație*, în termen maxim de 5 zile lucrătoare de la data publicării acestora în Monitorul Oficial.
- b) În situația în care este necesară postarea unor acte normative care completează și/sau modifică acte normative aflate în vigoare, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se va proceda prin grija consilierului juridic, după cum urmează:
 - i. Se va radia forma neactualizată a actului normativ modificat și/sau completat;
 - ii. Se va posta forma actualizată a actului normativ care a fost modificat și/sau completat iar la finalul denumirii acestuia se va adăuga luna și anul în care a fost realizată ultima modificare și / sau completare (de forma: "*Legea nr. 53/2003 Codul muncii*"), în termen maxim de 5 zile lucrătoare de la data publicării acestora în Monitorul Oficial.

c) Despre intrarea în vigoare a unor noi acte normative sau despre modificarea și completarea unor acte normative în vigoare, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, prin grija consilierului juridic se întocmesc, se afișează și se postează pe Intranet în domeniul *Legislație*. Respectivul anunțuri cuprind, după caz:

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

d) Legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute sau cele care presupun modificarea și/sau completarea unor acte normative aflate în vigoare, care vizează activități importante în cadrul Spitalului și care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se prezintă personalului acestuia de către managerul Spitalului / șefii de structuri ale Spitalului, după caz.

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

f) Șefii de structuri din cadrul Spitalului au obligația de a informa verbal personalul din subordine care nu a participat la informarea despre intrarea în vigoare și/sau modificarea unor acte normative incidente domeniului de activitate, în prima zi lucrătoare în care respectivele persoane se prezintă la serviciu.

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

Art.104. - În situația în care parte din personalul Spitalului nu participă, din motive întemeiate, la raportul de gardă în care se aduce la cunoștință despre intrarea în vigoare sau/și despre modificări ale unor acte normative aflate în vigoare, care vizează activități importante în cadrul Spitalului și care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, este obligat ca în prima zi în care se prezintă la program, ulterioră executării respectivei activități, să procedeze la luarea la cunoștință a prevederilor legale prezentate în cadrul activităților la care nu a participat, consultând în acest sens anunțurile postate pe intranet în directorul *Legislație*, despre modificarea și/sau completarea diferitelor acte normative incidente domeniilor de activitate ale Spitalului.

Art.105. - Indicatorii de eficiență (dupa caz) și eficacitate a activității de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute, sunt următorii:

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

b) Număr de acte normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, pentru care s-au postat anunțuri pe intranet în directorul "Legislație" în termenul stabilit.

IX.7. Protecția datelor

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

Art.106. – Reglementarea procesului de prelucrare a datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora are ca principale scopuri:

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

Art.107. –Procesul de protecție a datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora) presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Stocarea în siguranță a informațiilor reprezintă un atribut al Biroului informatică și se realizează astfel încât să se asigure un nivel adecvat de protecție și securitate.
- b) Pentru îndeplinirea prevederilor legale referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal și satisfacerea cerințelor păstrării în siguranță a datelor și informațiilor, prin grija Biroului informatică se elaborează și implementează măsuri organizatorice și tehnice orientate pe anumite direcții de acțiune, și anume identificarea și autentificarea utilizatorilor, tipul de acces, colectarea datelor, execuția copiilor de siguranță, computerele și terminalele de acces, fișierele de acces precum și instruirea personalului.
- c) În vederea asigurării confidențialității datelor și informațiilor, fiecare utilizator, pentru a căpăta acces la baza de date cu caracter personal, se identifică prin user și parolă. Codurile de identificare(user) și parolele sunt atribuite prin grija Biroului informatică, sunt unice, iar fiecare utilizator este obligat să păstreze confidențialitatea acestora.
- d) Orice modificare a datelor cu caracter personal se poate face numai de către utilizatori desemnați de operator. Computerele și terminalele sunt setate de către Biroul informatică astfel încât dacă pe ecran apar date cu caracter personal asupra cărora nu se acționează o perioadă prestabilită de timp, sesiunea de lucru se va suspenda.
- e) Deasemenea orice accesare a bazei de date cu caracter personal se înregistrează în sistem, Biroul informatică având posibilitatea de a vizualiza aceste informații.
- f) Pentru protecția datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora Biroul informatică va fi în măsură să instruiască personalul/utilizatorii cu privire la riscurile ce le comportă această activitate. Deasemenea pentru menținerea securității prelucrării datelor cu caracter personal este interzisă folosirea de către utilizatori a programelor software care provin din surse externe.
- g) Responsabilul cu protecția datelor cu caracter personal se subordonează nemijlocit conducătorului operatorului sau, și are atribuții specifice, adaptate legislației incidente în vigoare, înscrise în fișa de post.

h) Utilizatorii sistemelor informatice au următoarele obligații specifice:

i. să cunoască și să aplice prevederile actelor normative din domeniul prelucrării datelor cu caracter personal;

ii. să informeze persoana vizată atunci când datele cu caracter personal sunt colectate direct de la aceasta, în condițiile legii, cu privire la: identitatea operatorului, scopul în care se face prelucrarea datelor, destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor, obligativitatea furnizării tuturor datelor cerute și consecințele refuzului de a le pune la dispoziție, drepturile prevăzute de lege, în special drepturile de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, condițiile în care pot fi exercitate aceste drepturi, respectiv să ofere orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziții ale Autorității naționale de supraveghere și în confirmare cu exercitarea dreptului de informare prevăzut în Regulamentul 679/2016, ținând seama de specificul prelucrării;

iii. să prelucreze numai datele cu caracter personal necesare îndeplinirii atribuțiilor de serviciu și să acorde sprijin responsabilului/structurii responsabile cu protecția datelor cu caracter personal pentru realizarea activităților specifice ale acestuia/acesteia;

iv. să păstreze confidențialitatea datelor prelucrate, a contului de utilizator, a parolei/codului de acces la sistemele informatice/baze de date prin care sunt gestionate date cu caracter personal;

v. să respecte măsurile de securitate, precum și celelalte reguli stabilite de operator, inclusiv cele stabilite prin proceduri proprii;

vi. să informeze de îndată conducerea spitalului sau, după caz, a împuternicitului și responsabilul/structura responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal despre împrejurări de natură a conduce la o diseminare neautorizată de date cu caracter personal sau despre o situație în care au fost accesate/prelucrate date cu caracter personal prin încălcarea normelor legale, despre care a luat la cunoștință.

i) Completarea bazei de date și actualizarea acesteia este necesară în vederea acumulării progresive și constante a datelor despre pacienți. Baza de date este securizată prin parolă de administrator și este utilizată de către operatorii desemnați. Utilizatorul poate prelucra date cu caracter personal doar pe perioada în care ocupă funcția respectivă. Extinderea sau restrângerea atribuțiilor de prelucrare a acestor date se dispune de operator atunci când se afla în una din următoarele situații:

i. La modificarea raporturilor de muncă;

ii. La modificarea atribuțiilor privind prelucrarea datelor cu caracter personal, prevăzute în fișa postului;

iii. Se află în concediu fără plată, concediu medical, concediu pentru creșterea sau îngrijirea copilului minor pentru o perioadă mai mare de 3 luni calendaristice;

iv. Se află în concediu de maternitate sau concediu pentru incapacitate temporară de muncă;

v. Urmează un curs sau o specializare cu scoatere din program, pentru o perioadă mai mare de 3 luni calendaristice;

vi. Pe perioada cercetării administrative, în situația în care față de utilizator se efectuează cercetări referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal cu încălcarea dispozițiilor legale;

vii. Alte cazuri prevăzute de lege.

Art.108. - (1) În cazul procesului de furnizare a serviciilor medicale Spitalul colectează și prelucrează date cu caracter personal aparținând pacienților, medicilor, angajaților și candidaților care acced la un post în cadrul spitalului, după cum urmează:

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

- b) în cazul medicilor, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale aferente contractelor de muncă și de gestionarea a serviciilor de sănătate;
- c) în cazul angajaților, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale aferente contractelor de muncă;
- d) în cazul candidaților, pentru activități specifice Biroului resurse umane.

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

Art.109. - Datele personale privind starea de sănătate sunt protejate conform regulilor stabilite de legislația în domeniul drepturilor pacienților, prelucrarea acestora fiind permisă numai cu respectarea secretului profesional.

Art.110. - Pentru conformarea la cerințele legale sau de acreditare, o parte din aceste date personale sunt transmise către terțe părți: Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, SNSPMS, D.S.P., REVISAL și ANAF, transmiterea făcându-se cu respectarea prevederilor legale privind protecția datelor personale, utilizând sisteme de criptare sau canale de comunicare tip VPN.

Art.111. - (1) Datele personale pot fi păstrate în scopuri statistice, științifice sau istorice, colectarea și prelucrarea acestora făcându-se atât prin utilizarea suportului de hârtie cât și cu ajutorul unor aplicații informatice, după caz.

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

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

Art.112. - Dreptul de a fi informat este unul dintre drepturile persoanelor a căror date cu caracter personal sunt completate și/ sau prelucrate, care se referă – în principal - la următoarele aspecte:

a) În cazul în care datele cu caracter personal sunt obținute direct de la persoana vizată, operatorul este obligat să furnizeze persoanei vizate cel puțin următoarele informații, cu excepția cazului în care această persoană posedă deja informațiile respective:

- identitatea operatorului și a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;
- datele de contact ale responsabilului cu protecția datelor, după caz;
- scopul în care se face prelucrarea datelor;
- informații suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie și consecințele refuzului de a le furniza; existența drepturilor prevăzute de prezenta lege pentru persoana vizată, în special a dreptului de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, precum și condițiile în care pot fi exercitate;
- orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziție a autorității de supraveghere, ținând seama de specificul prelucrării.

b) Clădirile care sunt supravegheate video vor avea, la intrare, afișat în loc vizibil, informarea privind prelucrarea și stocarea de imagini.

c) În cazul în care spitalul, în calitate de operator, prelucrează date cu caracter personal prin împuterniciți, trebuie să încheie un contract sau un document de cooperare cu instituția sau entitatea de drept privat care prelucrează datele pe seama sa. Documentul trebuie să conțină obligațiile împuternicitului de a acționa doar în baza instrucțiunilor primite de la operator precum și de a aplica măsurile tehnice și organizatorice pentru protejarea datelor cu caracter personal împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii ori accesului neautorizat, în special dacă

prelucrarea respectivă presupune transferul de date on-line, precum și împotriva oricărei alte forme de prelucrare ilegală.

d) Prelucrarea datelor cu caracter personal se poate realiza prin mijloace automate sau neautomate în cadrul unor operațiuni ori seturi de operațiuni, fără a fi limitate la acestea, după cum urmează:

- colectarea - strângerea, adunarea ori primirea datelor cu caracter personal prin orice mijloace legale și din orice sursă;
- înregistrarea - consemnarea datelor cu caracter personal într-un sistem de evidență automat ori neautomat, care poate fi registru, fișier automat, baza de date sau orice alta formă de evidență organizată structurată ori ad-hoc sau într-un text, înșiruire de date ori documente, indiferent de modalitatea în care se înscriu datele;
- organizarea- ordonarea, structurarea sau sistematizarea datelor cu caracter personal, conform unor criterii prestabilite, potrivit obligațiilor legale ale operatorului, în scopul eficientizării/ optimizării activităților de prelucrare a acestora;
- stocarea - păstrarea pe orice fel de suport a datelor cu caracter personal culese, inclusiv prin efectuarea copiilor de siguranță;
- adaptarea - transformarea datelor cu caracter personal colectate inițial, conform criteriilor prestabilite și scopurilor pentru care au fost colectate;
- modificarea- actualizarea, completarea, schimbarea, corectarea ori refacerea datelor cu caracter personal, în scopul menținerii caracteristicilor de exactitate, realitate. actualitate;
- extragerea - scoaterea unei părți din categoria specifică de date cu caracter personal, în scopul utilizării acesteia, separat și distinct de prelucrarea inițială;
- consultarea-examinarea, vizualizarea, interogarea ori cercetarea datelor cu caracter personal, fără a fi limitate la acestea, în scopul efectuării unei operațiuni sau set de operațiuni de prelucrare ulterioară;
- utilizarea - folosirea datelor cu caracter personal, în tot sau în parte, de către și în interiorul operatorului, împuterniciților operatorului ori destinatarului, după caz, inclusiv prin tipărire, copiere, multiplicare, scanare sau orice alte procedee similare;
- dezvăluirea - a face disponibile date cu caracter personal către terți prin comunicare, transmitere, diseminare sau în orice alt mod;
- combinarea - îmbinarea, unirea sau asamblarea unor date cu caracter personal separate inițial, într-o formă nouă, pe baza unor criterii prestabilite, pentru scopuri anume determinate;
- blocarea - întreruperea prelucrării datelor cu caracter personal;
- ștergerea - eliminarea sau înlăturarea, în tot sau în parte, a datelor cu caracter personal din evidențe sau înregistrări, prin împlinirea termenului de păstrare, la atingerea scopului pentru care au fost introduse, caducitate;

e) Colectarea datelor cu caracter personal se poate face direct de la persoana vizată sau prin surse specifice, care pot fi, dar fără a se limita la: activitatea proprie a operatorului sau a împuterniciților acestuia, consultarea directă a unor sisteme de evidență a datelor cu caracter personal constituite de alți operatori ori schimbul de date și informații cu alți operatori, naționali sau internaționali, cu respectarea drepturilor persoanelor vizate și instituirea unor măsuri adecvate de securitate a prelucrărilor.

f) Stocarea datelor cu caracter personal se realizează în condițiile stabilite prin actul normativ care reglementează scopul prelucrării și potrivit regulilor generale de arhivare a documentelor.

g) Spitalul prelucrează datele cu caracter personal în scopuri de organizare, gestiune economico-financiară și administrativă privind proprii angajați, în cadrul activității de management resurse umane, asigurarea asistenței medicale.

h) Spitalul prelucrează datele cu caracter personal cu ocazia organizării unor concursuri sau examene și stabilește condițiile concrete de asigurare a securității prelucrărilor, precum și de informare a persoanelor vizate privind drepturile acestora. Datele cu caracter personal astfel prelucrate se arhivează conform legii după realizarea scopului în care au fost prelucrate. Stocarea acestor date pentru o perioadă mai mare decât cea necesară realizării scopului se poate efectua numai pentru interes statistic, după ce au fost transformate în date anonime.

i) Supravegherea prin mijloace video, fixe, a unor spații publice perimetrale ori adiacente propriilor sedii, precum și a spațiilor interioare ale acestora constituie o prelucrare a datelor cu caracter personal doar dacă aceasta este însoțită de un sistem de stocare a datelor care permite identificarea ulterioară, prin orice mijloace, a persoanei vizate. În acest caz este obligatorie avertizarea personalului propriu și a publicului privind existența sistemului de supraveghere, precum și informarea acestuia privind identitatea operatorului, scopul prelucrării, categoriile de date prelucrate, destinatarii datelor sau alte date suplimentare, după caz, conform legii. Instalarea acestor mijloace se realizează astfel încât, pe cât posibil, să nu fie vizualizat interiorul altor imobile sau căi de acces la acestea, aflate în zona adiacentă echipamentelor de supraveghere.

Art.113. Măsurile tehnice privind prelucrarea datelor cu caracter personal care trebuiesc luate la nivelul spitalului de diferiți operatori, colaboratori ai spitalului, sunt următoarele:

a) Toate documentele care conțin date cu caracter personal se înregistrează și urmează regulile de păstrare, procesare, multiplicare, transport, transmitere, distrugere și arhivare stabilite prin Legea arhivelor naționale și prin reglementări interne.

b) Conducătorul operatorului stabilește fiecărui utilizator tipurile de acces și, operațiunile permise acestuia, strict necesare pentru îndeplinirea atribuțiilor de serviciu.

c) Cu ocazia proiectării, întreținerii, actualizării aplicațiilor de gestiune a bazelor de date, se interzice accesul programatorilor/ personalului de întreținere a sistemelor informatice în orice fel de date cu caracter personal deținute, create și accesate de personalul din structura respectivă. În aceste situații, se pun la dispoziția programatorilor/ personalului de întreținere, numai date anonime.

d) Pentru cazuri excepționale, numai pe durata intervenției și circumstanțiat limitativ la datele strict necesare, persoanele care asigură suportul tehnic pot avea acces la datele cu caracter personal numai în prezența unui utilizator desemnat de operator, în aceasta situație, răspunderea pentru păstrarea confidențialității datelor aparține celui în cauză, sens în care trebuie să semneze un angajament de confidențialitate.

e) Operațiunile de colectare, introducere, modificare și actualizare a datelor cu caracter personal se fac numai cu personalul anume desemnat de către conducătorii operatorului.

f) Conducătorii operatorilor dispun măsurile necesare care să permită identificarea utilizatorului care a introdus, modificat sau actualizat datele.

g) Bazele de date cu caracter personal deținute/ create și programele folosite de operatori sunt salvate, prin copii de siguranță, la un interval de timp stabilit de conducătorii operatorului, în funcție de mărimea, volumul și importanța acestora, care nu poate depăși 6 luni.

h) Conducătorii operatorului desemnează utilizatorii care trebuie să aibă ca atribuție de serviciu și executarea copiilor de siguranță ale bazelor de date deținute/ create și ale programelor folosite.

i) Accesul în încăperile în care se află documente ce conțin date cu caracter personal și/ sau echipamente care prelucrează date cu caracter personal este strict limitat la utilizatorii desemnați și numai pentru îndeplinirea atribuțiilor de serviciu.

j) În cazul în care nu se poate restricționa accesul în aceste încăperi, documentele se securizează în dulapuri/ fișete metalice închise cu chei; echipamentele se securizează cu chei sau cartele magnetice.

k) Aplicațiile informatice care gestionează date cu caracter personal trebuie prevăzute cu facilitatea închiderii automate a sesiunii de lucru dacă utilizatorul nu acționează asupra datelor afișate pe ecran o perioadă de timp de până la 5 minute, stabilită în funcție de operațiile care trebuie executate.

l) Terminalele de acces folosite în relația cu publicul se poziționează astfel încât datele afișate să fie vizualizate numai de către utilizatori. Aceste terminale trebuie să aibă setată funcția "screen-saver" la o temporizare de maxim 5 minute, iar dacă acest lucru nu este posibil din punct de vedere tehnic, după trecerea intervalului de timp menționat, datele afișate trebuie ascunse.

m) Utilizarea datelor cu caracter personal de către spitalul nostru este în conformitate cu reglementările legale în vigoare și ține cont de protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Art.114. Informarea pacienților referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal, se referă în principal la următoarele aspecte:

a) Datele cu caracter personal destinate a face obiectul prelucrării sunt prelucrate cu bună-credință și în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

b) Prelucrările de date cu caracter personal se efectuează după informarea pacientului și obținerea consimțământului în mod expres și neechivoc pentru acea prelucrare.

c) Pacienții sunt informați, cu privire la:

- identitatea operatorului și a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;
- scopul în care se face prelucrarea datelor;
- informații suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie și consecințele refuzului de a le furniza; existența drepturilor de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, precum și condițiile în care pot fi exercitate;
- orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziție a autorității de supraveghere, având în vedere specificul prelucrării.

Art.115. (1) Planurile de pregătire la nivelul operatorilor trebuie să conțină teme privind cunoașterea legislației naționale și a acquis-ului comunitar în materia prelucrării datelor cu caracter personal, precum și teme specifice privind riscurile pe care le comportă prelucrarea datelor și măsurile minime de securitate, în funcție de specificul activității fiecărui operator.

(2) Periodic se realizează instructaje cu utilizatorii pentru cunoașterea procedurilor specifice de lucru instituite la nivelul fiecărui operator.

(3) Instructajele se efectuează în mod obligatoriu la modificarea cadrului legal în materie, iar prelucrarea incidentelor se va realiza cu întregul personal al operatorului.

(4) Utilizatorii trebuie să fie instruiți periodic cu privire la riscurile generate de vulnerabilități și amenințări informatice.

Art.116. (1) Responsabilii de proces (registratorul/operatorul/asistentul medical) asigură păstrarea confidențialității datelor, informațiilor și documentelor cu privire la pacienții și/sau tutorii/reprezentanții legali ai acestora.

(2) Personalul din cadrul Serviciului RUNOS asigură păstrarea confidențialității datelor, informațiilor și documentelor din dosarele de personal ale salariaților/candidaților la concurs/examen.

(3) Structura informatică are următoarele responsabilități:

- monitorizează buna funcționare echipamentelor și soft-urilor necesare prelucrării în condiții de siguranță a datelor cu caracter personal ale persoanelor vizate; monitorizează accesul la datele cu caracter personal ale persoanelor vizate;
- persoana responsabilă cu protecția datelor monitorizează respectarea legislației aplicabile, a altor dispoziții de drept al Uniunii sau de drept intern referitoare la protecția datelor și a politicilor

operatorului sau ale persoanei împuternicite de operator în ceea ce privește protecția datelor cu caracter personal, inclusiv alocarea responsabilităților și acțiunile de sensibilizare și de formare a personalului implicat în operațiunile de prelucrare, precum și auditurile aferente.

(4) Șefii/coordonatorii de structuri sunt responsabili cu protecția datelor cu caracter personal și au următoarele atribuții principale:

Stabilesc scopul și mijloacele de prelucrare a datelor cu caracter personal atunci când acestea sunt necesare pentru exercitarea unor competente legale;

- Asigură elaborarea și punerea în aplicare a procedurilor proprii;
- Asigură implementarea și monitorizarea respectării normelor procedurale în materia prelucrării datelor cu caracter personal de către utilizatori;
- Coordonează și monitorizează respectarea normelor procedurale în materia prelucrării datelor cu caracter personal la nivelul operatorului;
- Asigură desfășurarea pregătirii de specialitate și instruirea utilizatorilor în acest domeniu;
- Dispune măsuri de completare sau, după caz, de modificare a fișei postului utilizatorilor;
- Analizează și dispune în ceea ce privește suspendarea sau revocarea dreptului de acces al utilizatorilor la sisteme de evidență a datelor cu caracter personal, în condițiile legii;
- Dispune măsuri pentru exercitarea drepturilor de către persoana vizată;
- Coordonează soluționarea cererilor persoanei vizate;
- Ține evidența cererilor persoanelor vizate;
- Analizează periodic activitatea utilizatorilor;
- Informează managerul despre vulnerabilitatea și riscurile semnalate în sistemul de securitate al prelucrării datelor cu caracter personal și propune măsuri de înlăturare a acestora;
- Informează managerul despre orice încălcare a normelor protecției datelor cu caracter personal de natură a prejudicia drepturile persoanei vizate, cu privire la măsurile dispuse pentru identificarea persoanei responsabile și limitarea efectelor unei diseminări neautorizate a datelor, precum și cu privire la situațiile în care au fost emise recomandări sau aplicate sancțiuni de către Autoritatea Națională de Supraveghere sau când aceasta a dispus efectuarea unui control prealabil sau a unor investigații.

Art.117. Prevederile prezentului capitol se completează cu PO 62-04 “Ghid privind prelucrarea datelor cu caracter personal în cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău”.

Art.118. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării privind modul de prelucrare a datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora:

a) Numărul de reclamații cu privire la asigurarea confidențialității datelor și informațiilor personale precum și păstrarea în siguranță a acestora, în cadrul activității spitalului, este de maxim 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;

b) Numărul de reclamații cu privire la asigurarea accesului la datele personale ale pacientului determinate de îngrădirea drepturilor pacienților/apartinătorilor, este de maxim 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință.

IX.8. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal

Art.119. – Reglementarea procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal are ca principale scopuri:

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

Art.120. –Etapile procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

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

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

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

d) Întrucât drepturile universale de respectare a intimității și dreptul la autodeterminare coexistă actului medical, nici un pacient nu poate fi consultat împotriva propriei voințe, obligația de îngrijire nu subzistă în cazul pacienților care refuză explicit să-și dea consimțământul pentru consult sau tratament. Refuzul pacientului de a mai primi asistența medicală se înscrie de către acesta pe formularul *"Acordul pacientului informat"* anexă la *O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI "Răspunderea civilă a personalului medical și a*

furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se introduce în F.O.C.G./documentele medicale. În această situație, pacienților trebuie să li se explice consecințele refuzului sau opririi actelor medicale, persistența pacienților în a nu accepta acordarea de servicii medicale conducând la încetarea furnizării acestora fără afectarea deontologiei profesionale.

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

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

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

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

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

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

Art.121. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal sunt următorii:

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

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

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

IX.9. Modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil

Art.122. – Reglementarea procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil are ca principale scopuri:

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

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

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

- agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art.123. – (1) Eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, care a produs prejudicii asupra pacientului, atrage răspunderea civilă a personalului medical și/sau a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice.

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

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

a) Intervenții salvatoare de viață la nivelul căilor aeriene:

- Ventilație pe mască și balon;
- Susținere avansată a căilor aeriene;
- Rezolvarea chirurgicală a căii aeriene;
- Ventilație de urgență CPAP (cu presiune pozitivă continuă);
- Ventilație de urgență BiPAP (cu presiune pozitivă pe două nivele);
- Manevra Heimlich;

b) Intervenții salvatoare de viață prin terapie electrică:

- Defibrilare;
- Cardioversie de urgență;
- Pacing extern;

c) Intervenții salvatoare de viață prin următoarele proceduri:

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

d) Intervenții salvatoare de viață prin intervenții hemodinamice:

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

e) Intervenții salvatoare de viață prin administrarea de medicamente:

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

f) Se încadrează la acest nivel și pacienții care prezintă una sau mai multe dintre următoarele situații clinice: pacient intubat, apneic, fără puls, detresă respiratorie severă, $SaO_2 < 90\%$, modificări acute ale statusului mental, inconștient².

² Starea de inconștiență este definită astfel:

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

(4) Exemple de situații în care pacienții necesită intervenții salvatoare de viață:

- a) stopul cardiorespirator;
- b) insuficiență respiratorie severă; – SpO₂<90%;
- c) pacienții sever traumatizați care nu răspund la stimuli verbali;
- d) pacienții cu supradozaj medicamentos și FR≤6 resp./min.;

Art.124. – (1) Etapele procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului efectuează activitățile medicale conform specificului și atribuțiilor proprii, pentru a nu afecta siguranța pacientului și a diminua încrederea în deciziile sau integritatea sa profesională, asigurând asistență medicală nediscriminatoriu;
- b) În situații de urgență cu risc vital imediat personalul medico-sanitar poate efectua acte medicale cu depășirea competenței deținute în condițiile în care nu este disponibil personalul medico-sanitar care deține competența necesară și starea pacientului nu permite amânarea intervenției medicale sau transferul acestuia la o altă unitate, prioritatea avută în vedere fiind aceea de susținere a funcțiilor vitale ale pacientului, aceasta fiind condiția necesară și suficientă pentru a exclude malpraxisul medical.
- c) Personalul medical care a intervenit cu depășirea competenței va completa formularul de „*Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență*” prevăzut în Anexa nr. 2 la O.M.S. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și va menționa inclusiv condițiile care au permis depășirea competenței – situația de urgență cu risc iminent pentru viața/degradarea ireversibilă a stării de sănătate a pacientului și lipsa personalului medical competent. Acest formular va fi semnat de către membrii personalului medico-sanitar care au acordat asistența medicală (medici/asistenți medicali) și de către șeful structurii medicale care atestă personalul medical existent la locul furnizării actului medical.
- d) În cazul în care la apariția unei situații de urgență cu risc vital imediat există posibilitatea și/sau timpul necesar solicitării și obținerii acordului pacientului/reprezentantului legal, rudei cele mai apropiate, autorității tutelare, actul medical se va efectua după obținerea acestuia.
- e) În situația apariției unei situații de urgență majoră cu risc vital imediat pentru pacient, personalul medico-sanitar va acționa cu promptitudine acordând asistență medicală, chiar și în lipsa dotărilor și/sau a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului.
- f) Ulterior acordării asistenței medicale în situații de urgență cu risc vital imediat (și stabilizării funcțiilor vitale), personalul medico-sanitar care a efectuat îngrijirile va solicita sprijinul personalului

și/sau

- pacientul nu răspunde la stimuli sau răspunde doar la stimuli dureroși.
- insuficiență respiratorie severă cu respirații agonice sau gasping;
- bradicardie severă sau tahicardie cu semne de hipoperfuzie;
- pacienții cu traumatisme care necesită resuscitare volemică imediată;
- pacienți cu durere toracică, palizi, cu transpirații profuze, TA<70mmHg (determinată anterior prezentării);
- puls slab filiform, FC<30;
- copil hiporeactiv, obnubilat, letargic;
- pacient areactiv cu halenă etanolică;
- hipoglicemie cu alterarea statusului mintal.

medico-sanitar cu competențele necesare încadrat în Spitalului sau, în lipsa acestuia, va direcționa pacientul către o unitate spitalicească de o categorie superioară și care îi poate acorda respectivului pacient tratamentul medical adecvat.

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

Art.125. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil sunt următorii:

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

IX.10. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate

Art.126. –Reglementarea procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate are ca principale scopuri:

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

Art.127. - Etapele procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În incinta și perimetrul spitalului este asigurată paza și protecția pacienților/ aparținătorilor/personalului, față de accesul persoanelor neautorizate de către personalul din serviciul de pază.

b) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul Spitalului, acesta are posibilitatea de preda spre păstrare bunurile de valoare, odată cu predarea efectelor personale. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților este prevăzut în procedura operațională PO 60-01 *"Predarea - preluarea obiectelor personale ale pacienților internați în Spitalul Județean de urgență Zalău"*.

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

- în vederea asigurării unui climat minim de confort pentru pacient, managementul spitalului/secțiilor medicale limitează accesul aparținătorilor în spațiile destinate activităților medicale, acesta făcându-se conform unui program de vizită afișat și cu respectarea regulilor privind protecția împotriva infecțiilor asociate asistenței medicale.

- prin grija personalului medical este asigurată evitarea depășirii timpului de vizită și perturbarea activităților de asistență medicală de către aparținători care pot agresa în diferite moduri pacienții internați (verbal, vizual, prin atitudine, olfactiv etc.);

- pentru siguranța pacientului și protejarea bunurilor acestuia sunt instalate butoane de panică/apel-personal medical.

d) Împotriva oricăror factori perturbatori precum și a intruziunilor asupra pacienților, spitalul acționează, de regulă, funcție de momentul producerii evenimentului de natură să creeze disconfort pacienților, prin intermediul personalului medico-sanitar propriu, iar în situațiile în care se depășește

posibilitatea de gestionare a acestor situații, personalul medical solicită sprijinul personalului din serviciul de pază.

e) Pentru situațiile în care personalul din serviciul de pază consideră necesar, acesta va fi în măsură să apeleze la efectivele Inspectoratului de Poliție Județean Sălaj în conformitate cu prevederile legale, în situațiile în care integritatea fizică și/sau psihică a pacienților/personalului sunt amenințate.

f) În ceea ce privește relația cu mass-media a pacienților, aceasta se realizează potrivit pct. „ IX.16. *Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia*” din prezentul Regulament.

g) Se interzice cu desăvârșire accesul reprezentanților mass-media în secția ATI și compartimente T.I.

h) Spitalul asigură respectarea demnității umane și drepturile pacienților în sensul că declarațiile referitoare la starea de sănătate, prognosticul, tratamentul și alte circumstanțe în legătură cu boala unui pacient vor fi făcute numai cu acordul acestuia sau a reprezentanților legali/ familiei / aparținătorilor.

i) Nerespectarea de către purtătorul de cuvânt sau de către oricare alt angajat al Spitalului a confidențialității datelor despre pacient atrage răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, după caz, conform prevederilor legale.

Art.128 - Conform consemnelor posturilor de pază din cadrul spitalului, anexă la contractul de servicii de pază, personalul angajat al firmei de pază are ca atribuții, în ceea ce privește limitarea accesului neautorizat în spital, următoarele:

a) să păzească obiectivul, bunurile și valorile nominalizate în planul de pază și să asigure integritatea acestora;

b) să permită accesul în obiectiv numai în conformitate cu reglementările legale și cu dispozițiile interne;

c) să oprească și să legitimeze persoanele despre care există date sau indicii că au săvârșit infracțiuni sau alte fapte ilicite în obiectivul păzit, pe cele care încalcă normele interne stabilite prin regulamentele proprii, iar în cazul infracțiunilor flagrante, să oprească și să predea poliției pe făptuitor, bunurile sau valorile care fac obiectul infracțiunii sau al altor fapte ilicite, luând măsuri pentru conservarea ori paza lor, întocmind totodată un proces-verbal pentru luarea acestor măsuri;

d) să încunoștințeze de îndată șeful său ierarhic și conducerea unității beneficiare despre producerea oricărui eveniment în timpul executării serviciului și despre măsurile luate;

e) să sesizeze poliția în legătură cu orice faptă de natura a prejudicia patrimoniul unității și să-și dea concursul pentru îndeplinirea misiunilor ce revin poliției pentru prinderea infractorilor;

f) în cazul apariției unor grupuri turbulente în incinta unității sau în apropierea acesteia solicită părăsirea zonei, în cazul în care refuză solicită sprijin echipei de intervenție a societății de pază sau după caz poliției;

g) în cazul în care în incinta unității au pătruns persoane care provoacă sau pun în pericol integritatea corporală a personalului sau a bolnavilor, la cererea medicului de gardă sau a personalului medical se deplasează în zonă pentru a preîntâmpina orice eveniment care ar aduce prejudicii Spitalului Județean de Urgență Zalău, solicitând prin telefonul mobil echipa de intervenție a firmei de pază sau după caz poliția,

h) permite accesul vizitatorilor la bolnavi numai în zilele și orele stabilite de conducerea spitalului, și numai încălțați cu botoșei.

Art.129.- Cu excepția situațiilor în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, fotografierea sau filmarea pacienților în spital se efectuează numai cu consimțământul scris al acestora, obținut prin completarea

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

Art.130.- Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate sunt următorii:

- a) Număr de reclamații ale pacienților care au subiect afectarea siguranței pacientului prin intruziuni externe în raport cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de reclamații ale pacienților care au subiect furturi de bunuri de valoare în raport cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic.

IX.11. Stabilirea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale

Art.131. – (1) Reglementarea procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale are ca principale scopuri:

- a) Se asigură posibilitatea de stabilire a necesarului de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.
- b) Permite realizarea unei structuri optime de personal pentru fiecare dintre microstructurile medicale raport la nevoile curente de asistență medicală.
- c) Repartizarea judicioasă a serviciilor de gardă pentru medicii din cadrul liniilor de gardă continue și celor organizate la domiciliu, astfel încât să fie asigurată continuitatea asistenței medicale prin liniile de gardă corespunzător nivelului de clasificare al spitalului.
- d) Stabilirea în mod echitabil a serviciilor de gardă pentru medicii din liniile de gardă, precum și a serviciilor de tură, astfel încât să fie asigurate toate serviciile din cursul lunii.
- e) Îndeplinirea normei de lucru / obligației de gardă de către întreg personalul medico-sanitar, după caz, în cadrul unei luni calendaristice.

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

- lipsă acută de personal medico-sanitar;
- dimensionarea greșită a structurilor;
- disfuncții în asigurarea asistenței medicale;
- agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.132. – Etapele procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Asigurarea continuității asistenței medicale este obligatorie pentru unitățile sanitare publice din sectorul sanitar și se asigură de către medici prin serviciul de gardă și prin serviciu în două sau trei ture, după caz, de către personalul sanitar și auxiliar-sanitar.

b) Organizarea liniilor de gardă permanente și a liniilor de gardă la domiciliu:

- Anual, de regulă în luna noiembrie, după consultarea Consiliului medical și în baza deciziei Comitetului director, structura de resurse umane solicită autorității tutelare, să aprobe liniile de gardă permanente și liniile de gardă la domiciliu care urmează să funcționeze în următorul an calendaristic;
- În baza aprobării primite, prin aplicarea prevederilor legale incidente în speță, se constituie respectivele linii de gardă formate din medicii încadrați în spital (în funcție de specialitate) precum și medicii încadrați în afara spitalului, care sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății în specialitatea stabilită pentru linia de gardă și care își desfășoară activitatea în unități sanitare în care nu sunt organizate linii de gardă în aceeași specialitate;

- Includerea acestor medici în echipa de gardă a spitalului se face cu avizul șefului de secție și cu aprobarea managerului spitalului precum și cu acordul unității sanitare unde aceștia au norma de bază;
- Personalul care execută serviciul în liniile de gardă din spital este nominalizat prin decizie internă la începutul fiecărui an, pe linii de gardă și specialități, ocazie cu care structura de resurse umane specifică programul fiecărei linii de gardă, inclusiv pentru zilele de sărbători legale și în celelalte zile în care în conformitate cu prevederile legale nu se lucrează;
- Medicii din compartimentele cu paturi, care sunt incluși în linia de gardă, în cadrul timpului de muncă de 7 ore în medie pe zi vor executa activitate curentă de 6 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare și 18 de ore de gardă lunar (obligație de gardă);
- Orele de gardă se efectuează în afara programului de la norma de bază și se desfășoară în baza unui contract individual de muncă cu timp parțial;
- Graficele cu planificarea serviciilor din liniile de gardă se întocmesc lunar de către directorul medical, la propunerea șefilor de secții și se aprobă de către manager până în data de 24 a lunii în curs pentru luna următoare, după verificarea acestora cu atenție de către structura de resurse umane;
- După aprobarea respectivelor grafice de către manager, aducerea acestora la cunoștință tuturor medicilor din linia de gardă se face pe bază de semnătură;
- Schimbarea serviciilor după aprobarea graficului de gardă de către manager, se poate face numai în situații cu totul deosebite cu minim 10 zile înainte de efectuarea serviciului, prin raport al medicului care dorește schimbarea unui serviciu, cu avizul medicului șef de secție și aprobarea manager și înștiințarea structurii de resurse umane;
- Orele de gardă prestate și chemările de la domiciliu se consemnează în mod obligatoriu în condica de prezență pentru activitatea de gardă;
- Efectuarea a două gărzi consecutive de către același medic este interzisă;
- Este interzis medicilor care sunt de gardă să părăsească unitatea sanitară pe durata serviciului de gardă;
- După activitatea continuă aferentă activității curente și activității într-o linie de gardă, medicul beneficiază de o perioadă de repaus de 24 de ore. Prevederea se aplică și pentru activitatea prestată într-o linie de gardă într-o zi de duminică sau de sărbătoare legală care este urmată de o zi normală de lucru. În situația în care se acordă ziua liberă prevăzută anterior, completarea orelor care fac parte din norma de bază, de 5, 6 sau 7 ore zilnic, se poate face prin prelungirea activității curente aferente altor zile din cursul lunii, având în vedere specialitatea, adresabilitatea și modul concret de organizare a activității.
- Refuzul medicilor de a respecta graficele de gărzi întocmite lunar de conducerea secțiilor și a compartimentelor și aprobate de managerul spitalului constituie abatere disciplinară.

c) Organizarea serviciului în ture:

- Graficele lunare de activitate, pe locuri de muncă, se întocmesc de către șeful de compartiment, se aprobă de conducerea spitalului și se afișează la loc vizibil sau accesibil pentru întreg personalul sanitar și auxiliar-sanitar;
- Prin graficele lunare de activitate întocmite anticipat pentru o lună, pe locuri de muncă, se stabilește:
 - numărul de personal pe fiecare tură în raport cu nevoile asistenței medicale;
 - rotația pe ture a personalului;
 - intervalul legal dintre două zile consecutive de lucru.
- În vederea întocmirii graficelor de lucru pentru programul în ture se va ține cont de următoarele precizări:

- asistență medicală la paturi - 1 asistent medical la 8-12 paturi / tură;
- asistență medicală la paturi (A.T.I.) - 1 asistent medical la 4 paturi / tură;
- personal auxiliar - 1 infirmieră la 20-25 paturi /tură;

• personalul care lucrează în locurile de muncă unde activitatea se desfășoară în 3 ture, pentru a beneficia de sporul prevăzut pentru activitatea desfășurată în 3 ture are obligația de a presta lunar un număr egal de zile în tura a 2-a și tura a 3-a. Numărul de zile în care își desfășoară activitatea în tura a 2-a și a 3-a va fi stabilit de consiliul de administrație al Spitalului, pe bază de grafice lunare, în așa fel încât să se asigure continuitatea activității;

- Până pe data de 25 a lunii se va desfășura activitatea de întocmire a graficelor de lucru, verificarea acestora de către structura de resurse umane, aprobarea lor de către directorul medical / director îngrijiri/ manager și depunerea acestora la structura de resurse umane;

- Modificarea graficelor de lucru se va face doar la propunerea șefului secției cu aprobarea manager spitalului prin raport scris, cu minimum 5 zile înainte de data pentru care se solicită schimbarea;

- Până pe data de 03 a lunii pentru luna anterioară se vor întocmi fișele de prezență colectivă de către toți șefii locurilor de muncă, verificarea acestora de către structura de resurse umane și aprobarea acestora de către manager și predarea acestora la structura financiar în vederea calculului drepturilor salariale.

d) În situația că la nivelul unor structuri medicale se constată că există deficit de personal sanitar/auxiliar-sanitar din anumite categorii profesionale, în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor, la solicitarea scrisă sau verbală a șefilor de secții în care se constată respectivul deficit, în cadrul ședințelor de Consiliu medical se propune luarea unor decizii care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al unor angajați. În acest sens structura de resurse umane emite respectivele decizii, acestea fiind luate doar după consultarea cu reprezentanții angajaților/sindicatul.

Art.133.- Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale sunt următorii:

a) acoperirea în totalitate a serviciilor de tură în cursul fiecărei luni calendaristice, pentru fiecare din structurile medicale în care este organizat serviciul de tură.

IX.12. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul

Art.134.-Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli privind modalitățile de comunicare a personalului cu pacienții;
- b) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli privind limitele de competență în domeniul comunicării cu pacienții pentru fiecare dintre categoriile profesionale de personal existente în cadrul spitalului;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- comunicarea cu pacientul de către persoane care nu au competență;
- comunicarea către pacient a unor informații inexacte privind starea sa de sănătate;
- neînțelegerea de către pacient a datelor comunicate;
- conduită inadecvată a pacientului (nerespectarea recomandărilor).

Art.135.-Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Potrivit legislației în vigoare, pacientul are următoarele drepturi în ceea ce privește informația medicală:

- dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza;
- dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate;
- dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării;
- dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic;
- dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință;
- dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său;
- dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală;
- dreptul să primească, la externare, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării și, la cerere, o copie a înregistrărilor investigațiilor de înaltă performanță, o singură dată.

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

c) În relația cu pacienții personalul Spitalului are obligația de a respecta următoarele norme de etică și comunicare:

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

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

• personalul medical va respecta valorile culturale și tradițiile fiecărui pacient;

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

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

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

- în spațiile publice sunt interzise discuții despre pacienți;
- doar persoanele autorizate de spital și care sunt implicate în îngrijirea pacientului pot avea acces la dosarul medical;

- informațiile privitoare la pacienți pot fi utilizate numai de către persoanele desemnate;
 - la cererea pacientului, accesul vizitatorilor va fi limitat.
- Comportamentul întregului personal angajat în procesul de îngrijire va fi orientat spre satisfacerea nevoilor pacienților! În acest sens:
- personalul de îngrijire trebuie să-și decline cu claritate identitatea și funcția;
 - personalul de îngrijire va raporta persoanelor abilitate orice abatere de la etica medicală, precum și omisiunile și erorile apărute în îngrijirea pacienților;
 - personalul nu are voie să discute cu pacienții probleme personale;
 - personalul nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții;
 - personalul va evita intimități nepotrivite cu pacienții;
- Comunicarea să se realizeze într-un limbaj adecvat, adaptat nivelului de înțelegere al pacientului și stării în care acesta se află.

d) În cadrul Spitalului limitele de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții se stabilesc după cum urmează:

1. Medicii curanți și medicii care realizează consulturile interdisciplinare sunt obligați să informeze pacientul/apartinătorii despre:

- numele medicului curant al pacientului;
- starea sănătății acestuia (stabil, ameliorat, agravat etc.), direct sau prin intermediul reprezentanților legali;
- data estimată a externării;
- după caz, decizia unui transfer în altă secție;
- decizia unui transfer în altă unitate sanitară – numele unității sanitare, eventual număr de telefon, etc.
- informațiile de mai sus se vor da în limita competențelor profesionale determinate de:
- Specialitatea medicală/specialitățile medicale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
- Gradul profesional / gradele profesionale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
- Confirmarea în grade universitare/didactice/de cercetare potrivit legislației incidente în vigoare;
- Confirmarea în titluri de "Doctor în medicină";
- Absolvirea unor supraspecializări și obținerea unor atestate de studii complementare/competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare
- relația medicului cu pacientul va fi una exclusiv profesională și se va clădi pe respectul acestuia față de demnitatea umană, pe înțelegere și compasiune față de suferință;
- medicul va solicita și va primi consimțământul numai după ce, în prealabil, persoana respectivă, sau cea îndreptățită să își dea acordul a primit informațiile adecvate;
- obligația medicului de a păstra secretul profesional este opozabilă inclusiv față de membrii familiei care persistă și după ce persoana a încetat să îi fie pacient sau a decedat;
- medicul va elibera persoanelor îndreptățite numai documentele permise de lege și care atestă realitatea medicală;
- pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului, dacă întreruperea tratamentului sau a îngrijirilor au drept consecință punerea în pericol a vieții acestuia.

2. Asistenții medicali care asigură realizarea procedurilor de îngrijire a pacienților:

- nu au dreptul să dea informații medicale din F.O.C.G., la eventuale întrebări ale pacientului în acest sens îndrumă pe acesta să se adreseze medicului curant;
- păstrează o atitudine de strictă neutralitate și neamestec în problemele familiale ale pacientului, exprimându-și părerea numai dacă intervenția este motivată de interesul sănătății pacientului, cu consimțământul prealabil al acestuia;
- nu se pronunță și nu aduce la cunoștință pacientului evoluția tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;
- nu discută cu pacienții probleme personale;
- nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții, va evita intimități nepotrivite cu pacienții;
- dacă pacientul se află într-o stare fizică sau psihică ce nu-i permit exprimarea lucidă a voinței, aparținătorii sau apropiații celui suferind trebuie preveniți și informați corect, pentru a hotărî în numele acestuia, cu excepția imposibilității (de identificare, de comunicare, de deplasare, etc.), sau a urgențelor.
- nu poate face discriminări pe baza rasei, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale, față de pacienți.
- obiectul secretului îl constituie tot ceea ce asistentul medical/moașa, a aflat direct sau indirect, în legătura cu viața intimă a pacientului, precum și problemele de diagnostic, pronostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și alte diverse fapte, inclusiv autopsiei; informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate de către asistentul medical/moașa numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.
- în aplicarea prevederilor O.M.S. nr. 1142/2013 privind aprobarea procedurilor de practică a asistenților medicali generaliști:
- pot da pacientului informații în ceea ce privește intervențiile autonome, care pot fi prestate în cadrul rolului propriu de asistent medical;
- în ceea ce privește intervențiile delegate de către medic (efectuate sub prescripție medicală), pot oferi pacientului informații cu respectarea limitelor stabilite de către medicul/medicia care a/au delegat realizarea respectivelor intervenții, într-una din următoarele variante: 1. exclusiv la prescripția medicului; 2. exclusiv la prescripția medicului, cu condiția ca un medic să poată interveni în orice moment; 3. la prescripția și în prezența unui medic;
- pentru intervențiile la care asistentul medical participă alături de medic, asistentul medical poate oferi informații doar fiind delegat de către medic și în prezența acestuia, cu respectarea limitelor prevăzute de actul normativ sus-invocat.

3. Personalul sanitar auxiliar (infirmieră, îngrijitoare):

- nu are acces la F.O.C.G.;
- nu are dreptul să dea informații medicale din F.O.C.G., la eventuale întrebări ale pacientului în acest sens îndrumă pe acesta să se adreseze asistentului medical;
- obiectul secretului îl constituie tot ceea ce infirmiera, a aflat direct sau indirect, în legătura cu viața intimă a pacientului, precum și problemele de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și alte diverse fapte, inclusiv autopsiei;
- informarea pacientului se face strict în legătură cu manevra ce urmează a fi executată, după caz: transport, hrănire, toaletă, schimbarea hainelor și/sau a lenjeriei, alimentație, mobilizare;
- se pronunță doar prin a informa pacientul asupra activităților specifice din Planul de îngrijiri conform fișei postului fiecăruia;
- nu discută cu pacienții probleme personale;

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

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

- Șeful/coordonatorul fiecărei structuri medicale stabilește persoana/persoanele care transmit telefonic informațiile către aparținători, în acest sens fiecare structură medicală având telefon dedicat pentru comunicarea aparținători-pacienți.

- În cazuri excepționale, în care vizitarea pacienților nu este permisă (situații epidemiologice speciale determinate de boli infecto-contagioase cu risc înalt: COVID, febră hemoragică, antrax, Ebola etc), persoana/persoanele prevăzută/e la lit. d) subpt.v) comunică, în scris, prin intermediul SMS/mijloace tehnice electronice (ex. e-mail, etc), aparținătorilor - persoane hipoacuzice, informații referitoare la evoluția stării de sănătate a membrilor familiei acestora.

- În cazul în care activitatea medicală din cadrul spitalului se desfășoară în condiții de normalitate, fie se adoptă aceeași conduită ca cea prevăzută la lit. d) subpt. vi), fie aparținătorul –persoană hipoacuzică se prezintă personal la spital în timpul programului de lucru și obține informații despre starea pacientului direct de la medicul curant, în funcție de disponibilitatea acestuia (prioritare sunt activitățile medicale: vizită medicală, consultațiile pacienților, prescriere tratament, etc).

- Ceilalți aparținători pot obține informații prezentându-se personal la spital în timpul programului de lucru al medicului curant, în funcție de disponibilitatea acestuia (prioritare sunt activitățile medicale: vizită medicală, consultațiile pacienților, prescriere tratament, etc), fie telefonic la numerele și intervalele orare afișate pe site-ul spitalului.

- Transmiterea datelor privind starea de sănătate a pacienților se face cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) și doar prin utilizarea adreselor de email de serviciu și în niciun caz a adreselor de email personale configurate prin servicii publice gratuite adresate persoanelor fizice, evitându-se astfel accesul unor terțe părți la datele cu caracter personal ale pacienților.

- Informarea prin SMS a aparținătorilor hipoacuzici se face de personalul desemnat în acest sens, utilizând doar telefonul dedicat pentru acest tip de comunicare, existent la nivelul fiecărei structuri medicale

- În FOCG se consemnează dacă aparținătorul este persoană hipoacuzică, iar comunicarea datelor se face doar la adresa de email/numărul de telefon al aparținătorului hipoacuzic prevăzute în FOCG.

Art.136. - În mod obligatoriu, la nivelul Spitalului, comunicarea cu pacienții/aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului

Art.137. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de stabilire a limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții sunt următorii:

a) Număr de reclamații cu privire la aspecte de comunicare cu pacienții, înregistrate în ultimul an calendaristic încheiat, referitoare la fiecare dintre categoriile de personal medico-sanitar și auxiliar sanitar implicat în procesul de asigurare a asistenței medicale.

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

IX.13. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu

Art.138.– (1) Reglementarea privind verificarea competențelor certificate ale personalului propriu are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de către spital pentru fiecare structură în parte, a personalului de toate categoriile, având studiile și competențele specifice potrivit cerințelor posturilor pe care este încadrat acesta;
- b) Evaluarea permanentă a cerințelor posturilor trecute în fișele posturilor în raport cu studiile și competențele deținute de către personalul încadrat pe acestea;
- c) Asigurarea desfășurării tuturor activităților legate de monitorizarea competențelor certificate ale personalului propriu;
- d) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- prestarea de servicii medicale precum și a unor servicii de suport medical de către personal care nu are competențe;
- blocarea activității medicale;
- agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.139.– (1) Etapele procesului de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

- la întocmirea dosarului profesional în urma promovării concursului/examenului de încadrare – șeful structurii de resurse umane;
- la completarea dosarului profesional ca urmare a absolvirii unor cursuri sau obținerii/dobândirii unor noi competențe.;
- la depunerea dosarului de candidat în vederea participării la un concurs/examen – comisia examen/concurs cu sprijinul secretarului (din cadrul structurii resurse umane).

b) În aplicarea prevederilor *O.M.S. nr. 895/2019 privind condițiile necesare în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog și, respectiv, farmacist pe teritoriul României în cadrul unităților sanitare publice și private*, în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog sau farmacist, serviciul RUNOS solicită următoarele documente (în termen de valabilitate):

- cererea în care se menționează postul pentru care persoana interesată dorește să concureze sau să se angajeze, după caz;
- diploma de licență și certificatul de specialist sau primar pentru medici, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
- documente privind schimbarea numelui (certificat de căsătorie, certificat de divorț, hotărâre judecătorească etc.), în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
- certificatul de membru al organizației profesionale sau avizul de practică temporară sau ocazională a profesiei valabil, din care să rezulte că profesionistul este avizat pe specialitățile și competențele în care urmează să își desfășoare activitatea în unitatea sanitară, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
- dovada/inscrisul din care să rezulte că nu i-a fost aplicată una dintre sancțiunile prevăzute la art. 455 alin. (1) lit. e) și f), la art. 541 alin. (1) lit. d) sau e), respectiv la art. 628 alin. (1) lit. d) sau e) din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare*, în original;
- cazierul judiciar, în original;

- certificat medical format A5 din care să rezulte ca este apt din punct de vedere fizic și neuropsihic pentru exercitarea activității pentru postul pentru care candidează sau dorește să se angajeze, în original;

- actul de identitate în termen de valabilitate, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului.

c) De asemenea, în aplicarea prevederilor *Legii nr. 118/2019 privind Registrul national automatizat cu privire la persoanele care au comis infractiuni sexuale, de exploatare a unor persoane sau asupra minorilor, precum si pentru completarea Legii nr. 76/2008 privind organizarea si functionarea Sistemului National de Date Genetice Judiciare*, la dosarul de concurs se va depune și certificatul de integritate comportamentală, eliberat de structurile de cazier judiciar.

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

Art.140. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu, sunt următorii:

a) Număr de situații în care se face dovada exercitării profesiei în baza unor acte de studii-competențe false, raportat la numărul total de angajări într-un an calendaristic;

b) Numărul de medici/medici dentiști/farmacisti și asistenți medicali încadrați pe posturi vacante conform competențelor profesionale din fișele posturilor.

IX.14. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare

Art.141. –Reglementarea procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare are ca principale scopuri:

a) Asigurarea coordonării de către conducerea spitalului, prin intermediul întregului personal al S.M.C.S.S. a procesului de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate;

b) Evaluarea permanentă a mediului de îngrijire și adaptarea permanentă a acestuia la necesitățile asistenței medicale asigurată de către spital;

c) Asigurarea desfășurării tuturor activităților legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității în vederea optimizării continue a proceselor de la nivelul spitalului;

d) Identificarea activităților/proceselor care nu converg înspre asigurarea conformării la cerințele standardelor de acreditare și luarea de decizii în vederea implementării de corecții;

e) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare, precum și a obiectivelor ”*Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului*”, care să conțină propuneri punctuale de îmbunătățire a activităților în scopul creșterii calității serviciilor de sănătate oferite de către spital.

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

- Menținerea unor neconformități care afectează procese / activități curente care se derulează în cadrul spitalului;

- Neluarea unor măsuri pertinente și imediate de eliminare/diminuare a neconformităților constatate;

- Neconformarea la standardele și cerințele A.N.M.C.S.

Art.142. –Etapile procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual, de regulă în ultimul trimestru al anului, personalul S.M.C.S.S. coordonează întocmirea proiectului *"Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului"*, prezentând proiectul acestuia în ședința Consiliului medical.
- b) În mod obligatoriu, potrivit deciziei Comitetului director, proiectul *"Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului"* prevede indicatori de evaluare/monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților aferente *"Planului strategic de dezvoltare al Spitalului"*.
- c) Totodată, anual, de regulă în luna noiembrie sau decembrie, personalul S.M.C.S.S. prezintă spre aprobare managerului spitalului *"Planificarea anuală a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare"*, în cadrul căreia se planifică activități de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare – anexe la *Ordinul președintelui ANMCS privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor*.
- d) De regulă, cel puțin odată pe an – în luna noiembrie, personalul S.M.C.S.S. colectează date privind indicatorii de evaluare/monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților înscrși în *"Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului"*, emițând în acest sens un raport informativ care se supune analizei Consiliului medical, respectiv Comitetului director.
- e) Pentru punerea în aplicare a obiectivelor avute în vedere în cadrul *"Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare"*, membrii S.M.C.S.S. desfășoară în perioadele aprobate prin aceasta activități de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare.
- f) În termen de 10 zile lucrătoare de la evaluarea cerințelor/indicatorilor care fac obiectul setului de liste de verificare aprobat a fi evaluate pe parcursul unei luni calendaristice, potrivit *"Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare"* existente, personalul S.M.C.S.S. înaintează managerului Spitalului rapoarte informative însoțite de analize și planuri de măsuri cu propuneri concrete pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.
- g) Analizele menționate la litera f) se prezintă atât la ședințele Consiliului medical, ale Comitetului director cât și la rapoartele de gardă cu participare lărgită care au loc săptămânal la nivelul spitalului.
- h) În cadrul ședințelor Comitetului director în care se analizează rapoartele informative semestriale prevăzute la litera d) precum și rapoartele informative însoțite de analize precum și de planuri de măsuri – prevăzute la litera f), se stabilesc responsabilități, responsabili și termene de implementare a propunerilor formulate pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.
- i) În ceea ce privește procesul de colectare a indicatorilor de monitorizare, potrivit prevederilor art. 4 lit. j) din *"Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților"* înregistrat la nivelul spitalului la nr. membrii respectivei comisii au obligația de a: "Pune la dispoziția S.M.C.S.S. informațiile necesare întocmirii de autoevaluări pentru monitorizarea implementării managementului calității și urmărește ca rezultatele acestora să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului".
- j) La termenele precizate de A.N.M.C.S. în aplicația CaPeSaRo, personalul S.M.C.S.S. colectează și transmite A.N.M.C.S. următorii indicatorii de monitorizare:
- set de indicatori de monitorizare semestrială a unităților sanitare:
 - Morbiditate spitalizată;
 - Nr. CNP-uri spitalizate;
 - Structura veniturilor și a cheltuielilor;
 - Secții/compartimente de sine stătătoare;
 - UPU/CPU;
 - Ambulatoriu.
 - set de indicatori de monitorizare anuală a unităților sanitare:
 - Registrul riscurilor;

- Lista proceduri;
- Lista protocoale;
- S.M.C.

Art.143. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare sunt următorii:

- Încadrarea în termenele stabilite pentru întocmirea "*Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului*" precum și a "*Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare*".
- Încadrarea în termenele planificate de emitere a rapoartelor de informare și a planurilor de măsuri aferente acestora care fac referire la îndeplinirea obiectivelor prevăzute în Graficul Gantt al "*Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului*", precum și la desfășurarea în perioadele aprobate a activităților de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare.
- Gradul de colectare a indicatorilor de evaluare/monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților din total indicatori de evaluare/monitorizare propuși a fi colectați.
- Numărul de propuneri formulate privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților în urma procesului de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare.
- Gradul de îndeplinire a obiectivelor înscrise în "*Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului*".
- Gradul de conformare la cerințele/indicatorii aferenți fiecărei liste de verificare supusă procesului de autoevaluare într-un an calendaristic.

IX.15. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți

Art.144.—Reglementarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia are ca principale scopuri:

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

Art.145.—Realizarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- managerul Spitalului numește un purtător de cuvânt, responsabil în relația cu mass-media, care este responsabil cu elaborarea și prezentarea mesajelor în numele Spitalului și cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât și a populației. Purtătorul de cuvânt. este principala persoană de contact pentru mass-media.
- În cadrul Spitalului relația cu mass-media este asigurată numai prin intermediul purtătorului de cuvânt. Excepție de la regulă fac următoarele cazuri:
 - accesul delegațiilor cu acordul managerului, când aceștia vor fi însoțiți de manager, purtătorul de cuvânt sau persoane numite prin decizie de către manager;
 - accesul delegațiilor altor ministere, numai dacă aceștia își asumă răspunderea pentru reprezentanții mass-media care îi însoțesc.

c) Spitalul prin purtătorul de cuvânt are obligația să comunice din oficiu pe pagina proprie de web: <http://www.spitalzalau.ro/> sau la sediul său informațiile de interes public prevăzute de art. 5 alin. (1) din *Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public*.

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

- Formularul de acreditare;
- Copie după cartea de identitate a ziaristului/ ziariștilor
- Copie după legitimația de presă vizată la zi
- Fotografie recentă trimisă în format jpg. pe adresa de mail purtatordecuvant@spitalzalau.ro

e) În baza documentelor prezentate de către ziarist/instituția de presă solicitant/ă, Spitalul va elibera, în termen de maximum 2 zile lucrătoare de la data depunerii actelor, acreditarea. Refuzul acordării acreditării și/sau retragerea acreditării unui ziarist se comunică în scris și nu afectează dreptul organismului de presă de a obține acreditarea pentru un alt ziarist.

f) Acordarea interviurilor în cadrul Spitalului se realizează numai de către manager, purtător de cuvânt, precum și de către alt personal din cadrul spitalului care are aprobarea managerului în acest sens, cu respectarea următoarelor reguli:

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

g) Purtătorul de cuvânt va însoți reprezentanții mass-media în cazul în care aceștia doresc interviuarea unui pacient, dar va permite acest lucru numai după ce pacientul își va da în prealabil acordul în scris pentru interviuarea sa și, asistă pacientul pe tot timpul interviului. Acordul în scris referitor la oferirea informațiilor cu privire la starea de sănătate, medicație, tratament sau cu privire la luarea unor interviuri, se vor da pe formularul prevăzut în **Anexa nr. 3 la prezentul Regulament**, atât de către pacient cât și de către medicul curant al acestuia. În situația în care, în cadrul interviului se dorește fotografierea și/sau filmarea pacientului, acesta – inclusiv medicul curant al pacientului - își vor da consimțământul scris, prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unitatii sanitare*“, prevăzut în anexa nr. 1 la *O.M.S. nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*.

h) În sensul celor menționate la lit. g), după obținerea acreditării, purtătorul de cuvânt va transmite jurnalistului acreditat acceptul pacientului de a acorda interviul solicitat în cadrul spitalului, respectiv de a fotografia și sau filma, cu menționarea datei și intervalului orar în care pacientul a acceptat acest lucru.

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

j) Reprezentanții mass-media au obligația de a se identifica la punctul de control-acces de la intrarea spitalului. Personalul de serviciu (agentul de securitate) al spitalului va solicita cartea de identitate și ordinul de serviciu/legitimația de serviciu a reprezentanților mass-media și va anunța managerul spitalului și purtătorul de cuvânt. despre prezența reprezentanților mass-media pe teritoriul spitalului. Accesul reprezentanților mass-media în spital se face numai pe baza legitimației de acreditare și a documentului de identitate, precum și cu acordul managerului spitalului. Paznicul (agentul de pază) al spitalului nu va permite intrarea reprezentanților mass-media în cadrul spitalului până când nu vor fi însoțiți de către , purtătorul de cuvânt sau manager.

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

- Toți reprezentanții mass-media care vor oferi informații înregistrate audio/video despre spital, personalul acestuia sau pacienții internați în cadrul spitalului au obligația de a asigura informarea obiectivă a publicului prin prezentarea corectă a faptelor și evenimentelor
- Pe teritoriul Spitalului accesul reprezentanților mass-media se face însoțit numai de manager , purtătorul de cuvânt manager sau o altă persoană delegată de către manager
- Reprezentanții mass-media vor purta pe parcursul vizitei în spital ținuta de protecție adecvată spațiilor medicale în care se realizează accesul și ecuson de identificare
- Reprezentanții mass-media nu vor recurge la înșelăciune în vederea obținerii unor informații susținând că sunt persoane angajate ale Spitalului
- Reprezentanții mass-media nu vor lua interviuri, nu vor efectua filmări ale pacienților din cadrul spitalului decât după ce se va obține acordul scris al acestora
- Reprezentanții mass-media care vor obține și utiliza informații din cadrul spitalului folosind mijloace de înregistrare audio/video ascunse se fac răspunzători pentru faptele lor și vor suporta consecințele acestora potrivit prevederilor legale incidente în vigoare. Utilizarea metodelor menționate atrage după sine interzicerea accesului în cadrul spitalului cu alte ocazii pe termen nelimitat dar și posibilitatea acționării în instanță de către reprezentanții spitalului sau de către pacient.

Accesul reprezentanților mass-media va fi permis pe teritoriul spitalului numai după asumarea prin semnătură a acestor reguli.

Art.146. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de reglementare a accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia sunt următorii:

- a) Număr acreditări de presă aprobate/ număr solicitări acreditate în ultimul an calendaristic
- b) Număr de acorduri scrise ale pacienților internați în spital privind interviuarea de către ziariști acreditați de către spital, în ultimul an calendaristic.

IX.16. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media

Art.147.—Reglementarea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unor reguli unitare care stabilesc competențele comunicării personalului cu mass-media;
- b) Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - transmiterea unor date eronate;
 - transmiterea unor date care nu trebuie făcute publice.

Art.148.– (1) Relațiile cu mass-media a personalului spitalului, sunt admise cu respectarea strictă a regulilor stabilite în **Anexa nr. 3 la prezentul Regulament**.

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

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

Art.149.– Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de reglementare a limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media sunt următorii:

a) Numărul de informații eronate/incomplete furnizate versus numărul total de informații furnizate către mass-media în ultimul an calendaristic.

IX.17. Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic

Art.150. –Reglementarea modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" are ca principale scopuri:

a) Stabilirea unui set de reguli care să asigure monitorizarea eficientă a desfășurării activităților emergente obiectivelor strategice înscrise în "*Planul strategic de dezvoltare Spitalului*".

b) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru eliminarea/ameliorarea neconformităților constatate care să conțină propuneri punctuale pentru îndeplinirea în volum complet și la termen a activităților subsecvente obiectivelor strategice asumate prin *Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*".

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

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

Art.151. –Etapile modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

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

b) Anual, de regulă în luna noiembrie, membrii echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*", întocmesc o analiză anuală a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al respectivului Plan.

c) În mod punctual, în cadrul analizei menționate la lit. b) se evidențiază stadiul executării activităților înscrise în graficul Gantt din cadrul "*Planului de îmbunătățire a calității în Spitalului*" Indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*", care vor fi utilizați în analiza menționată la lit. b) sunt următorii:

i. Gradul de îndeplinire a fiecăruia dintre obiectivele și activitățile emergente planificate prin graficul Gantt din cadrul ”Planului strategic de dezvoltare Spitalului”.

ii. Se face sau nu dovada că fundamentarea obiectivelor ”Planului strategic de dezvoltare Spitalului” a fost făcută în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.

iii. Se confirmă / infirmă că rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.

iv. Se confirmă/infirmă că obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.

d) În baza deciziei Comitetului director indicatori de evaluare/monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților (Bază: indicatorul 01.01.02.02.01 și indicatorul 01.07.05.01.01), sunt următorii:

i. Număr de proceduri operaționale/protocoale revizuite în termen din totalul de proceduri operaționale existente;

ii. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) instruite în raport cu procedurile operaționale/protocoale revizuite, din totalul personalului Spitalului care aplică proceduri (funcție de conținutul procedurilor operaționale, se vor utiliza indicatori de genul: ”număr personal instruit, în ultimul an calendaristic încheiat, în privința normelor de per număr total angajați cu responsabilități în domeniu”);

iii. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) care au luat la cunoștință de prevederile procedurilor operaționale/protocoale revizuite, din totalul personalului Spitalului care aplică proceduri;

iv. Număr de informări privind acte normative incidente proceselor derulate în spital, care nu au fost aplicate în practică până în prezent sau a celor nou intrate în vigoare pentru care s-au făcut propuneri de implementare;

v. Număr de rapoarte informative privind propunerile/ sugestiile formulate în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne emise în vederea consultării angajaților, din numărul total de informări făcute la nivelul anului în curs;

vi. Numărul de protocoale a căror indicatori au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic, din numărul total de protocoale revizuite la începutul anului;

vii. Numărul de analize pe marginea obiectivelor, activităților și indicatorilor care au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic și care au determinat implementarea unor propuneri de îmbunătățire;

viii. Număr total de angajați care au luat la cunoștință de prevederile RI și ROF din numărul total de angajați ai spitalului;

ix. Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților înregistrate;

x. Procentul cheltuielilor cu achiziții de echipament din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul anual de achiziții publice”;

xi. Procentul cheltuielilor cu lucrări de reparații/îmbunătățiri din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul de reparații curente” și „Bugetul de venituri și cheltuieli”;

xii. Nivel mediu de satisfacție a pacientului legat de condițiile hoteliere, în anul calendaristic încheiat;

xiii. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi, pe secție/compartiment;

xiv. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr cabine WC, pe secție/compartiment;

- xv. Suma alocată cheltuielilor destinate prevenirii I.A.A.M din buget per număr cazuri rezolvate, în ultimul an calendaristic încheiat;
- xvi. Număr pacienți mulțumiți ("bine" + "foarte bine") de serviciile oferite de spital per total pacienți internați, în ultimul an calendaristic încheiat;
- xvii. Număr de acțiuni organizate la nivelul spitalului cu impact în mass-media care asigură promovarea spitalului ca instituție sanitară de prestigiu;
- xviii. Număr de solicitări de modificări de structură organizatorică / a statului de organizare cu impact în diversificarea ofertei de servicii medicale;
- xix. Gradul de asigurare a tuturor spațiilor necesare la nivelul structurilor medicale din spital (serviciul de urgență al spitalului, secții medicale, structuri paraclinice, Ambulatoriu integrat, Farmacie, spitalizare de zi, etc.) în conformitate cu prevederile legale în vigoare incidente.
- e) Analiza menționată la lit. b) se transmite Comitetului director ca anexă la un raport de analiză, urmând a fi supusă atenției în proxima ședință a Comitetului director care va decide luarea, după caz, a unor măsuri adecvate de remediere a disfuncțiilor constatate, va nominaliza responsabilii și termenele de implementare a respectivelor măsuri.
- f) Rezultatele analizei menționată la lit. b) urmează a fi utilizate în:
- Redactarea *"Planului de îmbunătățire a calității în Spitalului"* aferent anului următor;
 - Eventuala revizuire a obiectivelor strategice cuprinse în *"Planul strategic de dezvoltare al Spitalului"* și emiterea *"Planificării anuale a activităților pentru realizarea Planului strategic de dezvoltare Spitalului Județean de Urgență Zalău"*, în anul _____ (inclusiv a celor care nu au fost realizate pe parcursul anului _____)"
- Art.152.-** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din *"Planul strategic de dezvoltare al Spitalului"* sunt următorii:
- Desfășurarea la termen a analizei anuale a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al *"Planul strategic de dezvoltare al Spitalului"* ;
 - Utilizarea în cadrul analizei anuală a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al *"Planului strategic de dezvoltare al Spitalului"* a unui set de date care să asigure relevarea tuturor disfuncțiilor constatate;
 - Gradul de realizare a obiectivelor strategice și a activităților emergente acestora în raport cu cele înscrise în Graficul Gantt din *"Planul strategic de dezvoltare Spitalului"*;
 - Gradul de relevanță a propunerilor formulate de către echipa responsabilă cu evaluările periodice prin raportul de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

IX.18. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative

Art.153. – Reglementarea procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative are ca principale scopuri:

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

- reprezentarea necorespunzătoare a spitalului în relațiile cu alte instituții.

Art.154.– (1) Etapele procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Comitetul director definește în cadrul unei ședințe a acestuia situațiile care impun comunicarea cu alte unități sanitare și administrative sau organizații de profil din domeniul de interes al spitalului, stabilind în acest sens o *”Listă de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital”*.
- b) Modificarea și completarea *”Listei de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital”* revine în exclusivitate Comitetului director.
- c) Identificarea instituțiilor cu care se agreează a fi încheiate parteneriate/protocoale/acorduri de colaborare pentru fiecare dintre situațiile menționate în *”Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital”* și încheierea efectivă cu acestea a respectivelor parteneriate/protocoale/acorduri de colaborare este de competența consilierului juridic al Spitalului. La încheierea respectivelor parteneriate/protocoale/acorduri de colaborare consilierul juridic va urmări pe cât posibil ca acestea să fie încheiate pe perioade nelimitate (multianual), prin aplicarea prevederilor incidente în vigoare, după caz.

(2) Potrivit deciziei Comitetului director ***”Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital”*** cuprinde următoarele situații:

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

Art.155. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative sunt următorii:

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

IX.19. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților

Art.156. (1) –În contextul în care conducerea Spitalului conștientizează că asociațiile reprezintă vocea pacienților și militează pentru schimbarea aspectelor care afectează viețile lor și pe ale celor din jurul acestora, reglementarea procesului de comunicare cu asociații ale pacienților are ca principale scopuri:

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

- limitarea numărului și calității informațiilor necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează Spitalului;
- scăderea adresabilității;
- prejudicii de imagine.

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

Art.157. (1) –Etapetele procesului de comunicare cu asociații ale pacienților presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Postarea pe site-ul spitalului de către personalul structurii de informatică a informațiilor cuprinse în *”Catalogul asociațiilor de pacienți”* care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății (<http://www.infrastructura-sanatate.ms.ro/asociatii-pacienti>) și care cuprinde o bază de date în care sunt prezente organizațiile de pacienți care au dorit să se înscrie pentru a fi găsite mai ușor de către cei interesați. Catalogul se dorește a fi un instrument de utilizat atât de către pacienții care doresc să caute informații despre asociațiile de pacienți pe anumite patologii și din anumite zone, cât și de către alte instituții, furnizori de servicii medico-sociale, companii private, medici, etc. care au nevoie de informații despre organizațiile de pacienți.
- b) Inițierea de către consilierul juridic al Spitalului de colaborări cu asociații ale pacienților se face la cererea scrisă a unor pacienți ai spitalului care sunt diagnosticați în diferite boli comune domeniului de activitate a respectivelor asociații, în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la primirea în acest sens a avizului Consiliului medical, în condițiile în care respectivele asociații sunt înscrise în *”Catalogul asociațiilor de pacienți”* care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății.
- c) În situația unui răspuns favorabil din partea respectivelor asociații, contractul / protocolul de colaborare încheiat cu acestea va avea ca obiect de activitate schimbul de informații necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează Spitalului.
- d) Din oficiu, în situația în care în cadrul Spitalului datele statistice relevă la un moment dat o adresabilitate sporită din partea unor pacienți diagnosticați în diferite boli comune domeniului de activitate a unor asociații de pacienți înscrise în *”Catalogul asociațiilor de pacienți”* care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății, cu avizul Consiliului medical se va proceda la încheierea unor

contracte/ protocoale de colaborare cu respectivele asociații, fără a fi necesar să existe anterior solicitări ale pacienților în acest sens.

(2) În cadrul organizării procedurii de alegere și desemnare a reprezentanților asociațiilor de pacienți în cadrul Consiliului etic, managerul Spitalului este responsabil de invitarea asociațiilor de pacienți înscrise în registru în județul respectiv, prin invitații transmise prin fax sau scrisoare cu confirmare de primire și prin publicare pe site-ul spitalului. În vederea prezentării candidaturilor acestora, asociațiile de pacienți pot nominaliza un singur reprezentant, care trebuie să aibă domiciliul stabil în județul de dispunere a Spitalului. Desemnarea reprezentanților asociațiilor de pacienți în Consiliul etic al Spitalului se realizează de către acestea conform prevederilor normative incidente în vigoare. În absența unei candidaturi din partea asociațiilor de pacienți, Consiliul etic se consideră legal constituit.

Art.158. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu asociații ale pacienților sunt următorii:

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

IX.20. Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz

Art.159. –Reglementarea procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal are ca principale scopuri:

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

Art.160. – (1) În cadrul Spitalului activitatea de asistență psihologică se desfășoară conform reglementărilor privind statutul profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

(2) În Spital exercitarea actului psihologic se face de către psihologii cu drept de liberă practică, încadrați pe funcții de specialitate, potrivit cerințelor posturilor în care sunt încadrați.

Art.161. – (1) Activitatea de asistență psihologică constă în evaluarea psihologică a resursei umane și intervenția psihologică specializată.

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

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

c) la solicitarea managerului spitalului sau a șefului/coordonatorului direct cu aprobarea managerului – alte categorii de personal care își desfășoară activitatea în cadrul spitalului pe perioadă determinată (medici rezidenți, studenți voluntari, personal detașat din alte unități medicale, voluntari etc);

(3) Evaluarea psihologică periodică se execută, de regulă, la intervale de trei ani pentru întreg personalul sau ori de câte ori se solicită de către medicul de medicina muncii din cadrul serviciilor medicale profilactice pentru supravegherea sănătății personalului.

(4) Prin excepție de la prevederile alin. (3), evaluarea psihologică se execută anual, în situația personalului încadrat pe funcții și în structuri sensibile, precum și în situații care induc burn-out.

(5) Rezultatul evaluării psihologice periodice se consemnează în Dosarul Medical al angajatului, de la Cabinetul de Medicina Muncii.

Art.162. - (1) Activitatea psihologilor încadrați pe funcții de specialitate în cadrul Spitalului se desfășoară în cabinetul psihologic.

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

a) se comunică personalului locul, data și ora întâlnirii cu psihologul;

b) se solicită personalului evaluat să completeze formularul de “Acord liber consimțit”

c) se efectuează evaluarea psihologică propriu-zisă, cu asigurarea condițiilor prevăzute de alineatul următor;

d) se elaborează un răspuns la cererea formulată, precum și un “Plan de intervenție psihologică”, după caz;

e) se comunică rezultatul angajatului, precum și celui care a făcut solicitarea/ managerul spitalului;

f) la nevoie se asigură monitorizare, consiliere și/sau psihoterapie, după caz și se programează o reevaluare după un interval de timp (variabil între o lună și 6 luni), funcție de particularitățile cazului;

(3) Psihologul consemnează rezultatul evaluării psihologice și eventualele recomandări (după caz) în Dosarul Medical al angajatului care se păstrează la Cabinetul de Medicina Muncii.

Condițiile de desfășurare a asistenței psihologice trebuie să asigure:

a) dreptul la intimitate al beneficiarului serviciilor psihologice;

b) calitatea și autenticitatea manifestărilor psihocomportamentale ale persoanei;

c) integritatea și confidențialitatea datelor și informațiilor cu caracter profesional.

(4) În afara evaluărilor psihologice făcute la angajare pentru personalul spitalului, psihologul asigură suport psihologic în următoarele situații:

- la solicitarea scrisă a angajatului;

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

- la solicitarea scrisă a medicului de medicina muncii;

- la solicitarea managerului.

Art.163. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal sunt următorii:

a) În toate situațiile se respectă prevederile normative existente și etapele necesare asigurării suportului psihologic, funcție de particularitățile cazului;

b) Număr de evaluări și/sau intervenții psihologice la personalul angajat și înregistrate în registrele de consultații per număr total de angajați, într-un an calendaristic.

IX.21. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale

Art.164. –Reglementarea procesului de comunicare între membrii echipelor medicale are ca principale scopuri:

a) Asigurarea transmiterii complete, corecte și în timp util a tuturor informațiilor necesare pentru furnizarea unui serviciu medical de calitate.

b) Asigurarea că procesul de comunicare interdisciplinară se bazează pe respect și pe competența fiecărui membru al echipei medicale.

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

- erori apărute în procesul de îngrijire, cauzate de comunicarea defectuoasă în cadrul echipei medicale;
- nemulțumiri ale pacienților cauzate de comunicarea defectuoasă în cadrul echipei medicale;
- nemulțumiri ale personalului medical/auxiliar referitoare la comunicarea în cadrul echipei medicale.

Art.165. –Comunicarea între membrii echipelor medicale (medic, asistent medical, infirmier, kinetoterapeut, îngrijitor, registrator medical etc.) presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Toți membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului trebuie să fie conștienți de faptul că procesul de comunicare reprezintă un aspect major al practicii medicale în domenii cum sunt consultare, consiliere, lucru în echipă, sarcini de conducere, educație pentru sănătate și învățământ. Personalul medical trebuie să recunoască, să știe și să practice tehnici adecvate de comunicare cu oamenii aflați în cadrul de îngrijire a sănătății: pacienți, membrii familiei acestora, colegi și alți profesioniști în domeniu. Scopul comunicării medicale implică stabilirea relației terapeutice, înțelegerea perspectivei pacientului, explorarea gândurilor și emoțiilor acestuia și ghidarea acestuia în rezolvarea de probleme. Comunicarea între membrii echipei medicale este esențială pentru o îngrijire optimă centrată pe pacient.

b) Comunicarea eficientă în echipa medicală interdisciplinară influențează atât funcționarea echipei, cât și calitatea îngrijirii pacientului. Cooperarea și comunicarea eficientă între membrii echipei care tratează și îngrijesc pacientul sunt decisive pentru realizarea unui plan de îngrijire corespunzător și pentru obținerea satisfacției pacientului și familiei, pe de o parte, dar și a medicului și celorlalți membri ai echipei, pe de altă parte. O comunicare eficientă a echipei medicale:

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

c) Factori care fac dificilă comunicarea în echipa medicală:

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

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

- Procesul de comunicare să se constituie într-o relație de tip participativ
- Să sprijine și să încurajeze inițiativa personală în limitele competenței
- Formularea și comunicarea cerințelor să fie efectuată în mod clar și precis, pentru a nu lăsa loc interpretărilor eronate
- Din partea membrilor echipei cu poziții superioare (medici, asistenți medicali șefi, coordonatori) nu sunt indicate:

- Comportament dictatorial
 - Controlul excesiv al modului în care sunt îndeplinite sarcinile
 - Criticile excesive
 - Colaborarea profesională și comunicarea să fie în interesul pacientului
 - Limbajul utilizat pentru comunicare să fie profesionist, concis, la obiect
 - Comunicarea se fie făcută pe un ton amabil, profesional
 - Comunicarea cu medicul de specialitate se face în scris (indicații medicale, tratamente etc.)
 - Dacă există divergențe de opinie, acestea nu se discută de față cu pacientul
 - Oricare ar fi tipul de relație, cadru medical-restul echipei medicale, trebuie înțeles că autoritatea nu presupune lipsa politetii, iar amabilitate nu înseamnă slăbiciune.
- e) Pentru o comunicare eficientă este de preferat o comunicare față-în-față, precum și în cadrul întâlnirilor echipei interdisciplinare/ multidisciplinare. În cadrul acestor întâlniri asistenții medicali au rol central, cu nivel înalt de interacțiune atât cu medicii cât și cu alți participanți la furnizarea serviciului medical.
- f) Emiterea verbală sau telefonică a deciziilor și indicațiilor medicale, rezultatelor de laborator etc. trebuie efectuată cu atenție pentru a nu se pierde din informațiile furnizate. În acest caz procesul de comunicare este constituit din patru faze:
- ASCULTARE – Receptorul ascultă indicația sau rezultatul complet;
 - SCRIERE – Receptorul scrie informația într-un format propriu, pe care are posibilitatea de a-l recunoaște ușor (gen „Registru de indicații verbale și/sau telefonice pentru îngrijiri medicale”);
 - CITIREA – Receptorul citește emițătorului informația așa cum a scris-o;
 - CONFIRMAREA – Emițătorul confirmă că ceea ce este scris și citit de către receptor, este corect.
- g) Personalul medical transferă informații în etape și situații diferite pe parcursul furnizării asistenței medicale. Un pacient poate fi potențial tratat de o serie de medici și diverși alți specialiști. Pacienții se mișcă destul de des între zona de diagnostic, zona de tratament și zona de îngrijire regulată și se pot întâlni cu mai multe ture de personal pe zi. În acest context, breșele în comunicare pot provoca grave întreruperi în continuitatea îngrijirilor, un tratament inadecvat și leziuni sau dauna potențială a pacientului. Din acest motiv comunicarea între unități și între echipele medicale trebuie să includă toată informația esențială și aceasta să fie furnizată într-un limbaj care să nu permită o interpretare incorectă. Limbajul trebuie să fie clar și normalizat, evitând sau clarificând (dacă este necesar) termeni care pot fi ambigui. În acest sens, membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului au obligația de a solicita precizări în situații de incertitudini care privesc procesul de comunicare.
- h) Pentru o bună comunicare, la nivelul Spitalului, informația se transmite formal prin intermediul documentelor medicale ale pacientului (foaie de observație, fișe de evaluare inițială și de evoluție, rezultate ale investigațiilor și consulturilor interdisciplinare, planuri de îngrijiri, rapoarte de predare-primire etc) și utilizând codificări acceptate de domeniu (codificare diagnostice, codificare proceduri medicale/investigații, simboluri și definiții standardizate), de exemplu:
- Diagnosticile se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
 - Procedurile documentate se codifică conform Listei codurilor de identificare ale procedurilor de sistem/operationale aferente domeniilor de activitate
 - Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.
- i) Este necesar ca membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului să acorde o importanță deosebită procesului de comunicare în momentul transferului informației specifice pacientului de la o echipă de îngrijire la următoarea, de la un furnizor de îngrijire medicală la altul și/sau de la furnizorii de îngrijiri către pacient și familia acestuia, cu scopul de a asigura continuitatea îngrijirilor și siguranța sănătății pacientului. Informația care se partajează constă, în general, în date referitoare la starea

actuală a pacientului, schimbări recente ale stării sale, tratamentul în curs și posibilele complicații care pot apare. O bună comunicare în situația transferurilor presupune:

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

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

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

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

- registre de predare-primire a gărzii în care medicii consemnează elementele de monitorizare și problemele pacienților internați;
- registre de predare-primire a turei în care asistenții medicali consemnează intervențiile de efectuat, tratamentele etc. și problemele pacienților internați;
- registre de predare-primire a turei în care infirmierele consemnează intervențiile / activitățile de efectuat și problemele pacienților internați;
- predarea pacienților din Secția A.T.I. către o secție non-A.T.I se face în baza formularului de *”Fișă de predare-primire a pacientului într-o secție non-A.T.I”*
- La transferul pacientului critic la un spital de nivel superior se utilizează *”Fișă medicală de transfer interclinic a pacientului critic”*;
- La externare se completează bilete de externare și/sau scrisori medicale care se transmit – prin pacienți – medicilor de familie ai acestora

k) De asemenea, prin grija șefilor de secții medicale, în procesul de comunicare medicală în zonele de activitate critice (blocul operator, serviciul de urgență al spitalului, proceduri anestezice) se dezvoltă permanent liste de verificare și alte documente tipizate, cu rol de a facilita transferul cu acuratețe a informațiilor medicale între membrii echipelor medicale și de monitorizare a schimbului de informații.

l) Anual, de regulă în luna aprilie, directorul medical evaluează implementarea modului de comunicare interprofesională, întocmind în acest sens o analiză care se constituie ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, acestea fiind prezentate în ședință a Consiliului medical.

Art.166. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare între membrii echipelor medicale sunt următorii:

- a) Număr de erori medicale (evenimente adverse) datorate comunicării deficitare în cadrul echipelor medicale per număr total EAAAM în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de reclamații ale pacienților referitoare la modul de comunicare din cadrul echipei medicale per număr total reclamații în ultimul an calendaristic.
- c) Numărul de reclamații cu privire la aspecte de comunicare între profesioniști înaintate consiliului etic per număr total reclamații către consiliul etic în ultimul an calendaristic încheiat.

IX.22. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor

Art.167. –Reglementarea modului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor are ca principale scopuri:

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

Art.168. –Etapile procesului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual, de regulă în primul trimestru, șefii laboratoarelor paraclinice de la nivelul spitalului: analize medicale, radiologie și imagistică medicală, endoscopie digestivă, bronhoscopie, anatomie patologică, fac propuneri cu privire la rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate medicilor curanți. În situația că nu există motive de implementare a unor noi propuneri cu privire la rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator, se mențin valorile adoptate pe parcursul anului precedent.
- b) După adoptare de către Consiliul medical, prin grija secretarului Consiliului medical „*Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate*” va fi postată în format pdf. pe Intranet în folderul *Consiliu medical*.
- c) Ulterior acestor etape, personalul laboratoarelor paraclinice de la nivelul spitalului au obligația de a comunica telefonic, cât mai urgent posibil, medicului curant/asistentei de tură (care are obligația de a anunța imediat medicul curant), rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator care se încadrează în „*Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate*”, pe măsura identificării acestora, pentru fiecare dintre pacienți. Concomitent cu această activitate, personalul laboratoarelor paraclinice vor înscrie fiecare dintre aceste comunicări/anunțuri telefonice.
- d) Fiecare dintre medicii curanți cărora li s-a comunicat telefonic un rezultat cu valori critice ale investigațiilor de laborator, are obligația de a înscrie și să parafeze respectivul rezultat în foaia de observație clinică generală a pacientului pentru care s-au efectuat respectivele investigații de laborator și să ia cu această ocazie imediat măsurile necesare în vederea diagnosticării, efectuării tratamentului și/sau îngrijirilor necesare pentru pacientul pentru care s-au comunicat respectivele rezultate, după caz.

Art.169. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor sunt următorii:

- a) Numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în „*Registru de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator*”, în raport cu cele efectiv transmise către medicii curanți.

b) Numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în “*Registru de comunicare/alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigațiilor de Radiologie și Imagistică medicală/endoscopie*”, în raport cu cele efectiv transmise către medicii curanți.

IX.23. Modul de comunicare cu pacientul/reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic

Art.170. –Comunicarea cu pacientul/reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic reprezintă un proces extrem de complex care are ca principale scopuri:

a) Atingerea unor obiective importante cum ar fi diagnosticul clinic și tratamentul pacientului oncologic, aspect care presupune:

- stabilirea raportului de încredere între medic și pacient;
- colectarea de informații de la pacient și familia pacientului;
- transmiterea veștilor proaste și a altor informații cu privire la boală;
- abordarea emoțiilor pacientului.

b) O comunicare eficientă medic-pacient/ reprezentant legal, care în asemenea situații conduce la:

- creșterea gradului de satisfacție a pacientului/reprezentantului;
- ameliorează complianța la tratament;
- crește sentimentul de control și capacitatea de a tolera durerea, reduce anxietatea;
- contribuie la recuperarea stării generale;
- se facilitează angajamentele în studiile clinice;
- are loc o trecere mai ușoară de la tratamentul curativ la cel paliativ;
- generează stare de securitate și siguranță;
- există premise privind micșorarea duratei de spitalizare, respectiv a costului tratamentului;
- scade stresul și sindromul burnout caracteristic profesiei de oncolog.

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

- Reacții de frustrare, frică, durere, furie ale pacienților;
- Negarea diagnosticului;
- Consecințe asupra conduitei ulterioare a pacientului (depresie, neurmarea tratamentului adecvat).

Art.171. –**Anexa nr. 4 din prezentul Regulament** prezintă un scurt ghid privind comunicarea cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic.

Art.172.- Principalul indicator de eficiență a procesului de comunicare cu pacientul/reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic îl reprezintă numărul de reclamații primite în ultimul an calendaristic care au ca subiect comunicarea defectuoasă cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic, comparativ cu anul anterior.

IX.24. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului

Art.173. –Reglementarea procesului de deplasare a pacienților în spital are ca principale scopuri:

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

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

- accidente de orice natură în care sunt implicați pacienții;
- reclamații ale pacienților cu privire la modul de deplasare/transport la nivelul spitalului

- pierderea/deteriorarea documentelor medicale care însoțesc pacienții care se deplasează la consulturi interdisciplinare și investigații.

Art.174. – (1) Etapele procesului de deplasare a pacienților în cadrul Spitalului presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Spitalului toți pacienții care se deplasează în interiorul acestuia la consulturi interdisciplinare și/sau investigații sunt însoțiți în mod obligatoriu de personal medico-sanitar.

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

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

i. Pacient autonom;

ii. Pacient neautonom:

➤ Non-grav;

➤ Grav/dependent.

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

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

f) În situația pacienților autonomi, funcție de starea lor, aceștia se vor deplasa însoțiți la consulturi interdisciplinare și investigații singuri (mers autonom) sau în cărucioare/fotolii rulante (în mod obligatoriu pacienții vârstnici, pacienți autonomi cu interdicție de a se deplasa). Pe timpul deplasării prin spital pacienții vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern. Însoșitorii desemnați au obligația de a supraveghea pe tot parcursul deplasării la și de la consulturi interdisciplinare și investigații pacienții împotriva căderilor sau a oricăror tipuri de accidentări. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însoțitor anunță medicul curant/medicul de gardă despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.

g) În cazul pacientului neautonom non-grav, acesta va fi transportat de către personalul desemnat ca însoțitor la consulturi interdisciplinare și/sau investigații cu fotoliu/cărucior rulant, luându-se măsuri adecvate, după caz, împotriva căderii sau alunecării pacientului de pe respectivul mijloc de transport. Pe timpul deplasării prin spital respectivii pacienți vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind

protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern, la nevoie aceștia fiind acoperiți și cu o pătură. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însoțitor anunță medicul curant/medicul de gardă despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.

h) Transportul pacienților de diferite categorii între locațiile spitalului, se realizează după aceleași reguli mai sus menționate, utilizând o ambulanță.

i) Responsabilitatea stabilirii modului de transport în interiorul spitalului a pacientului neautonom grav/dependent revine în mod exclusiv medicului curant al respectivului pacient. După caz, pacientul neautonom grav/dependent, va fi transportat de către personalul desemnat ca însoțitor la consulturi interdisciplinare și/sau investigații cu targă de transport, luându-se măsuri adecvate, după caz, împotriva căderii sau alunecării pacientului de pe targă. Funcție de starea de sănătate a pacientului neautonom grav/dependent, pe timpul deplasării acesta va fi însoțit inclusiv de un medic care va asista pacientul, iar pentru transport se poate utiliza targă cu suport lateral și chingi de siguranță sau brancard cu suport lateral rabatabil, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie, acestea fiind utilizate în caz de nevoie la recomandarea și sub supravegherea medicului care însoțește pacientul. Pe timpul deplasării prin spital respectivii pacienți vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern, la nevoie aceștia fiind acoperiți și cu o pătură. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însoțitor anunță medicul curant/medicul de gardă despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.

(5) Deplasarea pacienților înspre/dinspre blocul operator se reglementează în mod distinct la nivelul Spitalului. În acest sens, la nivelul blocului operator se asigură mijloace proprii de transport al pacienților, utilizate exclusiv intern.

Art.175. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de deplasare a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații sunt următorii:

a) Număr de EAAAM cauzate de lipsa măsurilor de siguranță luate de către personalul desemnat ca însoțitor pe timpul deplasării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații per număr total de EAAAM, în ultimul an calendaristic.

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

IX.25. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament

Art.176. –Reglementarea procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament are ca principale scopuri:

a) Identificarea cauzelor și măsurilor necesar a fi luate în situația unor abateri involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, necunoaștere etc. de la aplicarea de către personalul medico-sanitar a unor protocoale de diagnostic și tratament.

b) Identificarea cauzelor și măsurilor necesar a fi luate în situația unor abateri voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc. de la aplicarea de către personalul medico-sanitar a unor protocoale de diagnostic și tratament.

c) Conștientizarea personalului medico-sanitar în ceea ce privește necesitatea ca protocoalele de diagnostic și tratament să fie utilizate la nevoie individualizat, conform particularităților cazului;

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

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

Art.177. – Etapele procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Semestrial, prin grija șefilor de structuri medicale, la nivelul fiecărei secții medicale și a serviciului de urgență al spitalului, se întocmesc analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament proprii fiecărei structuri medicale.

b) În cadrul analizelor menționate la litera a) se vor identifica:

- Abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, neștiință etc.;
- Abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc.;
- Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului;
- Abateri voluntare justificate de alte criterii (reglementări juridice; nivel de competență, grade academice universitare; eventuale studii clinice derulate în spital, aprobate de către Comisiile de Etică, care permit abaterea de la protocol).

c) În cadrul analizelor, pentru fiecare dintre abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, necunoaștere etc. cât și pentru fiecare dintre abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc. se vor identifica în mod punctual cauzele și vor fi propuse măsuri de remediere, după caz

d) Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului cât și în baza altor criterii vor fi susținute în cadrul analizelor efectuate de către judecata clinică, cunoștințele și experiența deținută de clinicienii care au decis abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului. Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului pot fi legate de:

- Vârste extreme;
- Sex;
- Comorbidități;
- Complicații;
- Comportamente alimentare, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.;
- Atitudinea față de boală a pacientului etc.

e) Analizele menționate la lit. a) se vor constitui în anexe la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, care va fi înaintat de către șefii de structuri medicale Consiliului medical.

f) Pentru a documenta cât mai exact analizele abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament, șefii structurilor medicale pot decide ca respectivele abateri să fie înscrise în F.O.C.G.-urile pacienților în situația cărora au fost aplicate protocoale medicale care fac obiectul analizelor semestriale.

Art.178. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament sunt următorii:

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

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

IX.26. Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-un spital cu competență de a trata cazuri oncologice

Art.179. –Reglementarea modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice are ca principale scopuri:

- a) Descrie managementul pacientului caz oncologic pe timpul internării în Spitalul Județean de Urgență Zalău;
- b) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate a pacientului din cauza întârzierii deciziei;
 - decesul pacientului.

Art.180. –Etapetele modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Spitalului setul de investigații necesare diagnosticării oncologice este stabilit prin protocoalele de diagnostic și tratament aplicabile în structurile medicale cu competență de a trata cazuri oncologice. Suspiciunea de diagnostic oncologic este identificată pe secțiunile de profil în funcție de localizarea acestuia.

b) Diagnosticul oncologic este precizat în baza buletinului de examinări histopatologice de către medicul anatomo-patolog al spitalului, care în caz de tumori maligne trece și codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broșura de clasificare a tumorilor.

c) Orice tumoră primară nou-diagnosticată, pentru care, prin metode clinice și/sau de laborator, s-a stabilit un diagnostic raportabil, este obligatoriu a fi raportată nominal către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord-Vest - Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, care grupează județele Bihor, Bistrita-Nasaud, Cluj, Salaj, Satu Mare si Maramures, dacă face parte din lista diagnosticelor raportabile. Din lista tumorilor raportabile face parte orice tumoră primară pentru care este stabilit diagnosticul de certitudine după data de 1 ianuarie 2008, astfel:

- toate cancerele in situ (cod de comportament "2") sau maligne/invazive (cod de comportament "3"), conform Clasificării internaționale a maladiilor pentru oncologie, ediția a treia (CIM-O-3), a Organizației Mondiale a Sănătății, cu excepția carcinoamelor bazocelulare cu cod topografic CIM-O-3 C44.0-C44.9;

- toate tumorile intracraniene și intraspinale, indiferent de comportamentul lor (benign/incert/malign), cu coduri topografice CIM-O-3 C70-C72 si C75.1-C75.3. Sunt exceptate de la raportare leziunile vasculare benigne ale meningelui (hemangioame) și leziunile chistice;

- afecțiunile borderline, indiferent de topografie.

d) Tumorile primare nou-diagnosticate care fac parte din lista tumorilor raportabile vor fi raportate în termen de maximum 30 de zile de la încheierea oricăruia dintre episoadele raportabile de mai jos:

- stabilirea unui diagnostic raportabil la un caz nou de cancer sau luarea în evidență pentru urmărire și/sau tratament;

- orice revizuire a diagnosticului unei afecțiuni raportabile către o altă categorie diagnostică raportabilă;

- diagnosticarea progresiei unei leziuni precanceroase sau in situ către tumora invazivă;

- înfirmarea diagnosticului unei tumori deja raportate;

- finalizarea unuia sau mai multor tipuri de tratamente stabilite în cadrul terapiei inițiale;

- decesul cu sau prin cancer.

e) Raportarea setului minim de date pentru fiecare tumoră raportabilă se face conform **ONC - Formular de raportare a unui caz de cancer**, prevăzut în *Anexa nr.1 la O.M.S. nr. 2027/2007 privind*

activitatea de înregistrare pe baze populaționale a datelor bolnavilor de cancer și înființarea registrelor regionale de cancer. Toate informațiile disponibile din setul minim de date vor fi completate de către medicul care are competență în stabilirea diagnosticului și/sau a tratamentului oncologic.

f) Coordonatorul serviciului de anatomie patologică este obligat să transmită către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord-Vest - Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, care grupează județele Bihor, Bistrita-Nasaud, Cluj, Salaj, Satu Mare și Maramures, o copie a buletinului medical prin care se certifică un diagnostic raportabil, consemnat conform Clasificării internaționale a maladiilor pentru oncologie, editia a 3-a, a Organizației Mondiale a Sănătății, în termen de maximum 30 de zile de la emiterea buletinului medical; în buletinul medical se consemnează în mod obligatoriu codul numeric personal al pacientului.

g) În cazul în care examenul necropsic efectuat în Spitalului pune în evidență și leziuni canceroase nediagnosticate ca atare în timpul vieții, medicul care a îngrijit bolnavul va întocmi un formular ONC și va declara cazul către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord-Vest - Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, care grupează județele Bihor, Bistrita-Nasaud, Cluj, Salaj, Satu Mare și Maramures.

h) Funcție de diagnosticul oncologic, medicul curant oncolog, împreună cu echipa multidisciplinară de diagnostic și indicație terapeutică de la nivelul spitalului, stabilește conduita terapeutică potrivită, conform ghidurilor internaționale și situației pacientului.

i) Medicul curant aduce la cunoștința pacientului conduita terapeutică propusă, comunicarea în această situație între medic și pacient se va face cu respectarea prevederilor pct. IX.26 *”Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic”* din prezentul Regulament.

j) Terapia pacientului diagnosticat oncologic va fi asigurată de echipa medicală din secția Oncologie medicală.

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

Art.181. Indicatorii de eficiență și eficacitate ai reglementării privind modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice sunt următorii:

a) Număr de pacienți diagnosticați cu tumori primare nou-diagnosticate care fac parte din lista tumorilor raportabile și care au fost raportați către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord-Vest - Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, care grupează județele Bihor, Bistrita-Nasaud, Cluj, Sălaj, Satu Mare și Maramures în ultimul an calendaristic.

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

IX.27. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare

Art.182. –Reglementarea privind modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare are ca principale scopuri:

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

Art.183. – (1) La nivelul Spitalului, situațiile care necesită abordare multidisciplinară sunt următoarele:

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

(2) În oricare dintre situațiile enumerate la alineatul (1) medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiștilor din serviciile paraclinice în echipele multidisciplinare în cazul că rezultatele investigațiilor paraclinice (analize medicale și/sau imagistică medicală) furnizează informații echivoce și/sau care contravin diagnosticului inițial.

(3) De regulă, întâlnirile între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite se desfășoară în a doua decadă a lunilor: ianuarie, aprilie, iulie, octombrie, ocazie cu care se vor analiza cazurile deosebite care au fost internate în trimestrul anterior.

(4) Etapele procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului medicul curant are obligația să analizeze dacă este necesară convocarea echipei multidisciplinare.
- b) Dacă spitalul nu dispune de un medic cu o anumită specialitate/biolog/biochimist care se impune să fie prezent în cadrul echipei multidisciplinare acesta va fi invitat în baza protocoalelor de colaborare încheiate interinstituțional. Directorul medical, în colaborare cu medicul curant va lansa invitația de participare a respectivului specialist în cadrul echipei multidisciplinare, participarea acestuia putându-se realiza inclusiv prin serviciu de telexpertiză³.
- c) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului și a rezultatelor examenelor paraclinice puse la dispoziție de către medicul curant, membrii echipei multidisciplinare au obligația să analizeze dacă

³ **Teleexpertiza** reprezintă serviciul de telemedicină prin care are loc un schimb de opinii medicale între mai mulți medici realizat prin orice mijloace de comunicare la distanță, în vederea confirmării unui diagnostic și/sau a unei conduite terapeutice, pe baza datelor din documentele medicale ale pacientului, și care nu presupune prezența fizică a acestuia (Bază: art. 30¹ din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

este necesară convocarea specialiștilor din serviciile paraclinice în vederea stabilirii conduitei terapeutice.

d) Fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare, inclusiv specialiștii din serviciile paraclinice, au obligația de a contribui în limitele competențelor și a experienței pe care o au la stabilirea diagnosticului și a unei conduite terapeutice pentru fiecare dintre pacienții pentru care a fost convocată respectiva echipă. În acest sens, fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare formulează un diagnostic și un plan de tratament sau de îndrumare a pacientului într-un alt serviciu de specialitate, după caz, în urma evaluării examenului clinic al pacientului al istoricului bolii consemnate în FOCG, coroborate cu rezultatele examinărilor paraclinice consemnate de asemenea în FOCG

e) În urma analizei fiecărei propuneri formulate se stabilește un diagnostic unitar și o conduită unică de tratament urmând ca pacientul să fie reanalizat de aceeași comisie la un anumit interval de timp stabilit de comun acord între membrii echipei multidisciplinare, după caz.

f) Concluziile se consemnează în FOCG cu menționarea datei și orei la care s-a desfășurat ședința, asumate prin parafă și semnătura fiecărui specialist din comisie.

g) În ceea ce privește cazurile medicale deosebite directorul medical analizează toate situațiile care au impus convocarea echipei multidisciplinare în cursul fiecărui trimestru. În urma analizei și la propunerea medicilor curanți care au tratat respectivele cazuri, directorul medical selectează cazurile cele mai reprezentative pentru a fi discutate în ședințele programate conform alineatului (3).

h) Ședința este condusă de către directorul medical, fiecare dintre cazurile selectate spre dezbateri fiind prezentate de către medicii curanți care au tratat respectivele cazuri.

i) În cadrul respectivei ședințe fiecare specialist analizează datele consemnate în FOCG (istoricul bolii, examen clinic, examene paraclinice, conduita de tratament, evoluția bolnavului) și se poartă discuții libere cu privire la aceste date între medicii clinicieni și specialiștii din serviciile paraclinice, trăgându-se concluzii utile care ar putea fi utilizate pe viitor.

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

Art.184. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare sunt următorii:

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

IX.28. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale

Art.185. –Reglementarea procesului de comunicarea în situații deosebite/exceptionale are ca principale scopuri:

a) Stabilește modalitatea de comunicare specifică între profesioniști în cadrul spitalului în cazul producerii unor situații de urgență: dezastre, calamități, accidente, sabotaj ori alte situații deosebite/exceptionale.

b) Asigură crearea unor deprinderi corecte de prevenire și reacție la hazarduri.

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

- Întârzierea răspunsului la situații deosebite/exceptionale ca urmare a lipsei de informații și/sau a comunicării necorespunzătoare;
- Apariția pagubelor sau victimelor în situații deosebite/exceptionale ca urmare a lipsei de informații și/sau a comunicării necorespunzătoare;
- Prejudicii de imagine a instituției determinate de o comunicare necorespunzătoare în situații deosebite/exceptionale.

Art.186. (1) Situațiile deosebite/exceptionale sunt situații de urgență, incluzând aici și protecția civilă și apărarea împotriva incendiilor. Situațiile de urgență reprezintă evenimente produse pe neașteptate care prin posibilele consecințe pot afecta viața, valorile, bunurile materiale și valorile sociale, iar pentru contracararea acestora este nevoie de luarea de măsuri urgente și angajarea resurselor materiale și umane avute la dispoziție.

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

- a) planificarea și implementarea unui sistem de comunicare coordonat pe timpul situațiilor de urgență, care să contribuie la îmbunătățirea și eficientizarea comunicării atât între structurile SJUZ, dar și cu mass-media și populația afectată.
- b) stabilirea unor reguli cu scopul de a eficientiza comunicarea și de a preveni difuzarea unor informații contradictorii;
- c) comunicarea eficientă în timpul și după producerea situației de urgență;
- d) furnizarea cadrului normativ pentru dezvoltarea asigurarea resurselor necesare comunicării eficiente în timpul unei situații de urgență;
- e) dezvoltarea capacității instituționale de a planifica și de a gestiona comunicarea privind hazardele și situațiile de risc, prin integrarea comunicării la toate nivelurile și prin stabilirea/delimitarea responsabilităților;
- f) stabilirea mijloacelor de comunicare utilizate în situații de urgență;
- g) transmiterea în timp util a informațiilor necesare luării celor mai adecvate măsuri de protecție;
- h) asigurarea spitalului de mesaj la toate nivelurile implicate în managementul situației de urgență respective;
- i) creșterea capacității de acțiune a personalului propriu și a populației prin informare, în scopul prevenirii producerii situațiilor de urgență, dar și în scopul autoapărării;
- j) creșterea nivelului de înțelegere privind riscurile majore, precum cutremure, inundații, alunecări de teren, și a capacității individuale de reacție în situații de urgență pentru personalul spitalului;
- k) dezvoltarea unei colaborări reale cu societatea civilă și implicarea acesteia în mod planificat în programele de informare și voluntariat.

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

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

- Hazardurile naturale determinate de:
 - interacțiunea factorilor naturali, a celor demografici, sociali și antropici, respectiv elemente de infrastructură, cum ar fi construcții, șosele, căi ferate;
 - modificările climatice legate de tendințele globale de încălzire care generează incertitudini referitoare la intensitatea și frecvența hazardurilor, dar și la apariția unor fenomene noi, cum ar fi tornadele sau deșertificarea;

- epidemii/epizotii/zoonoze, dar și cu amenințări de pandemii (exemplele elocvente sunt neuroinfecția West Nile în anul 1996, meningita cu Enterovirus Echo în 1999, antrax în 2000, apariția infecției gripale cu un nou serotip gripal sau amenințarea epidemiei de gripă aviară H5N1)

- Hazardurile hidrologice:

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

- Hazardurile seismice

- Hazardurile tehnologice produse de:

- erorile de proiectare a instalațiilor industriale, de gradul ridicat de uzură al acestora și/sau de managementul defectuos practicat de proprietarii acestora;

- transportul substanțelor periculoase;

- ruperi de baraje sau explozii ale unor instalații cauzate de factori naturali;

- Evenimentele sau accidentele în care apar scurgeri de substanțe radioactive;

- Evenimentele sau accidentele din industria chimică;

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

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

- Evenimentele sau accidentele la construcțiile hidrotehnice cauzate de cedarea parțială sau distrugerea digurilor și a barajelor, care pot fi produse de viituri puternice și sunt urmate de inundații cu efecte devastatoare;

- Distrugerea infrastructurii pentru transport cauzată de cedarea podurilor de cale ferată sau transport rutier.

b) Căderi de obiecte cosmice

c) Eșecul utilităților publice

d) Situații medicale deosebite care necesită comunicare specifică, pot fi de următoarea natură:

- Cazuri medicale ce implică patologii rare;

- Accidente care au ca urmări victime multiple politraumatizante;

- Cazuri medicale cu patologii ce depășesc nivelul de competență a spitalului și care prezintă urgențe care nu pot fi transferate din anumite motive (de exemplu: supraaglomerări ale unităților sanitare din zona de acoperire a spitalului);

- Cazuri medicale foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită;

- Morți subite;

- Epidemii/pandemii.

e) Atacuri teroriste

f) Exerciții în caz de alarmare, antrenamente și exerciții de mobilizare, instituirea stării de asediu, mobilizare totală/parțială, demobilizare, război.

Art.187. - Etapele efective ale procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale sunt următoarele:

a) Orice persoană din cadrul spitalului care ia cunoștință despre o situație deosebită/de urgență comunică de îndată această situație către șeful ierarhic superior în timpul programului de lucru și medicul de gardă în afară programului de lucru, în zilele libere și sărbătorile legale, personal sau prin mijlocul de comunicare pe care-l are la dispoziție;

b) Şeful ierarhic superior/medicul de gardă ia cunoştinţă despre situaţia deosebită/de urgenţă, prin primirea informaţiei din partea personalului angajat din cadrul spitalului sau prin mijloacele de mass-media şi, funcţie de context, verifică veridicitatea informaţiei şi încearcă ca în cel mai scurt timp posibil să adune cât mai multe informaţii despre evenimentul semnalat, luând ulterior următoarele măsuri:

- raportează managerului/înlocuitorului legal al managerului rezultatele primei evaluări. Dacă situaţia o impune, foloseşte mijloace de legătură alternative;
- la dispoziţia managerului, funcţie de evenimentul semnalat, pune în aplicare planul de înştiinţare şi aducerea la spital a echipei de intervenţie din cadrul Serviciului propriu privat pentru situaţii de urgenţă – în afara orelor de program;
- anunţă managerul să se prezinte în spital în vederea stabilirii stării tehnice a instalaţiilor şi pavilioanelor din unitate;
- dacă situaţia depăşeşte competenţele echipelor de intervenţie chemate în afara orelor de program, informează forul tutelar şi solicită intervenţia altor unităţi din zonă, a detaşamentului de pompieri ISU şi la nevoie a serviciului de ambulanţă.
- la sosirea managerului, informează despre situaţia şi măsurile luate, rezultatele evaluării preliminare şi despre sosirea personalului de intervenţie în afara orelor de program;
- funcţie de situaţia concretă, pune în aplicare planurile de intervenţie existente, solicitând prezenţa de urgenţă în cadrul spitalului a personalului nominalizat în acestea. Convocarea întregului personal al spitalului se realizează prin lanţul de anunţare întocmit din timp şi care este adus la cunoştinţa întregului personal.

c) Responsabilul de comunicarea cu mass-media, în situaţii de criză este responsabil cu elaborarea şi prezentarea mesajelor în numele Spitalului şi cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât şi a populaţiei. Responsabilul de comunicarea cu mass-media este principala persoană de contact pentru mass-media şi, în acelaşi timp, "vocea" Spitalului pentru situaţii de urgenţă în cadrul conferinţelor de presă şi în interviurile media.

d) Responsabilul de comunicarea cu mass-media, în situaţii de criză se asigură ca următoarele reguli vor fi respectate:

- toţi comunicatorii primesc acelaşi mesaj în timp util;
- informaţia este distribuită la nivelul tuturor instituţiilor implicate;

e) Responsabilul de comunicarea cu mass-media este subordonat managerului Spitalului. Acesta face parte din echipa de comunicare, fiind direct responsabil de conţinutul şi calitatea informaţiilor făcute publice.

f) În mod obligatoriu, în situaţii deosebite/exceptionale, după adunarea şi verificarea informaţiilor în vederea difuzării, este necesară respectarea următoarelor reguli:

- informaţia trebuie transmisă simultan tuturor canalelor mass-media, utilizându-se toate mijloacele disponibile şi întreg personalul;
- conferinţele de presă se vor organiza cât mai curând posibil, dar numai după verificarea informaţiilor, precum şi în cazul în care apar informaţii noi;
- comunicatele de presă trebuie să reprezinte instrumentul principal de informare atât pentru presă, cât şi pentru instituţii.

g) Strategia de comunicare cea mai adecvată în situaţii deosebite/exceptionale trebuie să fie una proactivă: mesajele vor fi construite anticipat, adaptate fiecărei categorii de public şi diseminate, pe cât posibil, înainte ca zvonurile sau speculaţiile transmise prin intermediul mass-mediei sau vehiculate pe cale orală să scape de sub controlul comunicatorilor. În cazul apariţiei unor incidente

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

h) În organizarea conferințelor de presă și colaborarea cu mass-media (inclusiv pentru comunicarea post-dezastru) se vor respecta/adapta, după caz, regulile instituite prin *Ordinul ministrului afacerilor interne nr. 632/2008 privind implementarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență* și a „Ghidului și principalele activități de comunicare în timpul situațiilor de urgență” instituit de *H.G. nr. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență*.

i) Pentru fiecare dintre hazardurile menționate la art. 207 alin. (3) lit. a) din prezentul Regulament, comunicările către proprii angajați ai spitalului cât și către mass-media, vor conține, după caz, informații privind aspectele-cheie prevăzute la pct. IV.D din *H.G. nr. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență*.

j) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, Consiliul medical participă alături de manager la organizarea asistenței medicale în situații deosebite/exceptionale. În acest context, la producerea oricăreia dintre situațiile deosebite/exceptionale prevăzute de prezenta reglementare, directorul medical convoacă în regim de urgență Consiliul medical care propune luarea de măsuri funcție de situația concretă.

k) De asemenea, Consiliul medical se întrunește în regim de urgență în vederea analizei și luării de decizii pentru fiecare dintre situațiile medicale deosebite care necesită comunicare specifică menționate la art.207 alin. (3) lit. d) de la pct. ”IX.41. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale” din prezentul Regulament.

l) În conformitate cu prevederile legale în vigoare, Comitetul director – cu sprijinul structurii din cadrul Spitalului care gestionează activitățile de pregătire pentru mobilizare, elaborează și actualizează în permanență planul de acțiune pentru situațiile speciale și de asistență medicală în caz de război, dezastru, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză.

Art.188. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale sunt următorii:

- a) Număr persoane afectate, ca urmare a comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență;
- b) Pierderi materiale, exprimate în lei, datorate comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență.
- c) Numărul de exerciții în domeniu, desfășurate de către spital în managementul și gestionarea situațiilor de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.

IX.29. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor

Art.189. – (1) Reglementarea procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor are ca principale scopuri:

- a) Se stabilesc regulile prin care se asigură îndeplinirea procedurilor necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor pacienților;
- b) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate/decesul pacientului;
 - reinternarea pacientului cu același diagnostic.

Art.190. –Etapile procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Spitalului, comunicarea între medicul de familie și medicul specialist intervine în cazul în care afecțiunea pacientului are la baza funcțiile diferite ale celor două categorii de profesioniști. Exercitându-și rolul de filtru, în scopul asigurării asistenței medicale curente, medicul de familie

abordează afecțiunile frecvente, cu criterii clare de diagnostic și tratament, prin urmare, el trebuie să pună diagnosticul (adică să identifice afecțiunea ca entitate, pe de o parte, și să stabilească apartenența sa la asistența medicală curentă, pe de altă parte) și, să inițieze și să monitorizeze tratamentul; pentru această situație, nu este necesară comunicarea cu medicul specialist (ci doar comunicarea cu laboratorul de analize medicale sau cu farmacia, după caz). Solicitarea serviciilor medicului specialist apare în cazul în care pacientul se prezintă la medicul de familie cu o afecțiune care nu îndeplinește (unul sau mai multe dintre) criteriile enumerate anterior (afecțiune rară sau caz atipic al unei afecțiuni frecvente).

b) În cazul în care sunt necesare serviciile unui medic specialist, medicul de familie inițiază comunicarea cu acesta în scopul stabilirii diagnosticului și tratamentului. Ca urmare, medicul de familie va completa un bilet de trimitere ce va cuprinde în mod esențial diagnosticul prezumtiv, și va primi, ulterior lista investigațiilor efectuate de către medicul specialist, scrisoarea medicală.

c) La externare, pacienții primesc de la medicul specialist (curant):

- scrisoare medicală ce poate fi înlocuită de un bilet de ieșire din spital, care conține toate informațiile din scrisoarea medicală. În biletul de ieșire din spital/scrisoare medicală se menționează, în mod obligatoriu, după caz: eliberarea prescripției medicale cu serie și număr, eliberarea certificatului de concediu medical cu serie și număr (număr zile de concediu acordat), eliberarea recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, eliberarea prescripției medicale pentru dispozitive medicale în ambulatoriu.

- la externare, dacă situația o impune, pacienții beneficiază de prescripții medicale, pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/bilet ieseire din spital pentru o perioadă de maxim 90/91/92 de zile și după caz - certificat de concediu medical pe perioada internării și în continuare. Nerespectarea acestei obligații se sancționează cu reținerea sumei de 200 lei pentru fiecare caz identificat în timpul unui control ulterior.

- decontul pe pacient, document care conține informații privind cheltuielile ocazionate de asistența medicală acordată pacientului.

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

- datele de identificare a pacientului (nume, prenume, vârstă, sex, adresa, cod numeric personal);
- denumire furnizor/număr contract/număr convenție CAS Sălaj
- date privind identitatea medicului consultant (nume, prenume, specialitatea, gradul profesional, codul de parafă).
- Modelul de scrisoare medicală utilizat este cel aprobat prin normele de aplicare a contractului cadru.

e) Prescripțiile medicale:

- pentru pacienții cu boli cronice stabilizate, pentru care a fost realizată deja o schemă terapeutică, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile (perioada este stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției, aceasta

fiind menționată sub rubrica aferentă CNP-ului/codului unic de asigurare; acești asigurați nu mai pot beneficia de o altă rețetă medicală pentru boala cronică, eliberată în aceeași perioadă);

- prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi, cuprinde medicația pentru maximum 30-31 de zile.

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

Art.191. -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor sunt următorii:

a) Numărul de pacienți externați fără scrisori medicale/bilete de ieșire din spital din total pacienți externați în ultimul an calendaristic (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C.G.);

b) Numărul de pacienți externați fără prescripție medicală din total pacienți externați în ultimul an calendaristic (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C.G.);

c) Numărul sancțiunilor aplicate pentru lipsa unei prescripții medicale la externarea pacientului per numărul total de medici încadrați în Spitalului, în ultimul an calendaristic.

IX.30. - Predarea/preluarea pacienților cu suspiciune de boală cronică renală (B.C.R.) de/către medicul nefrolog

Art.192. – Reglementarea procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog are ca principale scopuri:

a) Se face dovada faptului că personalul medical din cadrul Spitalului se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi⁴;

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

- agravarea stării de sănătate a pacientului / deces.

Art.193. –Etapetele procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Spitalului, potrivit protocolului de depistare a pacienților cu B.C.R. existent, creatinina, clearance-ul de creatinină și sumarul de urină sunt determinări uzuale la pacienții internați fiind, potrivit deciziei Consiliului medical, analize care fac parte din setul minim de analize care se fac pentru toți pacienții internați în regim de spitalizare continuă. Excepțiile de la această regulă sunt luate prin decizie a Consiliului medical la propunerea șefilor de secții/compartimente cu paturi. În plus, în protocoalele clinice este precizată obligativitatea determinării raportului albumină (proteine)/creatinină în urină proaspăt emisă sau albuminurie (proteinurie) în urină din 24 ore, la bolnavii internați cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă-transplant), indiferent dacă aceste diagnostice de internare sunt principale sau secundare.

b) Personalul medical din cadrul Laboratorului analize medicale al Spitalului calculează rata filtrării glomerulare (RFG) plecând de la creatinina serică și, în situația că valorile eRFG se încadrează la niveluri critice ($RFG < 44 \text{ ml/min/1,73 mp}$ se efectuează albumina), aplică prevederile pct. IX.24 „Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor” din prezentul Regulament.

c) Pacienții cu B.C.R. trebuie îndrumați de către medicii curanți către Cabinetul de nefrologie din Ambulatoriul integrat –în situația în care acesta este încadrat cu medic de specialitate „nefrologie” sau serviciile de nefrologie din alt spital cu care are protocol de colaborare pentru consulturi

⁴ În continuare: „B.C.R.”

interclinice sau pentru exprimarea unei o „a doua opinii medicale”. Trimiterea pentru astfel de consulturi se realizează în scopul:

- confirmarea diagnosticului de B.C.R.
- precizarea bolii renale primare
- stabilirea planului de îngrijire
- evaluare periodică

d) Situațiile care impun trimiterea de către medicii curanți la astfel consulturi sunt următoarele:

- Trimitere imediată - sunt acele situații în care întârzierea inițierii tratamentului (inclusiv prin dializă) poate determina evoluție gravă sau deces

-Trimiterea de urgență - indică posibilitatea agravării situației clinice în lipsa unui tratament prompt

-Trimiterea de rutină se adresează situațiilor în care consulturile pot fi planificate

Această ierarhizare este impusă de capacitatea actuală redusă a serviciilor de nefrologie din România și urmărește evitarea situațiilor în care bolnavii nu au acces, în condiții de siguranță, la servicii specializate. În concluzie, criteriile amintite nu trebuie interpretate ca o limitare a libertății medicilor sau a pacienților de a solicita consultații specializate, în orice moment, indiferent de starea clinică.

e) Criterii cadru pentru trimiterea pacienților de către medicii curanți la consult de specialitate în specialitatea „nefrologie” sunt următoarele:

A. Probleme nefrologice, indiferent de eRFG:

a. Trimitere imediată pentru:

- Creștere a concentrației creatininei serice cu 0.3mg/dL sau creștere procentuală a creatininei serice cu mai mult de 50% (1.5 ori) față de valorile anterioare sau o reducere a debitului urinar (oligurie documentată de sub 0.5mL/min pentru mai mult de 6 ore);

- HTA malignă;

- Tulburări ale echilibrului hidro-electrolitic (hiperkaliemie >7.0mEq/L, hipokaliemie <2.5 mEq/L, hipercalcemie >11mg/dL);

- Tulburări ale echilibrului acido-bazic (acidoză metabolică severă, bicarbonat standard <15mEq/L);

b. Trimitere de urgență pentru bolnavii cu eRFG stabil și:

- Proteinurie >3000mg/g creatinină urinară și hipoalbuminemie, ± edeme (sindrom nefrotic);

- Proteinurie >1000mg/g creatinină urinară asociată cu hematurie microscopică (sindrom nefritic);

c. Trimitere de rutină pentru bolnavii cu eRFG stabil și:

- Proteinurie $\geq 1+$ la testul bandetei reactive (>200mg/g creatinină urinară) asociată sau nu cu hematurie microscopică;

- Hematurie macroscopică cu evaluare urologică negativă

B. În raport de eRFG (mL/min/1.73m²):

a. Trimitere imediată <15mL/min/1.73m², indiferent dacă sunt prezente manifestări ale uremiei sau nu.

b. Trimitere de urgență 15-29mL/min/1.73m², dacă BCR nu este cunoscută sau eRFG nu este stabilă

c. Trimitere de rutină în restul cazurilor.

C. Trimitere de rutină – la valori de 30-59mL/min/1.73m² dacă se constată:

- Scădere progresivă a eRFG sau creștere progresivă a concentrației creatininei serice;

- Prezența hematuriei microscopice;

- Proteinurie >200mg/g creatinină urinară;

- Anemie inexplicabilă (Hb < 11g/dL), acidoză, kaliemie, calcemie sau fosfatemie anormale;

- Suspiciune de boală sistemică, de ex. LES;

- PA „necontrolabilă” ($\geq 150/90$ mmHg la 3 agenți antihipertensivi).

D. Trimiterea nu este necesară la valori a eRFG cuprinse între 60-89mL/min/1.73m² dacă nu există vreuna din situațiile de mai sus.

f) Toate scrisorile medicale eliberate de către medicii curanți pentru pacienții externati cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată vor conține în mod obligatoriu indicații de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (RFG). Respectivul scrisori medicale trebuie însoțite și de următoarele informații minime obligatorii:

- Anamneză medicală generală

- Simptomatologie reno-urinară
 - medicație
 - Examen fizic (elemente relevante pozitive - PA, diureză etc.)
 - Testul bandelei reactive pentru hematurie și proteinurie
 - Raportul proteinurie/creatininurie, în caz de existență a proteinuriei
 - Hemograma
 - Valorile serice: creatinină, sodiu, potasiu, albumine, calciu, fosfat, colesterol, glicemie
 - Hb A1c (în diabetul zaharat)
 - Toate rezultatele anterioare ale creatininemiei
 - Ecografie abdominală, dacă este disponibilă
- g) La nivelul fiecărei secții medicale din cadrul Spitalului funcționează o evidență/registru (conform unui model agreat de către Consiliul medical) în care vor fi înscrși, prin grija asistentei șef, toți pacienții cu suspiciune de B.C.R. identificați în urma aplicării de către medicii curanți a protocolului de depistare a pacienților cu B.C.R..
- Art.194.** - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog sunt următorii:
- a) Număr de pacienți cu suspiciune de B.C.R. identificați în urma aplicării de către medicii curanți a protocolului de depistare a pacienților cu B.C.R., înregistrați în evidențele/registrele care funcționează pe secțiile medicale, din total pacienți internați pe respectivele secții, în ultimul an calendaristic.
 - b) Numărul F.O.C.G. cu sumar de urină consemnat per numărul F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic.
 - c) Numărul F.O.C.G. cu creatinină serică determinată per numărul F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic.
 - d) Numărul pacienților cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă/transplant) pentru care s-a consemnat în F.O.C.G. raportul albumină (proteine)/creatinină în urină per număr F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic.

IX.31. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților

Art.195. – Reglementarea procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unor reguli clare de prescriere a medicației în spital care să fie cunoscute la nivel de secție și farmacie.
- b) Eliminarea / tratarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - prescrierea unor tratamente inadecvate;
 - agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.196. – Etapele procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În înțelesul pct. 22 al art. 699 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, termenul de „prescripție medicală” presupune „orice prescripție de medicamente emisă de o persoană calificată în acest sens”
- b) În legătură cu exercitarea profesiei și în limita competențelor profesionale, medicului nu îi pot fi impuse îngrădiri privind prescripția și recomandările cu caracter medical, avându-se în vedere caracterul umanitar al profesiei de medic, obligația medicului de deosebit respect față de ființa umană și de loialitate față de pacientul său, precum și dreptul medicului de a prescrie și de a recomanda tot ceea ce este necesar din punct de vedere medical pacientului.

Prescrierea medicamentelor de către medicul prescriptor se face cu respectarea protocoalelor terapeutice, elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, iar pentru medicamentele care nu au protocol terapeutic, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor. Protocoalele terapeutice constituie baza de prescriere și monitorizare a medicamentelor care se acordă asiguraților pe bază de

prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Respectarea schemelor terapeutice stabilite conform protocoalelor terapeutice prevăzute în *OMS nr. 564/499 din 04.05.2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, aprobata prin Hotarârea Guvernului nr. 720/2008 și a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările și completările ulterioare.*

Inițierea și continuarea tratamentului specific unei afecțiuni de către medicii prescriptori aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate se realizează în limita competențelor profesionale ale fiecărui medic prescriptor cu respectarea prevederilor fiecărui protocol terapeutic. Nerespectarea protocoalelor terapeutice de către medicii prescriptori se sancționează în conformitate cu hotărârile Guvernului de aprobare a Contractului-cadru și a programelor naționale de sănătate, iar contravaloarea medicamentelor astfel prescrise nu se recuperează, dacă asiguratul îndeplinește condițiile de eligibilitate prevăzute în protocoalele terapeutice aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, de a beneficia de astfel de medicamente la data emiterii prescripției.

c) Medicamentele se eliberează de către medicii prescriptori cu prescripție medicală, în limitele competențelor profesionale, dacă:

- prezintă un pericol direct ori indirect, chiar în cazul utilizării corecte, dacă sunt folosite fără supraveghere medicală; sau
- sunt utilizate frecvent și în mare măsură incorect și ca atare pot prezenta un pericol direct ori indirect pentru sănătatea umană; sau
- conțin substanțe ori preparate ale acestora ale căror activitate și/sau reacții adverse necesită investigații aprofundate; sau
- sunt prescrise în mod normal de medic pentru a fi administrate parenteral.

d) În cadrul Spitalului, prescrierea medicamentelor se realizează de către medicii prescriptori în limitele competențelor profesionale determinate de:

- Specialitatea medicală/specialitățile medicale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
- Gradul profesional / gradele profesionale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmat/i prin ordin al ministrului sănătății;
- Confirmarea în grade universitare/didactice/de cercetare potrivit legislației incidente în vigoare;
- Confirmarea în titluri de "Doctor în medicină";
- Absolvirea unor supraspecializări și obținerea unor atestate de studii complementare/competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare.

e) Indiferent de modalitatea de prezentare și internare a pacienților în cadrul Spitalului, prescrierea medicamentelor de către medicii curanți prescriptori se realizează în limitele competențelor stabilite la lit. f), în raport cu diagnosticul /simptomatologia pentru care a fost internat/tratat pacientul.

f) Pentru prescrierea și tratarea unor diagnostice secundare/comorbidități altele decât diagnosticul /simptomatologia pentru care a fost internat/tratat pacientul, medicul curant prescriptor aplică reglementarea din PO 61-05 Consultul interdisciplinar, context în care prescrierea unor medicamente specifice tratamentului respectivelor diagnostice secundare/comorbidități, revine în sarcina exclusivă a medicilor care realizează consulturile interdisciplinare.

g) Schema de tratament finală se stabilește de către medicul curant care solicită atunci când consideră necesar sprijinul medicilor care au realizat consulturile interdisciplinare, precum și a farmacistului, astfel încât să se elimine riscul unor interacțiuni medicamentoase care pot da reacții adverse și/sau ar putea pune în pericol sănătatea/viața pacientului. În mod obligatoriu la stabilirea schemei de tratament finală, medicul curant prescriptor va ține seama inclusiv de o eventuală schemă de tratament preexistentă, pe care pacientul o urmează la momentul inițial al internării.

h) Medicii șefi de secție au obligația de a verifica zilnic prescrierea tratamentului medicamentos pacienților internați în secție, inclusiv a celor internați în timpul gărzii și să ia măsuri adecvate, după caz, pentru fiecare situație care comportă depășirea competențelor profesionale.

i) Potrivit prevederilor regulilor de bună practică farmaceutică, farmacistul trebuie să încurajeze o prescriere rațională și să promoveze utilizarea corespunzătoare a medicamentelor, inclusiv în scopul evitării automedicației de către pacienți. Potrivit aceluiași reguli farmacistul trebuie să utilizeze toată experiența sa profesională pentru evaluarea prescripției medicale în ceea ce privește:

- toate aspectele terapeutice (farmaceutice și farmacologice);
- adaptarea sa la persoana în cauză;
- contraindicațiile și interacțiunile medicamentelor conținute;
- unele aspecte sociale, de reglementare și, de asemenea, unele aspecte economice.

j) Situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spital sunt analizate la nivelul Consiliului medical în baza informărilor realizate de către șefii de secții medicale ori farmacistul/farmacisti din cadrul spitalului atunci când se constată astfel de situații.

Art.197. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților sunt următorii:

a) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către șefii fiecărei secții medicale din cadrul spitalului cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spitalului, în raport cu numărul total de pacienți externați/secție din spital în ultimul an calendaristic.

b) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către farmacistul/farmacisti din cadrul spitalului cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spitalului, în raport cu numărul total de pacienți externați din spital în ultimul an calendaristic.

IX.32. Modul de respectare a intimității pacientului

Art.198. –Reglementarea procesului de respectare a intimității pacientului are ca principale scopuri:

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

Art.199. – (1) În cadrul Spitalului, pe parcursul perioadei de spitalizare, respectarea intimității pacientului presupune derularea de către întregul personal implicat în îngrijirea pacienților a următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Izolarea vizuală a pacientului prin utilizarea în mod uzual de paravane mobile/perdele în spații de consult, de tratament, saloane etc.;
- b) Utilizarea de saloane cu un număr cât mai redus de paturi în care se asigură internarea separată a pacienților funcție de sexul acestora;
- c) Utilizarea după caz a unui sistem de semnalizare luminoasă sau a unei alte modalități funcționale de blocare a accesului în timpul consultației, efectuării unei investigații sau a unei proceduri medicale;
- d) Utilizarea de cabine de duș compartimentate;
- e) Utilizarea de cabine WC pentru persoane cu handicap în măsura existenței acestora pe fiecare secție;

f) Utilizarea de cabine/spații echipare/dezechipare pacienți delimitate (ușă, paravane, perdele), inclusiv în incinta blocului operator.

g) Utilizarea de lenjerie de unică folosință pentru pacienții care urmează să sufere intervenții chirurgicale în blocul operator.

(2) Modalitățile de asigurare a intimității pacienților în raport cu persoanele neautorizate este reglementat la pct. IX.11. *”Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate”* din prezentul Regulament.

(3) Asigurarea intimității pacienților în relația acestora cu mass-media, se realizează potrivit pct. IX.16. *„Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia”* din prezentul Regulament.

(4) Pentru asigurarea intimității pacienților implicați în procesul de învățământ medical, personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului aplică în mod obligatoriu prevederile din prezentul Regulament.

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

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

Art.200. - Indicatorii de eficiență și eficacitate a procesului de respectare a intimității pacientului sunt următorii:

a) Număr de cabine duș cu uși/ număr de paturi pe secție;

b) Număr saloane cu 3-6 paturi, prevăzute cu grup sanitar propriu pe fiecare secție/ număr total saloane pe fiecare secție;

c) Număr de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/apartenențelor referitoare la respectarea intimității pacientului/ număr total de reclamații pe parcursul unui an calendaristic.

IX.33. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament

Art.201. – Reglementarea accesului la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament are ca principale scopuri:

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

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

○ Incidente de securitate care privesc compromiterea deteriorarea, copierea sau alterarea datelor medicale cu caracter personal ale pacienților.

Art.202. –Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Spitalului pacienții se pot interna în regim de spitalizare continuă sau regim de spitalizare de zi, prin biroul internări sau prin serviciul de urgență al spitalului situație în care se emite o F.O.C.G./F.S.Z., Fișă de urgență, după caz. În această situație accesul la respectivele documente medicale îl au, după caz – funcție de compartimentul în care se emit respectivele documente medicale, registratorii care emit respectivele documente din Serviciul Statistică / serviciul de urgență al spitalului, șeful Serviciul Statistică, medicul de gardă și asistenții medicali din serviciul de urgență al spitalului care realizează triajul precum și care acordă îngrijiri, după caz. În această situație accesul la documentele medicale se limitează la completarea datelor inițiale necesare internării propriu-zise a pacienților în cadrul Spitalului.

b) În situația prezentării în urgență a pacienților se întocmește o Fișă urgență la care are acces registratorul medical, medicul de gardă și asistenții medicali din serviciul de urgență al spitalului care realizează triajul precum și care acordă îngrijiri după caz, precum și medicii care realizează consulturile interdisciplinare. În această situație accesul la Fișa urgență a fiecărei categorii profesionale anterior menționate este limitată de competențele pe care le au în raport cu pacientul

precum și de atribuțiile înscrise în fișele de post. Fișele urgență emise în serviciul de urgență al spitalului precum și celelalte documente medicale cu care se prezintă pacienții în respectivul serviciu se păstrează pe timpul procesului de evaluare și/sau tratament al acestora în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.

c) Pacienții care urmează să fie internați în regim de spitalizare continuă/de zi sunt însoțiți în structurile medicale cărora li se adresează, de către personal nominalizat anual din cadrul fiecărei structuri medicale. Respectivul personal răspunde de integritatea documentelor medicale care sunt eliberate de către Serviciul Statistică, serviciul de urgență al spitalului până în structurile medicale în care aceștia se internează. La prezentarea în structurile medicale, personalul care însoțește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei șefe sau medicului curant al pacientului. Respectivele documente medicale sunt înregistrate la nivelul structurilor medicale în registre de evidență dedicate acestui scop.

d) Pe toată durata internării în regim continuu/de zi a pacienților, documentele medicale ale pacienților sunt păstrate la nivelul structurilor medicale în care aceștia sunt internați, în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine. Accesul la respectivele documente este permis, după caz, următoarelor categorii de personal:

- Șefii de structuri medicale – au responsabilitatea verificării modului de completare a documentelor medicale;

- Medicii curanți – care au obligația de a înscrie, funcție de cazuistică, anamneza, tabloul clinic, investigații și rezultatele acestora, diagnostice, tratamentul (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical, de urgență), prescripții/recomandări pe timpul internării/după externare etc.;

- Medicii care efectuează consulturi interdisciplinare – conform prevederilor PO 61-05 *"Efectuarea consultului interdisciplinar, inclusiv a consultului psihiatric"*

- Medicii din serviciile paraclinice – în limita solicitărilor medicilor curanți;

- Medici care exprimă "o a doua opinie medicală" - se realizează la solicitarea pacienților, prin aplicarea prevederilor pct. IX.8 *"Modalitatea în care pacientul poate solicita "a doua opinie medicală" altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate"* din prezentul Regulament.

- Fiziokinetoterapeuții – înscrierile acestora în documentele medicale se realizează în limitele îngrijirilor efectuate potrivit competențelor profesionale avute;

- Psihologii – se realizează la solicitarea medicilor curanți, prin aplicarea prevederilor pct. IX.39 *"Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice"* din prezentul Regulament;

- Asistenții medicali – completează planurile de îngrijiri. Completarea de către aceștia și a altor înscrisuri în F.O.C.G./F.S.Z. se realizează numai în situația delegării acestei responsabilități de către medicii curanți. Responsabilitatea respectivelor înscrisuri efectuate de către asistenții medicali în F.O.C.G./F.S.Z revine exclusiv în sarcina medicilor curanți, care au obligația ca în această situație să verifice aceste înscrisuri, să aplice parafa și să le semneze.

- Infirmieri – completează după caz date din planul de mobilizare a pacientului;

- Registratori medicali - culeg din documentele medicale informații necesare întocmirii condicilor de medicamente, decontului de materiale sanitare și informații privind procedurile medicale efectuate în sala de operație și terapie intensivă.

- Personalul medico-sanitar care însoțește pacienții la consulturi interdisciplinare sau analize paraclinice răspunde de integritatea documentelor medicale pe timpul însoțirii pacienților. La înapoierea în structurile medicale, personalul care însoțește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei șefe sau medicului curant al pacientului.

e) Medicii din Ambulatoriu integrat completează documentele medicale ale pacienților care se adresează pentru consulturi medicale în cadrul Ambulatoriului integrat. Respectivele documente se păstrează în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.

f) În cadrul farmaciei spitalului, farmaciștii și asistenții de farmacie au acces la condicile de medicamente solicitate din cadrul structurilor medicale, în baza cărora eliberează medicația prescrisă de medicii curanți pentru fiecare dintre pacienții internați.

g) În cadrul procesului didactic care se desfășoară în cadrul Spitalului, accesul la informațiile existente în documentele medicale ale pacienților pe timpul cât aceștia se află un proces de evaluare și/sau tratament se realizează potrivit prevederilor din prezentul Regulament.

h) Personalul medico-sanitar are acces în mod controlat la informațiile electronice ale pacienților, prin acordarea de user și parolă pentru fiecare utilizator autorizat în parte. Accesul la datele medicale din sistemul informatic se realizează potrivit prevederilor pct. IX.66. *”Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului”* din prezentul Regulament.

i) Spitalul prin angajații săi asigură accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale ale pacienților pe timpul cât aceștia se află un proces de evaluare și/sau tratament. În acest sens, eliberarea adeverințelor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale se realizează potrivit PO 56 – 01 *”Arhivarea, păstrarea, eliminarea documentelor din arhivă, eliberarea adeverințelor și a duplicatelor în SJUZ ”*

Art. 203. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Număr de incidente de securitate care privesc compromiterea deteriorarea, copierea sau alterarea datelor medicale cu caracter personal ale pacienților în ultimul an calendaristic;

b) Număr de amenzi administrative primite pentru nonconformitate din partea autorităților de supraveghere.

IX.34. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologie

Art.204. – Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii are ca principale scopuri:

a) Asigurarea condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.

b) Asigurarea unei comunicări eficiente pe pagina de internet a spitalului a unor informații relevante pentru pacienți și asigurați, astfel încât să se realizeze implicit dezideratul de continuitate a procesului de îngrijire.

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

- agravarea stării de sănătate a pacientului/decesul
- limitarea opțiunilor de recuperare/reabilitare a pacientului, din cauza lipsei de informații;
- reinternarea pacienților cu aceeași afecțiune.

Art.205. – (1) Etapele procesului de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Prin grija directorului medical se va întocmi la nivelul Spitalului o listă a organizațiilor care prestează servicii de recuperare/reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului. Aceasta cuprinde datele de contact a fiecărei organizații identificate, precum și detalii privind obiectul de activitate al fiecăreia dintre acestea. Respectiva listă are rol dublu, după cum urmează:

- Este utilizată de către Comitetul director, după caz, la întocmirea *”Analizei privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire a Spitalului și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul acoperit de acesta”*, analiză care se constituie ca anexă la Planul strategic de dezvoltare al spitalului;

- Se postează pe pagina de internet a spitalului pentru a asigura informații relevante pentru pacienți și asigurați, astfel încât să se realizeze implicit dezideratul de continuitate a procesului de îngrijire ca și componentă a recuperării active a pacientului, mobiliării precoce și promovarea unui stil de viață sănătos.

b) Prin grija personalului Serviciului managementul calității serviciilor de sănătate, se realizează în extras o listă cu informații succinte din lista organizațiilor care prestează servicii de

recuperare/reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului, extrasele respective afișându-se pe fiecare din structurile medicale astfel încât să se asigure informarea tuturor pacienților despre existența respectivelor organizații. Extrasele din listă vor conține inclusiv informația că detalii privind organizațiile care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului se regăsesc pe pagina de internet a spitalului.

c) Informații despre întocmirea și postarea listei organizațiilor care prestează servicii de recuperare/reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului se comunică imediat după întocmirea acestora în cadrul ședinței Consiliului medical cât și la raportul de gardă cu participare lărgită a personalului care se desfășoară săptămânal, astfel încât întreg personalul medico-sanitar de existența acestor informații. Ulterior, la externarea din spital a pacienților, personalul medico-sanitar are obligația de a informa pe aceștia, raportat la patologiiile acestora, despre posibilitățile de accesare a serviciilor de recuperare/ reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului.

d) La cererea pacienților care se externează și care au domiciliul în alte județe decât zona deservită de Spitalului, medicii curanți ai acestora au obligația de a identifica pe internet și a pune la dispoziție pacienților variante de organizații care asigură servicii de recuperare/reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în zona de domiciliu a pacienților.

e) În situația existenței la nivelul Spitalului a unor contracte/protocoale de colaborare în vigoare cu organizații care prestează servicii de recuperare/reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului, despre existența acestora – prin grija directorului medical – se va aduce la cunoștința personalului medico-sanitar din cadrul Spitalului, acesta având obligația de a aplica, atunci când situația o impune, prevederile respectivelor contracte/protocoale de colaborare.

Art.206. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Numărul organizațiilor identificate care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului și care fac obiectul informării pacienților care se externează din Spitalului.

b) Numărul de contracte/protocoale de colaborare în vigoare cu organizații care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului.

IX.35. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare

Art.207. – Reglementarea procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare are ca principale scopuri:

a) Stabilește datele medicale necesar a fi culese consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării

b) Înregistrarea corectă, completă, în timp real a datelor medicale.

c) Evitarea redundanțelor.

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

- apariția diferențelor între datele înregistrate și cele reale.

Art.208. – Etapele procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Utilizarea datelor cu caracter personal în cadrul Spitalului este necesar să se realizeze în conformitate cu reglementările legale în vigoare prin care se asigură protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

b) Colectarea datelor medicale și completarea acestora în documentele medicale pe întreaga durată a internării pacienților în Spitalului se desfășoară în conformitate cu prevederile *O.M.S. nr. 1.782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi.*

c) Colectarea informațiilor în format electronic se efectuează începând cu internarea pacientului până la consemnarea rezultatelor investigațiilor medicale. Înregistrarea datelor în format electronic se realizează astfel:

- În serviciul de urgență al spitalului, pentru a înregistra urgența - datele de identificare ale pacienților

- Pentru internarea continuă - setul minim de date din F.O.C.G.

- Pentru internarea de zi - datele de identificare ale pacienților se introduc în F.S.Z.

- Pentru consultațiile în ambulatoriul integrat - datele de identificare ale pacienților

d) În momentul internării continue a pacientului în F.O.C.G. se completează în format electronic Setul Minim de Date la Nivel de Pacient (S.M.D.P.). Pentru pacienții internați între orele 7,00 - 15,00 F.O.C.G. se întocmește la nivelul Biroului internări prin completarea în format electronic a S.M.D.P., respectiv:

- Codul de identificare a cazului internat.
- Codul de identificare a spitalului
- Codul de identificare a secției
- Numărul foii de observație clinică generală
- Codul de identificare a pacientului - CID
- Codul situației speciale (suspiciune de accident de muncă, suspiciune de boală profesională, accident rutier, vătămare corporală)
- Structura prin care se realizează internarea pacientului
- Sexul
- Data nașterii
- Județul de domiciliu al pacientului
- Localitatea de domiciliu al pacientului
- Cetățenia

- Ocupația
- Nivelul de instruire
- Statut asigurat
- Tipul asigurării de sănătate
- Nr. card european
- Nr. pașaport
- Nr. card național
- Casa de asigurări de sănătate
- Tipul internării
- Serie bilet internare
- Număr bilet internare
- Criteriul de internare
- Data internării
- Ora internării
- Diagnosticul de trimitere

e) Documentele medicale completate cu informațiile menționate sus-menționate se listează și însoțesc pacientul pe secția unde acesta se internează.

f) Ulterior toate informațiile din F.O.C.G. se completează în format scris pe suport hârtie, respectiv:

- În situația internării pacientului în afara orelor de program, diagnosticul la internare este cel al medicului din linia de gardă aferentă fiecărei secții și este semnat și parafat; el se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.

- Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.

- Diagnosticul la externare se completează și se codifică de către medicul curant în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.

- În caz de transfer intraspitalicesc se va stabili pentru o F.O.C.G. un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celelalte diagnostice vor fi trecute, dacă este cazul, la diagnostice secundare și complicații.

- Anamneza și istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea. Se consemnează de medicul curant.

- Investigațiile și procedurile efectuate pe perioada spitalizării (explorări funcționale, investigații radiologice, intervenții chirurgicale) se vor înregistra codificat, specificându-se și numărul acestora, la nivelul serviciilor de profil.

- Procedurile medicale se codifică conform Listei tabelare a procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, varianta australiană, CIM-10-AM v.3.

- Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.

- Explorările funcționale și investigațiile radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații

- În situația că există posibilitatea tehnică necesară, de la caz la caz, rezultatele investigațiilor de laborator/paraclinice și buletinele de analiză/examinare transmise de către serviciile paraclinice în format electronic, se printează și se introduc în F.O.C.G./F.S.Z./Fișa C.G.. Pe aceste rezultate/buletine de analize se va înscrie numărul documentului medical de internare a pacientului numai pentru situația că acesta nu este înscris în format electronic.
 - Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant.
 - Evoluția și tratamentul prescris se consemnează zilnic de medicul curant. Efectuarea tratamentului se consemnează de asistentul de tură.
 - Tabelul “Transferuri” din F.O.C.G. se completează de către asistentele șefe de secție în momentul venirii și plecării pacientului dintr-o secție în alta – secția menționând data și ora. Medicul curant verifică informațiile și validează prin semnătură și parafă corectitudinea datelor înscrise de asistente. Medicul curant poartă întreaga responsabilitate privind corectitudinea datelor înregistrate în F.O.C.G.
 - Orice incident care apare în legătură cu actul medical pe parcursul spitalizării se consemnează în F.O.C.G. și se anunță medicul șef de secție.
- g) Planul de îngrijiri se inițiază în format hârtie, de către asistentul medical de salon în ziua internării și se completează pe toată durata internării pacientului de către toți asistenții medicali care acordă îngrijiri respectivului pacient.
- h) Asistentul medical șef de secție verifică, prin sondaj, corectitudinea și completitudinea datelor înscrise în planul de îngrijiri/pacient. Planul de îngrijiri se anexează la F.O.C.G.
- i) Documentele medicale de externare (epicriză, bilet de externare, scrisoare medicală, certificat medical, după caz), se întocmesc în format electronic de medicul curant din secția de profil, iar certificatul constatator al decesului se completează olograf de către medicul curant/medicul care constată decesul.
- j) Medicul șef de secție sau persoana desemnată de către acesta are obligația de a verifica toate F.O.C.G. - urile pacienților internați în secție, cel puțin la internarea și externarea acestora.
- k) La nivelul spitalului, semestrial, de regulă pe parcursul lunilor martie și septembrie, directorul medical prezintă Consiliului medical analiza completării corecte și complete a datelor din documentele medicale în baza rapoartelor informative ale șefilor de secție sau a persoanelor desemnate cu verificarea F.O.C.G. cel puțin la internare și externare. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.
- l) La nivelul spitalului, semestrial, de regulă pe parcursul lunilor martie și septembrie, șeful S.M.C.S.S. prezintă Consiliului medical informări privind corectitudinea completării prin sondaj a documentelor medicale (F.O.C.G., bilet de externare, trimitere etc).
- m) Cele două analize prevăzute la lit. k) și l) pot fi întocmite în comun prin colaborarea dintre directorul medical și șeful S.M.C.S.S.

Art.209. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare sunt următorii:

- a) Procent F.O.C.G. completate conform cerințelor legale din total nr F.O.C.G. analizate.
- b) Procent F.S.Z. completate conform cerințelor legale din total nr F.S.Z. analizate.
- c) Procent situații de redundanțe apărute în procesul de colectare și înregistrare date din total nr F.O.C.G./ F.S.Z. analizate
- d) Procent Plan îngrijire adult anexa la F.O.C.G./F.S.Z. completat conform reglementărilor interne din totalul Planurilor îngrijire adult anexe la F.O.C.G./F.S.Z. analizate.

IX.36. Utilizarea chestionarului de satisfacție al angajatului

Art.210.—Reglementarea procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului are ca principale scopuri:

- a) Asigură adoptarea de către conducerea spitalului a unei politici de personal care să motiveze angajații și să determine îmbunătățirea calității, în raport cu răspunsurile și propunerile formulate de către angajați pe chestionarele de satisfacție;

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

- lipsa de transparență decizională;
- necunoașterea nemulțumirilor/nevoilor angajaților;
- decizii eronate ale conducerii.

Art.211.—Etapile procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” se întocmesc de către Direcția RUNOS urmărindu-se în permanență respectarea următoarelor cerințe:

- În mod obligatoriu chestionarul de evaluare a satisfacției angajaților va cuprinde întrebări despre percepția calității vieții profesionale a angajaților, îndeosebi în raport cu munca prestată, în contextul în care aceasta este determinată/influențată de următorii factori:

- Perspectivele de a avansa în carieră
- Siguranța locului de muncă
- Securitatea la locul de muncă
- Posibilitățile de instruire/formare profesională suplimentară
- Relațiile și interacțiunile de la locul de muncă

- Chestionarul de satisfacție al angajaților cuprinde întrebări privind comunicarea dintre aceștia, atât în plan orizontal cât și în plan vertical;

- Modalitatea de aplicare a chestionarului de satisfacție a angajatului va asigura anonimatul acestuia;

- Chestionarul va cuprinde indicații clare, existente în preambulul acestuia, privind locul de depunere a chestionarului de satisfacție a angajaților completat.

b) Actualizarea chestionarelor se realizează de către Direcția RUNOS, de regulă, în situația în care se decide de către conducerea spitalului focusarea pe anumite problematice importante în care feedback-ul din partea angajaților este relevant pentru luarea unor decizii.

c) Evaluarea satisfacției angajaților se realizează anual conform unui calendar stabilit de Direcția RUNOS.

d) Chestionarele și structura eșantionului cuprins în studiu sunt distribuite de Direcția RUNOS prin șefii de structuri.

e) Analizarea, interpretarea și finalizarea setului de propuneri rezultate din evaluarea răspunsurilor angajaților din chestionare se va realiza la nivelul Direcției RUNOS, întocmind în acest sens un raport de analiză care va cuprinde concluziile privind analiza datelor și propuneri și recomandări ale angajaților.

f) Managerul spitalului, în raport de concluziile și propunerile formulate poate decide ca respectiva analiză să fie prezentată în ședință a Consiliului medical sau/și a Comitetului director.

g) Raportul va fi pus și la dispoziția reprezentanților angajaților care, în funcție de concluziile și propunerile formulate în respectiva analiză, pot înainta managerului un proces-verbal de ședință în care vor formula propriile propuneri.

h) Păstrarea chestionarelor completate de angajați se păstrează la nivelul Direcția RUNOS minim o perioadă de un an calendaristic socotită începând cu data la care a fost înregistrat raportul de analiză la care au fost utilizate respectivele chestionare.

Art.212.—Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului este reglementată la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Număr de chestionare completate /număr de chestionare distribuite.

b) Număr de angajați care se declară satisfăcuți/număr total de participanți la procesul de evaluare.

IX.37. Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale

Art.213. —Reglementarea modului de distribuire a personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale are ca principale scopuri:

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

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

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

- îngrijiri necorespunzătoare pe secții/compartimente;
- producerea de EAAAM.

Art.214. –Etapile procesului de distribuire a personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Zilnic, în zilele lucrătoare, la nivelul compartimentelor/secțiilor medicale, în raport cu numărul de pacienți programați pentru internare, numărul de potențiali pacienți internați de urgență (calculat ca medie a internărilor zilnice în regim de urgență pe o perioadă de cel puțin 6 luni) și numărul de pacienți internați neprogramat, șefii/coordonatorii de compartimente medicale efectuează o analiză a necesarului de personal mediu pentru asigurarea de îngrijiri corespunzătoare atât pacienților internați cât și a celor programați pentru internare sau/și a celor care potențial se pot interna, în raport direct cu numărul de paturi neocupate din cadrul compartimentelor medicale.

b) În situația în care se constată sau se presupune că personalul mediu existent în cadrul compartimentelor medicale este insuficient, șefii/coordonatorii acestora raportează medicilor șefi de secții solicitând distribuirea de personal mediu din cadrul altor compartimente medicale ale aceleiași secții medicale.

c) În situația prevăzută la lit. b) medicul șef de secție analizează împreună cu șefii de compartimente medicale din subordine, precum și cu asistenta șefă, posibilitatea distribuirii de personal mediu din alt compartiment în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale ale acestuia.

d) În situația că există posibilitatea de distribuire a personalului mediu între compartimentele aceleiași secții, medicul șef de secție solicită în acest sens avizul directorului de îngrijiri și aprobarea ulterioară de către managerul spitalului. După obținerea aprobării, șeful de compartiment căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă din secție să asigure instruirea respectivului personal mediu, precizându-i cu această ocazie minim următoarele informații: atribuții funcționale, reguli de securitate și sănătate în muncă specifice și graficul de lucru.

e) Dacă nu există posibilitatea de redistribuire a personalului mediu între compartimentele aceleiași secții sau, în situația secțiilor necompartimentate, medicul șef de secție care are nevoie temporar de un surplus de personal mediu, informează în cel mai scurt timp posibil pe directorul de îngrijiri despre necesitatea redistribuirii de personal mediu din altă secție medicală.

f) În situația prevăzută la lit. e) directorul de îngrijiri analizează împreună cu medicii șefi de secții, precum și cu asistentele șefe, posibilitatea distribuirii de personal mediu din altă secție în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale ale acestuia.

g) În situația că există posibilitatea de distribuire a personalului mediu între secțiile spitalului, directorul de îngrijiri solicită în acest sens aprobarea managerului spitalului. După obținerea aprobării șeful de secție/compartiment căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă din secție să asigure instruirea respectivului personal mediu, precizându-i cu această ocazie minim următoarele informații: atribuții funcționale, reguli de securitate și sănătate în muncă specifice și graficul de lucru.

h) De regulă, distribuirea de personal mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, se face între secții/compartimente cu profil asemănător (medicale/chirurgicale), ținând în mod obligatoriu cont de competențele profesionale ale respectivului personal.

i) Pentru personalul mediu care schimbă temporar locul de muncă, șeful structurii de resurse umane întocmește în cel mai scurt timp posibil decizii de delegare conforme prevederilor legale incidente, pe care le supune aprobării managerului spitalului.

j) Deciziile care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al personalului mediu în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor se iau prin consultarea cu reprezentanții angajaților. În acest sens, reprezentanții salariaților se vor întruni de urgență într-o ședință la care vor invita și personalul mediu care urmează să fie delegat. Cu această ocazie

reprezentanții salariaților vor consulta personalul mediu care urmează a fi delegat temporar. În situația că acesta din urmă își exprimă acordul de a fi delegat, reprezentanții salariaților își vor da acordul pentru redistribuire, întocmind în acest sens proces-verbal de ședință. În caz contrar, reprezentanții salariaților iau act de argumentele salariaților și fac propuneri în consecință managerului spitalului.

k) În situația delegării personalului sanitar mediu ca urmare a determinării gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități, reprezentanții salariaților se vor întruni de urgență într-o ședință la care pot invita pe lângă personalul mediu care urmează să fie delegat și personalul care a realizat calculul gradului mediu de dependență a pacienților internați, pentru a-și justifica propunerile.

l) Avizul reprezentanților salariaților și cel al consilierului juridic pe deciziile de delegare este prealabil și obligatoriu aprobării de către managerul spitalului a deciziilor de delegare a personalului mediu între compartimente/secții medicale.

m) Personalul care în cadrul programului de lucru își desfășoară activitatea fracționat la mai multe locuri de muncă prevăzute în legislația în vigoare incidentă, cu sporuri diferite, va beneficia de sporul prevăzut pentru fiecare loc de muncă, în funcție de timpul efectiv prestat în aceste locuri. Evidența timpului lucrat efectiv, în ore și în zile, în diferite locuri de muncă unde se acordă spor în procente diferite, precum și certificarea efectuării acestuia se realizează de către șeful fiecărui loc de muncă în care își desfășoară activitatea.

Art.215. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de distribuire a personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale sunt următorii:

a) Numărul de situații în care s-a procedat la distribuirea între secții/compartimente de personal mediu, ținându-se cont de competențele profesionale din total distribuiți efectuate, pe parcursul unui an calendaristic;

b) Număr de E.A.A.A.M. declarate în care au fost menționate printre cauzele generatoare numărul insuficient de personal medical mediu și/sau auxiliar per număr total de EAAAM în ultimul an calendaristic.

IX.38. Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile

Art.216. – Reglementarea modului de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile are ca principale scopuri:

a) Stabilește reguli de organizare eficace și eficiență a serviciului de urgență al spitalului și a secțiilor medicale în situații în care se constată că nivelul de competență și/sau dotare al acestora este insuficient pentru asigurarea asistenței medicale optime pentru pacient;

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

- agravarea stării de sănătate/decesul pacientului.

Art.217. – Etapele procesului de transfer interclinic pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Compartimentul juridic din cadrul Spitalului încheie acorduri de colaborare cu spitalele de rang superior prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării *O.M.S. nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*. Obiectul respectivului acord de colaborare îl constituie transferul interclinic⁵ al pacienților. După caz, anual, SJUZ poate încheia acorduri de colaborare similare și cu alte spitale din arealul

⁵ transfer interclinic - transferul unui pacient între două unități sanitare, din care unitatea sanitară care primește pacientul este de un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât unitatea sanitară care trimite pacientul

deservit, pornind de la premisa că acestea se pot regăsi în situația de a avea în anumite specialități medicale un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât SJUZ sau că există patologie neacoperită de specialitățile medicale existente în cadrul spitalului.

b) Prin grija consilierului juridic, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui acord de colaborare, acestea se vor multiplica și distribui secțiilor medicale, Ambulatoriului integrat și serviciul de urgență al spitalului, personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin acord/acorduri.

c) În baza acordurilor de colaborare încheiate responsabilitatea de evaluare a pacienților și organizarea transferului interclinic al acestora revine:

- În timpul programului normal de lucru: șefilor de secții/compartimente sau înlocuitorii legali ai acestora, pentru pacienții internați în acestea, respectiv pentru pacienții prezentați în urgență;

- În afara programului normal, medicii din liniile de gardă permanente în fiecare specialitate și medicul de gardă din serviciul de urgență al spitalului. Pentru secțiile în care nu este organizată linie de gardă permanentă responsabilitatea de evaluare prealabilă a pacienților și organizarea transferului interclinic revine medicului de gardă din serviciul de urgență a spitalului.

d) Înaintea efectuării transferului interclinic medicii responsabili nominalizați la lit. c) au obligația să evalueze pacientul și să îi asigure tratamentul necesar stabilizării în vederea transferului, evitând întârzierile nejustificate care pot influența negativ tratamentul definitiv în centrul de specialitate. Examinările și manevrele efectuate vor fi consemnate în fișa pacientului. Originalul sau o copie a acestei fișe însoțește pacientul la unitatea unde acesta este transferat.

e) Medicul responsabil cu evaluarea pacientului are obligația să îl informeze pe acesta sau pe aparținătorii acestuia asupra riscurilor și a posibilelor beneficii ale transferului, consemnând această informare. Acceptul pacientului sau al aparținătorilor se obține, dacă este posibil, înaintea începerii transferului, fără ca aceasta să ducă la întârzieri ce ar fi în detrimentul pacientului. În cazul în care acceptul pacientului sau al aparținătorilor nu poate fi obținut, acest lucru este documentat și motivele sunt explicate în fișa pacientului.

f) Medicul responsabil cu evaluarea pacientului evaluează starea acestuia, necesitatea transferului, momentul transferului, modalitatea transportului, nivelul asistenței medicale pe durata transferului (competențele echipajului și dotarea necesară) și destinația transferului, având ca scop final asigurarea îngrijirilor medicale optime pacientului transferat, fără întârziere nejustificată. În situația în care spitalul la care se solicită transferul pacientului refuză să accepte din lipsa locurilor, acestuia îi revine obligația de a găsi un loc într-un spital care deține competențe și condiții de investigații și tratament cel puțin egale cu nivelul propriu.

g) Acceptul pentru transfer se obține de la spitalul care primește pacientul, înaintea începerii transferului, cu excepția cazurilor în care pacientul necesită un transfer de urgență, fiind instabil hemodinamic sau în pericol vital eminent.

h) Documentația ce cuprinde starea pacientului, investigațiile efectuate și rezultatele acestora, medicația administrată, cu specificația dozelor și a orelor de administrare, consulturile de specialitate etc. este copiată sau trimisă în original spitalului care primește pacientul. În situația în care este posibil, documentația poate fi trimisă și prin poșta electronică. Investigațiile imagistice efectuate/existente în dosarul pacientului (CT, RX, RMN, angiografii etc.), precum și alte teste vor fi trimise cu documentația medicală a pacientului.

i) În vederea organizării transferului interclinic medicului responsabil îi revin următoarele reponsabilități:

- identifică pacientul cu indicație pentru transfer;

- inițiază procesul de transfer, prin contactul direct cu medicul din unitatea primitoare;

- asigură stabilizarea maximă posibilă a pacientului, în limita posibilităților existente în cadrul spitalului;

- determină modalitatea de transfer, prin consultare cu serviciul care efectuează transferul; transferul se poate face, după caz, în colaborare cu serviciile de ambulanță județene, serviciile mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) sau alte servicii de transport sanitar, abilitate prin lege, care dețin competențele necesare pentru efectuarea acestuia;

- evită întârzierile nejustificate din punct de vedere medical;

- asigură păstrarea unui nivel adecvat și constant de îngrijire pe durata transferului, până la preluarea pacientului de către medicul din unitatea primitoare, prin indicarea la solicitarea transferului a competențelor echipajului și a nivelului de dotare necesară pentru realizarea în cele mai bune condiții a transferului;

- transferă documentația și rezultatele investigațiilor pacientului către unitatea primitoare.

j) Înaintea efectuării transferului pacientul este reanimat și stabilizat în limita posibilităților, evitând întârzierile nejustificate, manevrele de stabilizare, atunci când există indicație, fiind cele prevăzute de pct. 3. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

k) Medicul care solicită transferul se asigură că pe timpul acestuia sunt asigurate condițiile prevăzute de pct. 4. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

l) Informațiile minime ce trebuie să însoțească pacientul sunt cele prevăzute de pct. 5. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*.

m) Fișa medicală de transfer intreclinic a pacientului critic, al cărui model se regăsește în Anexa nr. 3 la *O.M.S. nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*, se completează de către medicul care a solicitat transferul și se trimite serviciului de urgență care urmează să efectueze transferul, precum și spitalul care urmează să primească pacientul la numere de fax prestabilite și /sau adresă de e-mail prestabilită prin acorduri de colaborare, după caz. În caz de urgență medicul solicitant poate înmâna fișa echipajului care efectuează transferul la predarea pacientului, el fiind obligat să trimită o copie spitalului primitor înaintea sosirii pacientului la destinație. O copie a acestei fișe rămâne în serviciul care solicită transferul.

n) Materialele sanitare și medicamentele necesare pe durata transferului pacientului, inclusiv produsele sanguine, dacă este cazul, sunt asigurate, pentru toată durata transferului, de către SJUZ – ca unitate sanitară care solicită transferul, urmând ca echipajul de transfer să predea materialele și medicamentele rămase neutilizate medicului din unitatea care primește pacientul, acestea fiind trecute în fișa pacientului.

o) În cazul pacienților considerați netransportabili din cauza stării lor clinice, dar al căror transfer către o altă unitate sanitară reprezintă unica șansă de salvare a vieții lor, decizia asupra efectuării transferului se ia de către medicii din spitalul în care se află pacientul la momentul respectiv, de comun acord cu medicii din spitalul la care urmează a fi trimis pacientul și cu serviciul care urmează să efectueze transferul.

p) În cadrul SJUZ se asigură accesul personalului medical la un fax funcțional 24 de ore din 24, 7 zile din 7, existent în serviciul de urgență al spitalului. Coordonatorul serviciului de urgență al spitalului are obligația de a asigura în locul de dispunere a faxului/faxurilor numere de contact actualizate a tuturor potențialelor spitale/servicii care pot fi implicate în transferul interclinic al pacienților critici.

q) De asemenea, prin grija coordonatorului serviciului de urgență a spitalului, la nivelul acestuia există evidența actualizată permanent a numărului și locației unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile în arealul deservit de către SJUZ.

Art.218. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Număr de acorduri de colaborare sau acte adiționale la acorduri de colaborare încheiate în ultimul an calendaristic, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*;

b) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic în raport cu numărul de pacienți externați din fiecare seție medicală a spitalului;

c) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic din serviciul de urgență al spitalului în raport cu numărul de pacienți prezentați în respectivul serviciu.

IX.39. Colaborarea dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești

Art.219. –Reglementarea procesului de colaborare dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești are ca principale scopuri:

- a) Eficientizarea procesului de îngrijire a pacientului în situații de urgență;
- b) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art.220. – SJUZ colaborează cu următoarele categorii de servicii de urgență prespitalicești:

- a) Serviciul Mobil de Urgențe, Reanimare și Descarcerare⁶ - scopul acestuia este transferul unui echipaj medical spitalicesc, cu dotarea necesară, la locul unde se află un pacient în stare critică, în vederea acordării de asistență medicală de urgență calificată, precum și transferul interclinic al pacienților aflați în stare critică.
- b) Serviciul de Ambulanță Județean Sălaj⁷ – asigură, după caz, asistență medicală de urgență prespitalicească, consultații medicale de urgență și transport sanitar neasistat.
- c) Ambulanțe private – asigură la cerere transport sanitar asistat și neasistat.

Art.221. – Etapele procesului de colaborare dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Transferul interclinic al pacientului critic se realizează de regulă potrivit prevederilor pct. IX.47. *“Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile”* din prezentul Regulament. Atât S.M.U.R.D. cât și S.A.J. Sălaj pot transporta pacienți critici către serviciul de urgență al SJUZ la cererea pacientului sau în lipsa acesteia, în ambele situații decizia aparținând medicului de pe ambulanță care apreciază că în cadrul SJUZ există nivelul de competență și/sau dotare necesar acordării asistenței medicale de specialitate în raport cu patologia prezentată de către respectivii pacienți.
- b) Anual, compartimentul juridic din cadrul SJUZ încheie un contract de colaborare sau un act adițional la contractul de colaborare existent cu S.A.J.Sălaj, având ca obiect furnizarea următoarelor servicii medicale:
 - Transfer asistat și neasistat, cu excepția pacientului critic;
 - Transport pentru consult interdisciplinar asistat și neasistat;
 - Transport sânge pentru refcerc de stoc;
 - Transportul personalului medical și a altui personal;
 - Externări asistate în județul Sălaj și în alte județe, cu excepția situațiilor prevăzute în contractul cadru;
 - Alte servicii medicale de urgență și transport sanitar nedecontate de casa de asigurări, furnizate la cererea spitalului sanitar, sau după caz, a pacientului, situație în care costurile sunt suportate de acesta din urmă.
- c) Prin grija consilierului juridic, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui contract de colaborare, acestea vor fi multiplicat și distribuite secțiilor, Ambulatoriului integrat și serviciul de urgență al spitalului, personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin respectivul contract.
- d) Pentru pacienții care sunt transportați de serviciile de urgență prespitalicească în cadrul SJUZ, respectivele servicii vor preda pacienții (cod „Galben”, cod „Verde”, cod „Albastru”), după caz, asistentului medical de triaj sau unui medic de gardă din cadrul serviciului de urgență al spitalului La

⁶ În continuare: „S.M.U.R.D.”

⁷ În continuare : „S.A.J.” _____.

predarea respectivilor pacienți se va preda și o fișă medicală a acestora, completată de șeful echipajului de urgență prespitalicească și semnată de acesta.

e) Personalul serviciului de urgență al spitalului are obligația să preia pacienții transportați de serviciile de urgență prespitalicească în cel mai scurt timp posibil, eliberând echipajul respectiv în cel mult 15 minute de la sosirea în cadrul serviciului de urgență al spitalului

f) Medicii din serviciul de urgență al spitalului, precum și medicii de gardă din spital nu au dreptul de a reține echipajele serviciilor de urgență prespitalicești, cu excepția cazului în care se constată că pacientul adus de acestea se află în stare critică iar resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile, necesitând transfer imediat către o altă unitate sanitară, situație în care se va obține acordul dispeceratului medical care coordonează echipajul respectiv.

g) Echipajele care transportă pacienți aflați în stare critică au obligația să anunțe sosirea lor din timp, cu cel puțin 10 minute înaintea sosirii și să aducă la cunoștința personalului din serviciul de urgență al spitalului, direct ori prin intermediul dispeceratului, datele clinice despre starea pacientului și tratamentul aplicat acestuia până la momentul respectiv.

h) Personalul serviciului de urgență al spitalului are obligația, pe baza informațiilor primite de la echipajele de urgență prespitalicească, de a pregăti în prealabil camera de reanimare și de a anunța, după caz și în conformitate cu protocoalele spitalului, specialitățile care trebuie să fie prezente în mod obligatoriu la sosirea cazului.

i) Funcție de cazuistică, personalul din serviciul de urgență al spitalului va informa și personalul Laboratorului clinic de radiologie și imagistică în vederea pregătirii prealabile, în cazul în care se anticipează necesitatea unei examinări CT/RMN. Totodată, va fi informat și blocul operator, în cazul în care se anticipează necesitatea unei intervenții de urgență în scurt timp.

j) În cazul unor disfuncționalități sau în cazul în care echipajele de urgență prespitalicească nu respectă competențele sau protocoalele/acordurile existente, medicul-șef al serviciului de urgență al spitalului are obligația de a informa în scris conducerea serviciului de ambulanță sau, după caz, medicul-șef al SMURD despre problemele respective.

k) La solicitarea echipajelor de urgență prespitalicească, serviciul de urgență al spitalului poate trimite personal medical de specialitate, echipamente, medicamente și materiale sanitare în sprijinul acestora, folosind, după caz, mijloace de deplasare proprii ale spitalului sau mijloace de deplasare ale serviciului de ambulanță ori ale altor instituții care pot asigura sprijinul în acest sens, cu condiția de a se asigura permanența în serviciul de urgență al spitalului propriu.

l) Structurile medicale din cadrul SJUZ, care din varii motive au nevoie de asigurarea serviciilor medicale de transport, au obligația să solicite în scris sau telefonic respectivele servicii, cu cel puțin 3 ore înaintea efectuării acestora și să aștepte confirmarea apelului din partea SA.J. Sălaj. În cazul în care transportul pacientului se face în alt județ, solicitarea se face cu minim 24 de ore înainte. Pentru servicii medicale de transport care urmează a fi decontate de către SJUZ, în mod obligatoriu, anterior de contactarea acestora, se va cere aprobarea directorului medical și a managerului spitalului.

m) Transportul sanitar asistat și neasistat al pacienților cu ambulanțe private spre/dinspre SJUZ, se realizează în mod obligatoriu doar după obținerea de către dispeceratul acestora a unui aviz medical prealabil din partea unui medic curant din cadrul spitalului, la solicitarea expres formulată a unui pacient.

Art.222. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colaborare dintre camera de gardă și serviciile de urgență prespitalicești sunt următorii:

a) Intervalul mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.

b) Intervalul mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.

c) Intervalul mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.

d) Numărul de prezentări la UPU per număr de medici UPU, pe ultimul an calendaristic încheiat.

e) Număr internări de urgență per număr total internări, pe ultimul an calendaristic încheiat.

f) Număr internări per număr total prezentări în UPU, pe ultimul an calendaristic încheiat.

- g) Număr pacienți internați prin UPU în perioada Luni-Joi inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- h) Număr pacienți internați UPU în perioada Vineri-Duminică, inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- i) Număr pacienți internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- j) Număr pacienți consultați interdisciplinar la internare per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- k) Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- l) Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- m) Număr pacienți internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- n) Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- o) Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- p) Număr pacienți internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- q) Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- r) L34 Managementul urgențelor medico-chirurgicale în Camera de garda 02.01.03.03.28
Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- s) Număr pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- t) Număr pacienți internați în urgență ca urmare a acutizării unei patologii cronice per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- u) Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital per total prezentări la UPU, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- v) Număr pacienți transportați de SMURD la spital per total prezentări la UPU, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- w) Număr pacienți transportați de Ambulanțe private la spital per total prezentări la UPU, pe ultimul an calendaristic încheiat.

IX.40. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I și al compartimentelor T.I din cadrul altor secții

Art.223. – Reglementarea accesului și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I. și compartimentele T.I. din cadrul altor secții are ca principale scopuri:

- a) Stabilește măsurile de prevenire a I.A.A.M. pentru personalul din cadrul Secției A.T.I. și compartimentele T.I. din cadrul altor secții care asigură asistență medicală de specialitate pacienților infectați cu bacterii multidroge rezistente sau cu afecțiuni cu contagiozitate crescută.
- b) Stabilește măsurile de prevenire a contaminării infecțioase a pacienților cu imunitate compromisă ce necesită izolare.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - contaminarea mediului spitalicesc cu bacterii multidroge rezistente
 - producerea de I.A.A.M;
 - agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.224. – Etapele procesului de acces și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I. și din compartimentele T.I. ale altor secții presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Secției A.T.I. și compartimentele T.I. din cadrul altor secții se destină în mod obligatoriu, prin grija medicului șef de secție, o rezervă pentru următoarele cazuri/situații care necesită izolare epidemiologică severă, astfel:

- pacienți susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente;
- pacienți cu boli infecțioase cu contagiozitate ridicată;
- pacienți în stare critică cu infecții parazitare cu contagiozitate mare (scabie, pediculoză etc);
- pacienți cu imunitate compromisă.

b) Prin grija medicului șef al Secției A.T.I., a șefilor de secții cu compartimente T.I. și a responsabililor din cadrul structurii Administrativ a SJUZ, în cadrul încăperii dedicate pentru care necesită izolare epidemiologică severă, se asigură următoarea infrastructură:

- grup sanitar propriu (toaletă, chiuvetă și duș) cu dotări pentru pacienți cu dizabilități și sistem de alarmare;
- uși care să permită accesul cu targa și fără praguri;
- sistem de alarmare la nivelul patului;
- sistem de semnalizare vizuală a încăperii destinate izolării;
- sistem de igienizare a mâinilor la intrarea (pe exterior) și ieșirea din salon (în interiorul salonului);
- în situația că respectiva rezervă este cu un singur pat se asigură program adaptat și afișat de vizitare a pacientului de către personalul medical;
- program de igienizare a salonului afișat și adaptat condițiilor de izolare.

c) Personalul medico-sanitar care asigură asistență medicală/îngrijirea pacientului care necesită izolare epidemiologică severă ce este internat în respectiva rezervă, are obligația de a lua următoarele măsuri de protecție:

- Dezinfecția mâinilor se realizează cu soluția dezinfectantă, timp de 30 de secunde/până la uscare, înainte de intrarea în rezervă, după acordarea de îngrijirilor precum și înaintea ieșirii din rezervă.
- Ca echipament de protecție se va utiliza: suprabluză (halat textil sau impermeabil)- pentru îngrijiri cu risc de contaminare, mănuși (curate, nesterile), mască (în cazul portajului orofaringian), capelină. În mod obligatoriu echipamentul de protecție menționat se îmbracă înainte de intrarea în salon și, după utilizare, echipamentul se va colecta în recipientul pentru deșeurilor contaminate situat în interiorul rezervei, în imediata proximitate a ieșirii din respectiva rezervă.
- Materialul medico - chirurgical va fi pe cât posibil de unică folosință, iar în cazul utilizării la mai mulți pacienți, acesta se va decontamina imediat după folosire (stetoscop, termometru etc).
- F.O.C.G. nu se va introduce în spațiul de izolare al Secției A.T.I. sau compartimentelor T.I. din cadrul altor secții
- Lichidele biologice (ex: urina) – nu se păstrează decât în caz de necesitate (teste biochimice), în borcane prevăzute cu capac, care se arunca la deseuri biologice imediat după analizarea probelor/golire;
- Dezinfecția curentă se realizează conform programului de igienizare a rezervei afișat și adaptat condițiilor de izolare. Dezinfecția finală se realizează la eliberarea rezervei.
- Transportul bolnavului la explorări diverse se face doar după anunțarea serviciului respectiv pentru programarea bolnavului ținând cont de statusul pacientului care necesită izolare epidemiologică severă și de condițiile de izolare tehnică pe care trebuie să o aplice respectivul serviciu.

Art.225. -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a accesului și regimului vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I. și compartimentelor T.I. din cadrul altor secții sunt următorii:

a) Numărul de instruiți realizate în ultimul an calendaristic specifice procesului de acces, regimului vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I. și compartimentelor T.I. din cadrul altor secții

b) Numărul de I.A.A.M. înregistrate în Secția A.T.I. și compartimentele T.I. din cadrul altor secții pentru care există suspiciuni/se face dovada producerii ca urmare a nerespectării măsurilor de siguranță specifice necesar a fi luate de către personalul care are acces la rezerva pentru izolarea pacienților susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente.

c) Rezerva pentru cazurile care necesită izolare epidemiologică severă (pentru pacienți susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente, precum și pentru pacienții cu

boli infecțioase cu contagiozitate ridicată, a pacienților în stare critică cu infecții parazitare cu contagiozitate mare (scabie, pediculoză etc) sau a pacienților cu imunitate compromisă) are asigurată infrastructura minim obligatorie prevăzută de prezenta reglementare în permanentă stare de funcționare.

IX.41. Accesul în Secția A.T.I. și în compartimentele T.I din cadrul altor secții, vizitarea pacienților internați în cadrul acestora

Art.226. –Reglementarea accesului în Secția A.T.I. și în compartimentele T.I. din cadrul altor secții și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia are ca principale scopuri:

- a) Stabilește reguli de conduită pentru aparținători/vizitatori.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - producerea de I.A.A.M.
 - agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.227. – Accesul în Secția A.T.I. și în compartimentele T.I. din cadrul altor secții și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Pentru a limita accesul în Secția A.T.I. a Spitalului Județean de Urgență Zalău, ușile de acces în aceasta se prevăd cu sisteme de acces cu cartele și interfon care deservește ATI-ul, Blocul operator, Unitatea de transfuzie sanguină și sala de nasteri, precum și compartimentele T.I. din cadrul altor secții, prin grija serviciului Administrativ al spitalului.
- b) În zona de acces în terapie intensivă este amenajat un filtru prevăzut cu dispenser cu dezinfectant, echipamente de protecție de unică folosință pentru vizitatori (botoșei, halat, bonetă, mască). Totodată aici se află registrul în care se consemnează triajul epidemiologic al vizitatorilor din terapie intensivă. Există un orar de vizitare al pacienților afișat pe ușa de acces în terapie intensivă, durata de vizitare a pacienților este de 15 minute.
- c) Accesul vizitatorilor (personal de întreținere, personal din alte secții, personal de la ambulanța, reprezentanți firme, etc), aparținătorilor pacienților în secția ATI se face prin apelarea interfonului existent pe peretele din partea dreapta a ușii antifoc, care permite vizitatorilor/aparținătorilor să se anunțe înainte să primească autorizația să intre în secția ATI.
- d) Accesul personalului medical din secțiile cu profil chirurgical, personal UPU care însoțește pacienții în stare critică, personal medical din secțiile spitalului care conform protocolului existent efectuează analize la pacienți pe analizorul de gaze și ioni sanguini al ATI-ului, au acces pe baza de cartela.
- e) Accesul vizitatorilor/aparținătorilor în Secția A.T.I. este condiționat de un triaj epidemiologic care se realizează de către personalul din cadrul secției prin completarea registrului privind *”Evidența triajului epidemiologic al vizitatorilor/aparținătorilor în cadrul Secției A.T.I.”* care se află în zona-filtru de acces al Secției A.T.I..
- f) În cadrul Secției A.T.I., cât și pe site-ul spitalului, este afișat numărul de telefon prin care se asigură informarea familiei de către medicul curant sau medicul de gardă din ATI despre starea și evoluția pacienților.
- g) În situația nefuncționării sistemului de acces cu cartele precum și a soneriei de la ușa de acces, personalul Secției A.T.I. are obligația de a solicita prin șeful Secției A.T.I. remedierea cât mai urgentă a defecțiunilor constatate.
- e) În situații excepționale (epidemii, carantină) vizitarea pacienților internați în cadrul Secției A.T.I. va fi strict interzisă, aspect ce se va comunica în timp util pacienților internați în cadrul secției (pentru a exista posibilitatea de comunicare către aparținători) și prin afișare la intrarea în secție precum și pe site-ul spitalului.

Art.228. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de admitere a accesului în Secția A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia sunt următorii:

- a) Număr infecții asociate asistenței medicale raportate în ultimul an calendaristic datorate neefectuării triajului epidemiologic la intrarea de acces în Secția A.T.I.
- b) Număr de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor datorate nerespectării programului de vizite al Secției A.T.I. în ultimul an calendaristic.

IX.42. Curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere

Art.229.– Reglementarea procesului de curățare și/sau decontaminare a zonelor cu risc de iradiere are ca principale scopuri:

- a) Asigură implementarea unor măsuri de gestionare a riscului de iradiere;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - apariția unor boli profesionale prin expunere externă la radiații a întregului corp.

Art.230.– La nivelul Spitalului Județean de Urgență Zalău următoarele spații se constituie în zone cu risc de iradiere:

- a) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic cu un post- grafie Calypso
- b) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic cu post-grafie-scopie Luminos Fusion
- c) Spațiul de dispunere al Computer-tomografului NeuVizz Essence
- d) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic cu un post- grafie PRS 500B
- e) Spațiul de dispunere al Computer-tomografului Revolution Evo
- f) Spațiul de dispunere al aparatului de osteodensitometri tip STRATOS DR
- g) Spațiul de dispunere al aparatului de osteodensitometrie tip MEDIX 90
- h) Spațiul de dispunere al aparatului de mamografie tip SELENIA DIMENSION 2D
- i) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic mobil cu un post grafie tip MAC D –secția Boli infectioase
- j) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic mobil cu un post grafie tip MAC D- secția Neonatologie
- k) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic mobil cu un post grafie tip MOBILLET XP -UPU
- l) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic mobil cu un post grafie tip POLYMOBIL PLUS-secția Ortopedie
- m) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic mobil cu un post grafie tip PROSLIDE 32 -ATI
- n) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic mobil cu un post grafie- scopie tip CYBERBLOC CR9
- o) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic mobil cu un post grafie- scopie tip ARCADIS ORBIC 3D
- p) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic mobil cu un post grafie- scopie tip CIOS SELECT
- q) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic cu un post- grafie CAMARGUE –secția Pneumologie
- r) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic cu un post- PRS 500B – secția Pneumologie

Art.231.–Etapile procesului de curățire și/sau decontaminare a zonelor cu risc de iradiere presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Întregului personalul al Laboratorului de radiologie și imagistică medicală din cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău (în calitate de titular al autorizației) care își exercită parte dintre atribuțiile înscrise în fișa de post în apropierea zonelor cu risc de iradiere sau, prin natura atribuțiilor intră pentru perioade scurte în aceste zone, inclusiv pentru efectuarea curățirii și/sau decontaminării acestora, i se acordă în mod gratuit - de către spital, echipament individual de protecție la radiații care se acordă suplimentar echipamentului individual de protecție specific locului de muncă respectiv. Echipamentul individual de protecție acordat unei persoane trebuie să asigure protecția acesteia împotriva tuturor factorilor de risc care acționează asupra sa în timpul îndeplinirii sarcinii de muncă.

b) Spitalului Județean de Urgență Zalău, prin structura Administrativ în colaborare cu Biroul achiziții și contractări, este obligat să asigure, în afara echipamentului individual, mijloacele de protecție colectivă la radiații ionizante (ecrane de protecție fixe sau mobile, nișe etc.) și materialele și mijloacele necesare decontaminării suprafețelor, echipamentelor de protecție la radiații și a corpului uman.

c) Obligațiile pe care le are Spitalului Județean de Urgență Zalău, responsabili cu protecția radiologică și persoanele care beneficiază de echipament individual de protecție la radiații în raport cu activitatea de asigurare și utilizare a echipamentului individual de protecție la radiații, sunt cele menționate de art. 14-16 din „*Normativul de acordare și de utilizare a echipamentului individual de protecție la radiații ionizante*” aprobat prin Ordinul C.N.C.A.N. nr. 421/2004.

d) Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere este atributul asistenților medicale de tură și îngrijitoarelor care deserve Laboratorul clinic de radiologie și imagistică medicală, acestea având în acest sens următoarele obligații:

- Zilnic, la începutul programului/schimbarea turei, se curăță de praf aparatele radiologice și se dezinfectează cu soluție necorozivă, recomandată de fabricant;
- Monitoarele se curăță cu soluție specială conform specificațiilor înscrise în cărțile tehnice ale aparatelor radiologice;
- Curățirea/decontaminarea aparatelor se face după decuplarea acestora de la rețeaua electrică, ori de câte ori situația o impune (de exemplu: s-a vărsat ceva pe aparat sau pe acesta ajung produse biologice de la pacienți);
- Zilnic sau la nevoie (în mod obligatoriu după fiecare pacient cu TBC) se realizează dezinfecția spațiilor care se constituie în zone cu risc de iradiere, prin utilizarea lămpilor UV, minim 20 minute;
- Șorturile de radioprotecție utilizate de personalul laboratorului se spală cu apă și săpun și se dezinfectează cu soluții dezinfectante pentru suprafețe; acestea se mențin întinse pe umerase pentru a nu se distruge folia de Pb;
- Casetele radiografice se spală cu lavete curate umezite în apă cu săpun și se dezinfectează cu aceeași soluție folosită pentru aparatul radiologic; cel puțin odată pe săptămână se verifică foliile întăritoare (eventualele pete se curăță cu alcool sanitar);
- La CT se utilizează cearceafuri de unică folosință iar părțile mesei, pernele, tetiera, suportii de mâini și de picioare se curăță după fiecare pacient cu agenți de curățare recomandați de fabricantul aparatului;
- Zilnic, pe timpul curățeniei, se deschid geamurile pentru aerisire; se curăță și se dezinfectează tot mobilierul din cameră cu laveta îmbibată în soluție de detergent și dezinfectant. De asemenea se curăță pavimentele și se golesc coșurile de gunoi. Lavetele utilizate se limpezesc după ștergerea fiecărui element de mobilier, chiuvețe, oglinzi și exteriorul dispenserelor pentru săpun lichid, dezinfectant. Înainte de reumplere toate dispenserele se curăță și se clătesc cu apă fierbinte;
- Săptămânal se curăță și se dezinfectează ușile, ferestrele, caloriferele și coșurile de materiale nesterile;
- Întreținerea ustensilelor folosite pentru efectuarea curățării se face zilnic, după fiecare operațiune de curățare și la sfârșitul zilei de lucru; ustensilele se spală, se curăță, se dezinfectează și se usucă (în cazul în care se folosesc la materii organice întâi se realizează dezinfecția apoi curățarea);
- În situații epidemiologice care implică prezentarea unui pacient/grup de pacienți cu suspiciune/confirmat contaminat cu o boală infecto-contagioasă de risc înalt, se aplică măsuri de dezinfecție terminală prin nebulizarea aerului cu biocid de nivel înalt.

e) Potrivit contractelor de service încheiate de către spital, pentru fiecare dintre aparatele radiologice dispuse în spațiile care se constituie în zone cu risc de iradiere, se realizează de 1+2 ori/an întreținerea fizică (aspirare praf, verificare).

f) Anual, prin grija șefului laboratorului clinic radiologie și imagistică medicală se realizează instructaje periodice ale personalului care manevrează produse radioactive, conform planului anual de perfecționare prin cursuri și instruiți aprobat. Acestea se finalizează printr-o evaluare în urma căreia se acordă calificative. Personalul evaluat cu calificative inferioare calificativului de "Bine" va fi reinstruit în mod suplimentar.

Art.232.-Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de probe pozitive prelevate de către SPIAAM din Laboratorul clinic de radiologie și imagistică medicală în ultimul an calendaristic.
- b) Număr de instructaje periodice realizate anual cu personalul care manevrează produse radioactive din total instructaje planificate în ultimul an calendaristic.

IX.43. Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice

Art.233.- Reglementarea accesului și traficului personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice are ca principale scopuri:

a) Identifică principalele zone cu risc infecțios din cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău și stabilește măsuri de supraveghere pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale (I.A.A.M);

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

○ producerea de I.A.A.M.

○ punerea în pericol a vieții pacienților.

Art.234.— La nivelul Spitalului Județean de Urgență Zalău în următoarele spații se execută manevre/intervenții invazive: (de vorbit cu director medical)

a) Blocul operator

f) Dermatologie

b) Camerele de expunere a aparatului

g) ATI

Roentgen, CT și RMN

h) Pneumoftiziologie

c) Cabinetul de endoscopie

i) Ambulatoriu

d) ORL

j) UPU

e) Oftalmologie

Art.235.— (1) Accesul și traficul personalului sanitar în blocul operator pe perioada desfășurării activității specifice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Accesul personalului sanitar în blocul operator se va face numai în ținuta de bloc operator, astfel cum este aceasta prevăzută la pct. X.67.”*Utilizarea echipamentului individual de protecție*” din prezentul Regulament.

b) În zona de filtru a Blocului operator este obligatorie schimbarea ținutei de spital cu ținuta de sală.

c) Este interzis accesul în sălile de operații a personalului care nu face parte din echipa de intervenție, răspunzător de această chestiune fiind șefii fiecărei echipe de intervenție chirurgicală.

d) Accesul și traficul personalului sanitar la nivelul Blocului operator este detaliat în Regulamentul de organizare și funcționare al Blocului operator existent la nivelul Spitalului Județean de Urgență Zalău.

(2) Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile destinate pregătirii pacientului pentru C.T./R.M.N. pe perioada desfășurării activității specifice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În Laboratorul clinic de radiologie și imagistică medicală nu se delimitează zone supravegheate: toate spațiile imediat vecine zonei controlate⁸ precum și celelalte spații din laborator sunt considerate, de regulă, spații publice. Fiecare încăpere din cadrul laboratorului trebuie să fie utilizată numai conform destinației sale specifice.

b) Prin grija personalului sanitar din cadrul laboratorului ușile camerelor de radiologie și tomografie se închid în timpul procedurilor și cu avertizarea luminoasă activă sau afișe de atenționare dispuse pe acestea, după caz.

c) În raport cu spațiile în care desfășoară activitatea în cadrul Laboratorului clinic radiologie și imagistică medicală, personalul medico-sanitar din cadrul acestuia va utiliza numai echipamentul individual de protecție autorizat conform prevederilor legale în vigoare, pentru care s-a emis autorizație de protecție radiologică de către Comisia Nationala pentru Controlul Activitatilor Nucleare. Echipamentul individual cu protecție cu plumb, care poate fi șorț, mănuși, guler de protecție pentru tiroidă, ochelari de protecție, etc., trebuie să respecte specificațiile tehnice ale producătorului și standardelor specifice.

d) Accesul personalului medico-sanitar în spațiul din cadrul Laboratorului clinic radiologie și imagistică medicală unde se pregătește pacientul pentru manevre invazive și în spațiul unde se desfășoară efectiv manevre invazive (administrare de substanță de contrast) se va face numai în

⁸ Zonele controlate reprezintă toate camerele în care se află montate instalații radiologice (incluzând ansamblul tubul RX - cupola și masa de comandă) și zonele din laboratorul de radiologie unde sunt utilizate instalațiile radiologice mobile.

ținuta de lucru: se recomandă în acest sens echipament de spital, mănuși, mască și în caz de anticipare de producere de stropi/picături/jeturi cu produse biologice potențial contaminate, se impune portul ochelarilor de protecție. Accesul în încăperile unde se execută manevre invazive este strict interzis în ținuta de stradă!

e) În camera de expunere a aparatului Roentgen, CT și RMN are acces pe perioada desfășurării acesteia numai personalul medico-sanitar care execută manevra respectivă. Accesul oricărei altei persoane este strict interzis!

(3) Accesul și traficul personalului sanitar în cabinetul de endoscopie pe perioada desfășurării activității specifice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Prin grija medicului din cadrul cabinetului endoscopie ușa cabinetului respectiv se închide pe timpul procedurilor specifice, pe ușă fiind afișat un anunț de interdicție a accesului în încăperea.

b) Accesul personalului medico-sanitar în spațiul din cadrul cabinetului de endoscopie se va face numai în ținuta de lucru: se recomandă în acest sens echipament de spital, mănuși, mască și în caz de anticipare de producere de stropi/picături/jeturi cu produse biologice potențial contaminate, se impune portul ochelarilor de protecție. Accesul în încăperile cabinetului de endoscopie este strict interzis în ținuta de stradă!

c) În încăperile cabinetului de endoscopie, are acces pe perioada desfășurării acesteia numai personalul medico-sanitar care execută activitățile specifice. Accesul oricărei altei persoane este strict interzis!

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

a) Număr de I.A.A.M. raportate în ultimul an calendaristic pentru fiecare din spațiile în care se execută manevre invazive.

b) Număr de reclamații ale pacienților/apartinătorilor cu privire la accesul și traficul personalului medico sanitar în fiecare din spațiile în care se execută manevre invazive din numărul total de reclamații, în ultimul an calendaristic.

IX.44. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian

Art.237. – Reglementarea procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian are ca principale scopuri:

a) Asigură aducerea la cunoștința medicilor prescriptori, în timp oportun, a informațiilor despre introducerea pe piață/în spital a unor produse antibacteriene nou apărute/neachiziționate anterior, a indicațiilor terapeutice, contraindicațiilor, precauțiilor, interacțiunilor, dozelor și a modului de administrare, precum și a reacțiilor adverse a acestora.

b) În condițiile lipsei informațiilor în legătură cu noi produse antibacteriene, prezenta reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- apariția și răspândirea în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.)
- apariția I.A.A.M;
- agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.238.– (1) Informarea despre introducerea pe piață/în spital a unui nou produs antibacterian se poate face în următoarele situații:

- apariția unui produs antibacterian nou pe piață/în spital;
- apariția unor germeni multirezistenți la antibiotice;
- scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp (pentru a preveni apariția multirezistenței la antibiotice) și înlocuirea lor cu produse din aceeași clasă sau din clase diferite.

(2) Etapele procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cazul apariției pe piață a unui produs antibacterian nou, șeful farmaciei și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie din cadrul S.P.I.A.A.M., prezintă prospectul acestuia în cadrul

Consiliului Medical care aprobă, după caz, posibilitatea introducerii acestuia în uz/achiziționarea la solicitarea medicilor curanți.

b) La sesizarea scrisă a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariției unor germeni multirezistenți la antibiotice sau pentru scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp, se întrunește Comisia medicamentului care hotărăște introducerea, după caz, unui nou produs antibacterian sau scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp. Propunerile formulate prin procesul-verbal de ședință a Comisiei medicamentului se aprobă, după caz, în ședință ordinară sau, dacă situația o impune - în ședință extraordinară a Consiliului medical.

c) La introducerea în spital a unui produs antibacterian nou, șeful farmaciei și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie, prezintă prospectul acestuia în cadrul raportului de gardă subliniind îndeosebi aspecte privitoare la indicațiile terapeutice, contraindicațiile, precauțiile, interacțiunile, dozele și modul de administrare, precum și potențialele reacții adverse a acestuia, astfel încât acestea să fie cunoscute medicilor prescriptori în momentul prescrierii lor.

d) După prezentarea la raportul de gardă a prospectului prezentat al noului produs antibacterian achiziționat în cadrul spitalului, acesta va fi postat în aceeași zi pe serverul spitalului într-un folder special destinat acestui scop de către șeful farmaciei, aspect de asemenea comunicat la același raport de gardă în care a fost prezentat și prospectul.

Art.239. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian sunt următorii:

a) Număr de produse antibacteriene noi prezentate de șeful farmaciei și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie în cadrul Consiliului Medical, în ultimul an calendaristic.

b) Număr de sesizări scrise a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariției unor germeni multirezistenți la antibiotice, în ultimul an calendaristic.

c) Număr de propuneri formulate de către Comisia medicamentului privind introducerea, după caz, a unui nou produs antibacterian, care au fost aprobate în ședințe ale Consiliului medical în ultimul an calendaristic.

IX.45. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe

Art.240. –Reglementarea procesului de abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe are ca principale scopuri:

a) Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilite modalități de lucru.

b) Prezenta reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- apariția și răspândirea în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.)

- producerea I.A.A.M;

- agravarea stării de sănătate a pacienților / deces.

Art.241. – (1) Sepsisul este o disfuncție de organ amenințătoare de viață, datorată unui răspuns anormal al gazdei la infecție.

(2) Șocul septic presupune persistența hipotensiunii și necesitatea unui vasopresor pentru menținerea unei TA de 65mmHg sau mai mare și a unui serum lactat ≥ 2 mol/l, în ciuda unui volum de resuscitare adecvat.

(3) În noua definiție din 2016 a O.M.S. a așa numitului "sepsis 3", se elimină necesitatea prezenței sindromului răspunsului inflamator sistemic (SRIS) pentru definirea șocului septic și se schimbă în definiția "sepsis sever", iar ce era înainte "sepsis sever" acum este noua definiție a "sepsisului".

Art.242. –Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Pentru identificarea prezenței sepsisului, medicii curanți din cadrul SJUZ vor observa următoarele semne și simptome ale acestuia, care sunt adesea nespecifice:

- Febră, frisoane

- Anxietate

- Confuzie

- Deficiență de respirație

- Oboseală și indispoziție (adinamie)
- Grețuri și vărsături
- Simptomele tipice ale inflamației sistemice pot fi absente în sepsisul sever, mai ales la pacientul vârstnic sau pacientului < 2 ani
- Palpitații/Precardialgii
- Paliditate
- Somnolente marcate

pot fi absente în sepsisul sever, mai ales la pacientul vârstnic sau pacientului < 2 ani

b) În acest sens, medicii curanți vor localiza semnele și simptomele referitoare la sistemele de organ, deoarece acestea pot furniza informații folositoare pentru etiologia sepsisului, după cum urmează:

- Infecții la nivelul capului și gâtului: durere de cap severă, rigiditatea gâtului, alterarea statusului mental, otalgie, odinofagie, durere de sinus, limfadenopatie cervicală sau submandibulară, varsături la sugarul mic și nou-născut, plafonarea privirii, privire în „apus de soare”.
- Infecții pulmonare și toracice: tuse (în special dacă este productivă), durere toracică pleuritică, dispnee, matitate la percuție, raluri localizate, orice evidențiază o condensare, tiraj subcostal, intercostal, suprasternal, balans toraco-abdominal.
- Infecții gastrointestinale și abdominale: diaree, durere abdominală, distensie abdominală, sensibilitate spontană sau la palpare, sensibilitate la tușeul rectal sau umflături, varsături incoercibile și febra, absența tranzit.
- Infecții pelvine sau genitourinare: durere pelvină sau în flanc, sensibilitate anexială sau mase la palpare, secreții vaginale sau uretrale, disurie, polakiurie.
- Infecții ale oaselor și țesuturilor moi: durere localizată la nivelul membrelor, eritem focalizat, edem, articulații umflate, crepitații în infecțiile necrozante, efuziuni articulare.
- Infecții ale pielii: peteșii, purpură, eritem, vezicule, ulceratii.

c) Medicii curanți din cadrul SJUZ este necesar să aibă în vedere semnele distinctive ale sepsisului sever și șocului septic :

Caracteristicile sepsisului și a șocului septic sunt modificările care apar la nivel microvascular și celular și pot să nu se manifeste în mod clar în semnele vitale sau examenul clinic. Acest proces include activarea difuză a cascadelor inflamatorii și de coagulare, vasodilatație și maldistribuția vasculară, leziuni endoteliale și utilizarea defectuoasă a oxigenului la nivel celular.

Criterii clinice ale sepsisului: disfuncția organelor este definită ca o creștere de 2 puncte sau mai mult în scorul de evaluare a insuficienței de organ qSOFA(HOT).

- Hipotensiunea: TAs sub/egal cu 100 mmHg
- Obnubilare, stare mentală modificată (orice GCS < 15)
- Tahipnee, frecvența respiratorie peste/egal 22

Șocul septic: - sepsis în (în ciuda resuscitării volemică adecvate)

- hipotensiune persistentă care necesită vasopresor să mențină TAM peste 65 mmHg
- lactat peste 2 mmol/

d) Pentru determinarea existenței sepsisului medicii curanți din cadrul SJUZ observă prezența a minim două sau mai multe dintre următoarele criterii (criterii qSOFA):

- Pacientul este în Terapie intensivă
- Alterarea statusului mintal, pe baza scorului Glasgow
- Rata respiratorie ≥ 22 respirații/minut
- Presiunea arterială sistolică ≤ 100 mmHg

e) Pentru determinarea existenței șocului septic, medicii curanți din cadrul SJUZ vor efectua monitorizarea cardiacă a presiunii sanguine noninvazive și pulsoximetria și vor solicita, după caz:

- Hemoleucograma completă
- Coagulograma: PT, INR, aPTT, fibrinogen
- Na, Cl, Mg, Ca, fosfat, glicemia, lactat
- Teste renale și hepatice: uree, creatinina, bilirubina, fosfataza alcalină, ALAT, ASAT, albumina, lipaza
- Examen de urină
- Recoltare de culturi (hemocultura, urocultura, culturi din tesuturi și secreții, etc)

- Imagistica: Rx toracic, abdomen sau extremități; Ultrasonografie abdominală; CT abdominal sau cap; RMN

f) Managementul pacienților aflați în șoc septic presupune desfășurarea de către medicii curanți din cadrul spitalului a următorului algoritm:

- Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe se realizează la nivelul SJUZ în echipă formată de medicul curant, împreună cu infecționist, medic ATI, epidemiolog, medic specialist de medicină de laborator (microbiolog). Abordarea multidisciplinară se realizează îndeosebi pentru respectarea așa-numitelor „standarde de aur” în alegerea antibioticului și în asocierea de antibiotice. Cerințele „standardului de aur” în alegerea antibioticului de către echipa multidisciplinară sunt următoarele:

- recoltarea probelor microbiologice se face înaintea instituirii oricărei antibioterapii;
 - se administrează antibiotice când există argumente clinico-biologice evidente pentru prezența infecției bacteriene sau constituie o urgență pentru prognosticul pacientului;
 - se alege antibioticul în funcție de sensibilitatea cunoscută a florei microbiene incriminate, de nivelul de acțiune, efectul cel mai redus asupra florei comensale;
 - efectul antibioticoterapiei se reevaluează după 24–72 de ore și se consemnează în foaia de observație; monoterapie – asocieri antibiotice; antibiograma conduce antibioterapia
 - posologia și ritmul de administrare se individualizează luând în considerare particularitățile cazului (vârsta, greutatea, patologii asociate – insuficiență renală, hepatică, aplazie medulară etc.);
 - decizia prelungirii antibioticoterapiei peste șapte-zece zile se argumentează clinic, biologic, în funcție de etiologie (în terapia prelungită, raportul beneficiu/risc este nefavorabil);
 - pentru infecții severe/sepsis calea de administrare este iv
- La determinarea gradului de comă în care se află pacienții în șoc septic, medicul curant va utiliza metoda de calcul a scorului Glasgow (GCS):

Deschiderea ochilor:

- Spontan = 4
- La comanda verbală = 3
- La stimul dureros = 2
- Nu deschide = 1

Răspuns verbal:

- Orientat = 5
- Confuz = 4
- Cuvinte nepotrivite = 3
- Sunete incompreensibile = 2
- Nu răspunde = 1

Răspuns motor:

- La comandă = 6
- Localizează stimulul dureros = 5
- Flexie necoordonată = 4
- Decorticare = 3
- Decerebrare = 2
- Areactiv = 1

Interpretarea GCS:

- GCS: 8 – coma gradul I
- GCS: 7-6 – coma gradul II
- GCS: 5-4 – coma gradul III
- GCS: 3 – coma gradul IV (depășită)

- Tratamentul inițial include suportul funcției respiratorii și suportul funcției circulatorii, suplimentare de oxigen, ventilație mecanică și infuzie de volum. Echipa multidisciplinară formată la solicitarea medicului curant va urmări atingerea în cadrul tratamentului pacienților cu șoc septic a următoarelor scopuri majore:

➤ Alegerea antibioticului este empirică și se adresează etiologiei celei mai probabile, ținând cont de profilul de rezistență a germenilor;

➤ Antibioticele trebuie să fie agenți cu spectru larg și să acopere bacteriile gram pozitive, gram negative și anaerobe, deoarece organismele din oricare dintre aceste clase diferite pot produce același tablou clinic al șocului;

• Antibiotice: Piperacilina/Tazobactam, Imipenem/Cilastatin, Meropenem, Clindamicina, Metronidazol, Ceftriaxona, Moxifloxacină, Levofloxacină, Cefepime, Vancomicina, Linezolid, Cefotaximă, Cefuroximă, Amikacină, Gentamicină.

• Terapia cu spectru larg este esențială, acoperirea îngustă va fi ulterioară, când rezultatele la antibiograma sunt disponibile. Așteptarea până când vin rezultatele la culturi este absolut greșită.

Doar 30% dintre pacienții cu șoc septic au culturi pozitive. La aproximativ 25% din pacienții presupuși în șoc septic, rămân culturi negative, din toate regiunile recoltate, dar mortalitatea este similară cu cei cu culturi pozitive

➤ Tratamentul se face cu monoterapie sau terapie asociată, în funcție de etiologia probabilă și de posibilul efect sinergic;

➤ Terapie empirică combinată este recomandată pacienților cu:

- microorganisme multirezistente elivici de tratat (*Pseudomonas*, *Acinetobacter*, MRSA);
- infecții severe asociate cu insuficiența respiratorie, șoc septic;
- șoc septic și bacteriemia de la pneumococi;

➤ Antibioticul ales se va administra IV, în doze mari, apropiate de dozele maxime admise, astfel încât să realizeze concentrații terapeutice în toate situsurile, numărul de prize și intervalul dintre prize va fi în funcție de proprietățile farmacodinamice și farmacocinetice ale preparatelor;

➤ Alegerea antibioticelor și dozele utilizate vor ține cont de starea organelor excretoare;

➤ Tratamentul antibiotic va fi reevaluat după 48-72 ore, odată cu obținerea rezultatelor bacteriologice, când se va trece la terapie de deescaladă;

➤ Se efectuează deescaladarea după identificarea agentului patogen și sensibilitatea sa sau apare ameliorare clinică;

➤ Întreruperea promptă a antibioterapiei se face de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare, dacă se dovedește că statusul pacientului este de cauză neinfecțioasă

- Resuscitarea pacientului cu măsuri suportive pentru corectarea hipoxiei, hipotensiunii și hipoperfuziei.

- Menținerea adecvată a funcției sistemelor de organ ghidată de monitorizarea cardiovasculară și întreruperea progresiei către MODS.

- Funcție de cazuistică, echipa multidisciplinară va propune medicului curant adoptarea următorului tratament medicamentos:

- Agoniști α și β adrenergici: norepinefrina, dopamina, dobutamina, epinefrina, vasopresina
- Cristaloide izotone: ser fiziologic, ringer lactat
- Volum expanderi: albumina
- Corticosteroizi: hidrocortizon hemisuccinat, dexametazonă.

- Tratamentul chirurgical se adoptă de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare la pacienții cu infecții localizate care trebuie trimiși pentru tratament chirurgical definitiv, după resuscitarea inițială și administrarea de antibiotice. Amânarea procedurilor invazive, cel puțin 24h, poate fi posibilă dacă pacientul primește monitorizare clinică foarte strânsă și antibioterapie corespunzătoare. Când este posibil drenaj percutan al abceselor sau a altor colecții fluide, bine localizate, este de preferat drenajul chirurgical. Oricum orice abces profund sau suspiciune de fascită necrozantă, trebuie drenate în blocul operator.

- Suportul respirator constă în suplimentare de oxigen la toți pacienții suspectați de sepsis. Intubația trebuie considerată precoce la toți pacienții cu: necesitate de oxigen, dispnee sau tahipnee, hipotermie persistentă, evidența unei proaste perfuzii tisulare.

- Suportul circulator constă în perfuzarea a 30ml/kgc (102l) soluție cristaloidă în 30-60 minute. Presiunea venoasă centrală (CVP) trebuie să fie cuprinsă în intervalul de 8-12 mm Hg. Dacă CVP $\geq$ 12 mm Hg, sau apar semne de încărcare de volum (dispnee, ralori pulmonare, semne edem pulmonar pe Rx pulmonar) atunci încărcarea cu fluide trebuie oprită. Se monitorizează diametrul venei cave inferioare sau diferența inspir-expir a diametrului venei cave inferioare (o diferență de 50% arată un PVC $\leq$ 8 mm Hg). Când cantitatea de cristaloid pentru resuscitare este semnificativă, se indică administrarea de Albumina 4%.

- Corectarea anemiei și a coagulopatiei - dacă nivelul hemoglobinei este mai mic de 7g/dl este bine tolerat de pacient, transfuzia nu este necesară decât în cazul unei rezerve cardiace slabe și se evidențiază semne de ischemie miocardică. Targetul nivelului de hemoglobină este de minim 9-10g/dl. Trombocitopenia p coagulopatiei este specifică pacientului cu sepsis. Se administrează masa trombocitară sau PPC dacă apar semne de sângerare activă. Se administrează masa trombocitară la un nivel $\leq$ 20.000 trombocite/ml. În caz de intervenție chirurgicală, nivelul trombocitelor trebuie să

fie $\geq 50 \times 10^9/l$. PCC este indicată doar în caz de sângerare activă. Agenți antitrombolizina III nu sunt indicați în șoc septic și sepsis sever.

- Controlul temperaturii prin scăderea febrei se poate face prin termoliză fizică – gheață, sau cu droguri: paracetamol, metamizol, AINS.

- Suportul nutrițional și metabolic determină corectarea anomaliilor electrolitice ale: Na, K, Mg, Ca, fosfați. Necesarul caloric și proteic al pacientului aflat în șoc septic este mare. Nutriția precoce este de importanță crucială pentru pacientul cu șoc septic. Calea enterală sau orală este preferată, dacă pacientul nu prezintă ileus sau alte anomalii intestinale. Gastropareza este frecvent observată și poate fi tratată prin administrarea de prokinetice. Se practică imunonutriția cu Smof Kabiven, suplimentarea cu Albumina în caz de hipoproteinemie severă (proteinemie $< 6g/dl$) sau albuminemie $< 3-3,5g/dl$.

- Terapia vasopresoare se aplică dacă resuscitarea fluidă nu determină menținerea TA sistolică $> 90mmHg$ sau tensiunea arterială medie este $< 65mmHg$. Este indicată Noradrenalina în doza de 5-20 $\mu g/minut$ (nu este calculată pe greutatea pacientului). Administrarea se face printr-o venă centrală după montarea prealabilă a unui CVC. Se preferă Noradrenalina Dopaminei pentru că cea din urmă poate determina un flux nefavorabil și aritmii. Dopamina se utilizează în situații înalte specifice: prezența bradicardiei coexistente; risc redus de tahiaritmie; șocul rece în care extremitățile sunt reci datorită vasoconstricției periferice generată de scăderea debitului cardiac. Doza este de 5-10 $\mu g/kgc/minut$ până la 20 $\mu g/kgc/minut$. Low-doză nu este recomandată pentru protecția renală. Linia a II de vasopresor este Epinefrina care crește MAP la pacientul neresponsiv la alte vasopresoare, în principal datorită efectului inotrop potent pe cord. Ca efect advers este ischemia miocardică, splahnica, tahiaritmii și creșterea lactatului sistemic.

- În terapia inotropă Dobutamina este indicată dacă există evidența hipoperfuziei tisulare, după ce parametrii PVC, MAP și hematocrit sunt optimizați.

- Pentru realizarea controlului glicemic se recomandă menținerea glicemiei $< 180 mg/dl$.

- Profilaxia tromboembolia venoasă profundă (DTV) se face cu anticoagulante după caz

- Medicul curant este responsabil de monitorizarea antibioterapiei astfel:

- Schimbarea/ menținerea terapiei - se impune o evaluare de către medicul curant a antibioterapiei după 48-72 ore, în funcție de rezultatul antibiogrammei sau evoluție clinică; laboratorul va anunța de urgență telefonic medicul curant privind situațiile particulare de natură existenței de tulpini bacteriene patogene/ multirezistente.

- Durata tratamentului – va fi stabilit în funcție de criteriul farmacologic și evoluția clinică a pacientului

- Doza, ritm, cale de administrare – vor fi menționate în F.O.C.G. și vor fi stabilite în funcție de criteriul farmacologic

- Stoparea terapiei- va fi stabilită de către medicul curant după consultarea cu echipa multidisciplinară.

Art.243. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de abordare multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe sunt următorii:

a) Procentul de pacienți decedați din totalul pacienților diagnosticați cu infecții severe în ultimul an calendaristic.

b) Procentul pacienților la care s-au administrat antibiotice pe baza antibiogrammei, în ultimul an calendaristic.

c) Ponderea infecțiilor asociate asistenței medicale în ultimul an calendaristic.

IX.46. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal

Art.244. – Reglementarea procesului de verificare a stării de portaj pentru personal la nivelul SJUZ are ca principale scopuri:

a) Asigurarea procesului de supraveghere, prevenție și limitare a I.A.A.M. și a bolilor transmisibile până la nivelul fiecărei structuri;

b) Prezintă măsuri de asigurare a procesului de supraveghere a stării de sănătate a angajaților până la nivelul fiecărei structuri și de prevenire și limitare a I.A.A.M.;

c) Asigurarea stabilirii sursei de infecție și carantinarea purtătorilor față de colectivitatea cu risc în cazul focarelor epidemice cu transmitere aeriană.

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

- apariția I.A.A.M.;
- apariția de boli profesionale.

Art.245. –Etapile procesului de verificare a stării de portaj pentru personal presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Depistarea portajului la angajare a personalului din cadrul SJUZ este în atribuția medicului de medicina muncii din cadrul spitalului și se desfășoară astfel:

i. Examenul medical la angajare se face în conformitate cu metodologia prevăzută în *HG nr. 335/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor cu modificările și completările ulterioare*⁹. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului și doar la următoarele categorii de personal:

- Pentru personalul sanitar superior și mediu se verifică:
 - AgHBs
 - Ac anti HCV
 - Ac anti HIV 1,2

⁹ Denumită în continuare HG 335/2007

- Pentru infirmiere se verifică:

- AgHBs
- Ac anti HCV
- Ac anti HIV 1,2
- Examen coproparazitologic
- Examen coprobacteriologic

- Pentru angajații în blocul alimentar se verifică:

- Examen coproparazitologic
- Examen coprobacteriologic

- Pentru angajații din spălătorie se verifică:

- Examen coproparazitologic
- Examen coprobacteriologic

b) Depistarea portajului la examenul medical periodic a personalului din cadrul spitalului este în atribuția medicului de medicina muncii din cadrul spitalului și se desfășoară astfel:

- Examenul medical periodic se face în conformitate cu metodologia prevăzută în HG nr. 335/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor cu modificările și completările ulterioare. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului la următoarele categorii de personal:

- Pentru infirmiere se verifică:

- Examen coproparazitologic anual
- Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III

- Pentru angajații în blocul alimentar se verifică:

- Examen coproparazitologic anual
- Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III

- Pentru angajații din spălătorie se verifică:

- Examen coproparazitologic anual
- Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III

c) În situațiile de expunere accidentală la sânge și la alte produse biologice a personalului care lucrează în sistemul sanitar teste efectuate imediat după expunere, în cadrul Laboratorului de analize medicale sunt:

- AgHBs
- Ac anti HBs
- Ac anti HBc
- Ac anti VHC
- test HIV

Medicul de medicina muncii care deservește spitalul urmărește seroconversia pentru HIV și/sau VHB și/sau VHC la persoana expusă, pe baza testelor efectuate imediat după expunere și la 6 luni de la data expunerii în cadrul Laboratorului de analize medicale sau, în cazul în care este posibil în cadrul laboratorului propriu, prin determinarea viremiei HIV/VHC la 1 lună, cu respectarea confidențialității, conform legislației în vigoare. La nivelul Spitalului Județean de Urgență Zalău medicul de medicina muncii asigură evidența cazurilor expuse accidental la produse biologice.

d) În situațiile izbucnirii unor focare epidemice cu transmitere a microbilor pe cale aeriană se verifică portajul de germeni patogeni în căile respiratorii superioare prin efectuarea în cadrul Laboratorului de analize medicale din spital, la recomandarea epidemiologului în colaborare cu medicul infecționist a:

- Examen bacteriologic/micologic al secreției nazale
- Examen bacteriologic/micologic al secreției faringiene

e) Anual, de regulă în trimestrul IV, coordonatorul S.P.I.A.A.M. prezintă în Consiliul medical un program de vaccinare anti-hepatită și antigripal pentru angajații spitalului. După avizarea acestuia de către Consiliul medical, programul de vaccinare anti-hepatită și antigripal pentru angajații spitalului se supune aprobării Comitetului director/managerului spitalului în vederea alocării de resurse financiare, după caz.

f) Prin grija coordonatorului S.P.I.A.A.M., la nivelul S.P.I.A.A.M. se realizează și se actualizează în permanență o evidență a purtătorilor sănătoși *Staphylococcus aureus*, pe secții și categorii profesionale.

g) Anual, de regulă în trimestrul IV, coordonatorul S.P.I.A.A.M. prezintă în Consiliul medical "Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor" care va cuprinde inclusiv instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia. De asemenea, acesta va conține responsabilități, indicatorii și resursele necesare îndeplinirii acestuia, fiind aprobat în acest sens și de Comitetul director/managerul spitalului. Printre acțiunile înscrise în respectivul program se vor prevedea în sarcina S.P.I.A.A.M.

măsurile de recoltare probe sanitație mâini din fiecare sector de lucru al spitalului. Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat la nivelul Spitalului Județean de Urgență Zalău, prevede instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia, fiind evaluat și analizat cel puțin odată pe an prin grija coordonatorului S.P.I.A.A.M.

Art.246. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a stării de portaj pentru personal sunt următorii:

- a) Numărul de portaje descoperite la examenul medical periodic din totalul examenelor efectuate în ultimul an calendaristic.
- b) Numărul de portaje apărute postexpunere accidentală la sânge și la alte produse biologice în ultimul an calendaristic, luate în evidență de către medicul de medicina muncii.
- c) Număr de portaje evidențiate în urma evaluărilor periodice ale personalului angajat în sectorul alimentar cu privire la portajul de germeni patogeni, în ultimul an calendaristic.
- d) Număr probe sanitație mâini, cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini, recoltate din fiecare sector de lucru, pe an.

IX.47. Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic

Art.247.—Reglementarea accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic are ca principale scopuri:

- a) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o producerea de IAAM
 - o producerea de EAAAM

Art.248.— (1) Etapele procesului de limitare a accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În situațiile cu risc epidemiologic sau în cazul izbucnirii unor episoade epidemice, S.P.I.A.A.M. întreprinde măsuri și activități pentru evitarea riscurilor identificate, stabilește din punct de vedere tehnic conduita în rezolvarea situației epidemice și propune restricționarea, pe o perioadă determinată, a accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital sau în anumite secții/compartimente.

b) Conduita în rezolvarea situației epidemice este propusă de către SPIAAM în ședință extraordinară a Consiliului medical organizată de către directorul medical.

c) În cadrul ședinței extraordinare a Consiliului medical menționată la litera b), coordonatorul SPIAAM poate propune luarea la nivelul spitalului/secțiilor/compartimentelor a uneia sau mai multora dintre următoarele măsuri:

- limitarea accesului vizitatorilor în spital: 1 vizitator/pacient, timp de maxim 15 minute, context în care se vor pune afișe la intrarea în spital și în fiecare secție/compartiment. La propunerea medicului șef din Secția ATI se poate interzice accesul vizitatorilor în respectiva secție;
- restrângerea programului de vizită în spital/secții/compartimente. Programul orar va fi afișat atât pe ușa de acces din spital/secții/compartimente cât și pe site-ul Spitalului Județean de Urgență Zalău prin grija asistentelor șefe, respectiv prin grija personalului Compartimentului informatică;
- interzicerea accesului vizitatorilor/apartinătorilor în situații epidemiologice speciale, determinate de boli infecto-contagioase cu risc înalt (COVID, febră hemeragică, antrax, Ebola, etc);
- purtarea obligatorie a echipamentului de protecție de unică folosință de către vizitatori (halat, măști, botoșei), iar pentru personal echipamentul de protecție specific. Echipamentul de protecție se va ridica din zona de filtru care se găsește la intrarea în fiecare secție/compartiment;
- afișarea de către asistenta șefă la intrarea în spital și în fiecare secție/compartiment a regulilor care trebuie respectate de către pacienți/vizitatori/apartinători astfel cum au fost acestea stabilite în ședință a Consiliului medical, la propunerea SPIAAM;
- respectarea de către întreg personalul a Precauțiunilor Universale, în vederea prevenirii transmiterii infecțiilor și a apariției de focare nosocomiale;
- asigurarea cu cantități suficiente (sau suplimentare) de săpun, antiseptice și dezinfectante pentru o igienă riguroasă a mâinilor și a mediului de spital;
- efectuarea de către asistentul medical șef a unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului fiecărei secții medicale în vederea prevenirii transmiterii agenților infecțioși, cu scoaterea temporară

din colectivitate atunci când situația o impune. În acest sens SPIAAM va verifica Registrele de triaj epidemiologic al personalului în secțiile medicale;

- efectuarea unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului blocului alimentar în vederea prevenirii transmiterii agenților infecțioși, cu scoaterea temporară din colectivitate atunci când situația o impune. Responsabilitatea efectuării triajului revine zilnic asistentei. Responsabilitatea verificării Registrului de triaj epidemiologic al personalului din blocul alimentar revine personalului SPIAAM;

- efectuarea de către asistentul medical șef/personalul nominalizat de către medicul șef din Secția ATI a unui triaj epidemiologic riguros al vizitatorilor la intrarea în Secția ATI, care se va consemna într-un registru special destinat acestui scop, în care se vor înscrie persoanele cărora li se interzice accesul în respectiva secție și motivul interzicerii accesului. Responsabilitatea verificării Registrului de triaj epidemiologic al aparținătorilor/vizitatorilor în Secția A.T.I. revine personalului SPIAAM.

(2) În situații cu risc epidemiologic SPIAAM instruește medicii și asistentele șefe cu privire la regulile instituite, aprobate în ședință a Consiliului medical. Asistentele șefe au la rândul lor obligația de a instrui personalul din subordine, pe bază de proces verbal de instruire.

Art.249. -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de limitare a accesului vizitatorilor/aparținătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic sunt următorii:

a) Numărul de angajați scoși temporar din colectivitate atunci când situația o impune, în situații cu risc epidemiologic sau la izbucnirea unor episoade epidemice.

b) Numărul de cazuri de îmbolnăviri produse în rândul personalului spitalului sau a pacienților ca urmare a lipsei/neluării de măsuri corespunzătoare situațiilor cu risc epidemiologic sau în urma izbucnirii unor episoade epidemice în cadrul spitalului.

IX.48. Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice

Art.250. - Reglementarea procesului de monitorizare a produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice are ca principale scopuri:

a) Urmărirea produselor utilizate în studii clinice;

b) Delimitarea acestora și evidențierea distinctă;

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

- lipsa acurateții studiilor clinice determinată de nemonitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în acestea;

- existența unor neconcordanțe între stocul scriptic și faptic;

- eliberarea, din eroare, a altui/altor produse.

Art.251. – (1) Etapele procesului de monitorizare a produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Depozitarea – prin grija personalului farmaciei produsele care participă la studiul clinic se păstrează în depozitul farmaciei, într-o zonă special amenajată și inscripționată corespunzător, pentru a nu se confunda cu medicația/materialele sanitare din alte gestiuni ale spitalului;

b) De asemenea, se creează în programul informatic o gestiune specială denumită “Studii clinice”, pentru gestionarea separată a acestora;

c) Primirea condiții de prescripții medicale constă în:

- verificarea antetului secției solicitante, a parafei medicului coordonator studii clice;

- verificarea valabilității condiții (data);

- identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare și duratei de prescriere a condiții;

- identificarea pacienților pentru care au fost prescrise medicamentele/materialele sanitare care sunt utilizate în studiul clinic;

d) Analiza terapiei medicamentoase prescrise presupune:

- identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;

- verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;

- evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;

- depistarea eventualelor erori de prescriere.

e) Respingerea prescrierii medicamentelor care nu participa la studiul clinic - în urma analizei terapiei medicamentoase efectuate de către farmacistul șef, dacă se constată prescrierea de medicamente care nu participă la studiul clinic, se ia legătura cu medicul coordonator al studiului clinic și, de comun acord, se elimină din condica de prescripții medicale produsele respective.

(2) Anual, pe baza datelor existente la nivelul farmaciei, farmacistul șef întocmește un raport de analiză privind modul în care au fost utilizate produsele farmaceutice și materialele sanitare destinate studiilor clinice, aprobat de managerul spitalului, pe care îl prezintă în Consiliul medical.

(3) Farmacistul șef este responsabil pentru:

- monitorizarea produselor utilizate în studii clinice care se află în gestiunea farmaciei, pentru a evita riscul expirării acestora;
- monitorizarea activității de eliberare a medicamentelor/materialelor sanitare utilizate în studii clinice, de comunicarea cu medicul coordonator al studiului clinic privind toate aspectele legate de disponibilitatea stocului în farmacie, de terapia medicamentoasă (acțiune farmacologică, farmacocinetică, efecte adverse, efecte secundare, interacțiuni medicamentoase).

(4) Asistenții de farmacie sunt responsabili pentru activitatea de eliberare a medicamentelor/materialelor sanitare utilizate pentru studiul clinic.

Art.252. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de monitorizare a produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice sunt următorii:

- a) Gradul de utilizare al produselor farmaceutice și materialelor destinate studiilor clinice, pentru fiecare dintre etapele acestuia;
- b) Păstrarea acurateții studiilor clinice în raport cu modul în care a fost realizată monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în acestea.

IX.49. Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș

Art.253. - Reglementarea procesului de înlăturare a gheții / zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș are ca principale scopuri:

- a) Stabilește atribuții clare pentru personalul Spitalului Județean de Urgență Zalău cu responsabilități în înlăturarea gheții /zăpezii din curte precum și a zăpezii și gheții de pe acoperiș;
- b) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - accidente/pierderea de vieți;
 - imposibilitatea accesului / accesul greu în spital;
 - întreruperea furnizării energiei electrice;
 - blocarea evacuării.

Art.254. - Etapele procesului de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cazul ninsorilor abundente produse în timpul programului, directorul administrativ anunță șeful formațiunii lucru și întreținere clădiri, care împreună cu personalul din formațiune ia măsuri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, în funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă/gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului. Activitățile se vor desfășura sub directă coordonare a directorului administrativ.

b) În afara orelor de program sau pe timpul weekend-ului/sărbătorilor legale în cazul ninsorilor abundente, medicul șef de gardă pe spital anunță managerul spitalului. Managerul spitalului dispune în sarcina directorului administrativ să mobilizeze formațiunea lucru și întreținere clădiri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, în funcție de volumul căderilor/depunerilor de zăpadă / gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz,

accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului. Activitățile se vor desfășura sub directă coordonare a directorului administrativ.

c) Indiferent de momentul în care se constată formarea de țurțuri mari de gheață pe streșinile acoperișului spitalului, directorul administrativ, din proprie inițiativă sau la solicitarea managerului, va anunța prin fax echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Sălaj în vederea asigurării suportului tehnic necesar înlăturării acestora.

d) Până la sosirea echipei de intervenție din cadrul I.S.U. Sălaj, directorul administrativ din proprie inițiativă, va coordona activitatea personalului din cadrul formațiunii lucru și întreținere clădiri care, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii va instala afișe de atenționare și va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului.

e) După intervenția de îndepărtare a țurțurilor de pe streșinile spitalului de către echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Sălaj, directorul administrativ va coordona formațiunea de lucru și întreținere clădiri în vederea curățării spațiilor în care au căzut respectivii țurțuri.

Art.255. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș sunt următorii:

a) Număr de accidente cauzate de căderea pe gheață în curte a pacienților, aparținătorilor, propriilor angajați sau a pietonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului.

b) Număr de accidente cauzate persoanelor care se deplasează atât în interiorul cât și în exteriorul spitalului determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișul spitalului.

c) Valoarea pagubelor materiale cauzate autovehiculelor care staționează sau se deplasează în curtea interioară a spitalului sau în exteriorul acestuia, determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișul spitalului.

IX.50. Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale

Art.256. – Reglementarea procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale are ca principale scopuri:

a) Asigurarea condițiilor de securitate și sănătate în muncă și prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale determinate de utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive;

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

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| • accidente de muncă; | • întreruperea |
| • boli profesionale; | • ului la energie; |
| • producerea de pagube materiale; | • întreruperea accesului la energie. |

Art.257.– (1) În cadrul spitalului există următoarele locuri de muncă în care există substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc de explozie

- | | |
|--|---|
| • Cabinet dermatovenerologie din Ambulatoriu integrat, | • Spațiile de depozitare temporară a buteliilor de oxigen |
| • Bloc operator, | • Bloc alimentar, |
| • Stația Centrală de Sterilizare, | • Stație oxigen |
| • Laboratorul de radiologie și imagistică medicală, | |

(2) În cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău există următoarele locuri de muncă în care există substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc radioactiv

- Laboratorul de radiologie și imagistică medicală și Computer tomograf,
- Bloc operator.

Art.258.– (1) Etapele procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de

situații excepționale presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Deservirea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv este executată de personalul care este încadrat în cadrul cabinetelor sau locurilor de muncă specificate la art.298 alin. (1) și alin. (2) din prezentul Regulament, respectându-se normele de securitate a muncii generale precum și cele specifice Spitalului Județean de Urgență Zalău.

b) În caz de situații excepționale/de urgență, precum și în cazul în care se constată o scurgere la unul din echipamentele și recipientele cu risc de explozie personalul care deservește echipamentul sau recipientul respectiv întrerupe activitatea și alimentarea respectivului echipament, întrerupând în același timp alimentarea cu energie electrică. După efectuarea acestor activități anunță imediat personalul autorizat pentru repararea sau ridicarea lui de la locul de muncă.

c) În cazul echipamentelor cu risc radioactiv acestea se vor ridica de la locul lor în urma măsurărilor și verificărilor efectuate de personalul autorizat în acest domeniu, la sesizarea responsabililor cu radio-protecția nominalizați prin decizie.

d) Depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv se face în conformitate cu reglementările în vigoare în spații special destinate, construite și amenajate în conformitate cu legislația în vigoare, suprateran, în încăperi independente, neetajate sau în aer liber. În cazul depozitării în încăperi, ușile trebuie să se deschidă spre exterior, iar geamurile să fie mate sau vopsite în alb. Recipientele vor fi depozitate cu capacul de la racordul robinetului și capacul de protecție înșurubate. Depozitarea recipientelor în locuri umede sau în mediu cu acțiune corozivă asupra materialului din care este construit este interzisă, de asemenea este interzis a se depozita recipientele în spații liber accesibile, pe scări, holuri, ganguri sau camere cu circulație de persoane.

e) Managerul spitalului organizează, conduce, controlează și răspunde pentru activitatea de apărare împotriva incendiilor la clădirile, spațiile și instalațiile tehnologice pe care le dețin cu orice titlu și are obligațiile instituite prin normele în vigoare incidente pe linia apărării împotriva incendiilor.

f) Responsabilul cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor se subordonează managerului spitalului și are obligațiile instituite prin normele în vigoare incidente pe linia apărării împotriva incendiilor.

g) La nivelul Spitalului Județean de Urgență Zalău este nominalizat prin decizie un responsabil cu atribuții pe linia utilizării, manipulării și depozitării substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, care are următoarele obligații în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive:

- ia măsuri de înlăturare imediată a stărilor de pericol și a cauzelor cu risc de explozie constatate și raportează operativ managerului spitalului situațiile respective;
- interzice folosirea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv ce ar putea provoca accidente de muncă.
- verifică cu regularitate, respectarea de către personalul spitalului a normelor de securitate a muncii.

h) Recipientele pot fi utilizate numai pentru acel gaz pentru care au fost construite și verificate și a cărei denumire este înscrisă pe recipient. Întreg personalul spitalului care execută activități de utilizare, manipulare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive este obligat:

- să utilizeze substanțele, echipamentele și recipientele cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv potrivit instrucțiunilor tehnice și a normelor proprii de securitate a muncii și apărare împotriva incendiilor la locul de muncă;
- să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la echipamentele și recipientele cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv;
- în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de

explozie și radioactive, nu va mai utiliza respectivele substanțe și materiale și va opri alimentarea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive.

i) Întreg personalul spitalului care execută activități de utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie este obligat:

- să utilizeze substanțele periculoase, instalațiile, utilajele, mașinile, aparatura și echipamentele potrivit instrucțiunilor tehnice și a normelor proprii de apărare împotriva incendiilor specifice locului de muncă;
- în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, nu va mai utiliza respectivele substanțe și materiale și va opri alimentarea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive;
- să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la sistemele și instalațiile de apărare împotriva incendiilor.

(2) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, instruirea personalului care execută activități de utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie se va realiza după caz, de către responsabilul SSM și/sau conducătorului locului de muncă, prin următoarele instrucțiuni:

a) Instrucțiunile specifice la locul de muncă în cadrul căruia se vor prezenta :

- caracteristicile fizico-chimice ale substanțelor, materialelor și produselor utilizate la locul de muncă ;
- condițiile ce determină sau favorizează producerea accidentelor și cauzele potențiale de incendiu specifice locului de muncă ;
- descrierea, funcționarea , monitorizarea, și modul de intervenție la instalațiile și sistemele de siguranță ale mașinilor și utilajelor de la locurile de muncă
- concepția de intervenție la producerea unei situații de urgență
- sarcini specifice de intervenție în situația apariției unui incendiu.

b) Instrucțiunile speciale pentru lucrări periculoase se execută înaintea de începerea unor lucrări în timpul cărora pot apărea situații generatoare de incendiu din cauza manifestării unor surse specifice de aprindere. Lucrările care fac obiectul acestor instrucțiuni, se referă în principal la:

- executarea unor operațiuni de manevră ori de comandă a unor instalații sau utilaje tehnologice de importanță ori intervenția asupra acestora;
- lucrări de reparații sau întreținere, distrugere nor deșeuri sau reziduuri periculoase pentru viața oamenilor sau a mediului;
- prelevarea de probe din recipiente sau instalații care conțin substanțe periculoase;
- lucrări de sudare;
- lucrări de tăiere sau lipire cu flacără;
- lucrări care pot provoca scântei mecanice;
- lucrări care pot provoca scântei și arcuri electrice;
- lucrări la care se utilizează foc deschis;
- depozitarea, manipularea și transportul de substanțe/ materiale periculoase;
- curățarea interioară a unor vase, recipiente sau sisteme de evacuare în care au fost stocate, prelucrate ori vehiculate produse combustibile.

Art.259.— În situații excepționale - dezaastre naturale, incendiu, căderi de obiecte cosmice, acțiuni teroriste (atac cibernetic, luare de ostatici, amenințare cu bombă), acțiuni de dezordine publică, atac armat asupra obiectivului, sau alte situații neprevăzute / nereglementate, dacă:

a) substanțele, materialele, echipamentele și recipientii cu risc de explozie și radioactive, nu sunt afectate/implicate:

- se informează factorii decidenți despre situația apărută;
- personalul își continuă activitatea normală, conform specificațiilor de la articolele anterioare;
- se solicită acțiunea personalului de intervenție și se adoptă măsuri suplimentare de asigurare a securității personalului, activităților specifice, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie;

b) substanțele, materialele, echipamentele și recipientii cu risc de explozie și radioactive, sunt afectate/implicate, precum și în situații în care personalul de deservire și/sau cu responsabilități este afectat sau este în imposibilitate de a-și îndeplini atribuțiile:

- la ordinul și conform precizărilor managerului (înlocuitorului legal), se solicită intervenția structurilor specializate prin apelare telefonică la numărul unic de urgență 112 sau 1911 (în cazul atacurilor cibernetice), fiind puse în aplicare protocoalele de cooperare și planurile de acțiune comune specifice situațiilor apărute;
- personalul din echipele de intervenție ia măsuri de identificare, izolare, conservare și protejare a personalului și/sau zonelor afectate/implicate;

În ambele cazuri, după restabilirea situației normale, se execută o analiză post-acțiune/intervenție, iar dacă se impune, se stabilesc măsuri de revizuire a prezentelor reglementări.

Art.260. -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive sunt următorii:

- a) număr de accidente de muncă determinate de gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive în ultimul an calendaristic;
- b) număr de boli profesionale determinate de gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive în ultimul an calendaristic;
- c) numărul de instruiți privind gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive în ultimul an calendaristic.

IX.51. Gestionarea resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia

Art.261.—Reglementarea procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia are ca principale scopuri:

- a) Constituirea la nivelul spitalului a unei rezerve de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.
- b) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - lipsa unor produse / materiale din depozitul de calamități;
 - expirarea unor produse / materiale din depozitul de calamități;
 - afectarea/blocarea activității medicale în caz de calamități.

Art.262.—Etapile procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La nivelul spitalului în baza deciziei Comitetului director a fost stabilită ca locația pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru materialele și echipamentele de resortul cazarmare, medicamente și materiale sanitare.
- b) În baza aceleiași decizii a Comitetului director menționată la lit. a) a fost aprobată *”Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități”*. Modificarea și/sau completarea acesteia se face cu aprobarea Comitetului director, la propunerea directorului administrativ și a șefului farmaciei.
- c) Responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu materiale de resortul cazarmare a depozitului pentru calamități este atribuită șefului serviciului Administrativ, iar responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu medicamente și materiale sanitare în cadrul a depozitului pentru calamități situat în farmacia spitalului este atribuită șefului farmaciei și șefului achiziții.
- d) Medicamentele și materialele sanitare aflate în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului (în dulapuri inscripționate în acest sens) vor fi monitorizate lunar de către un asistent farmacist nominalizat de șeful farmaciei.

e) În cazul în care se constată că în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului există medicamente sau materiale sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, asistentul de farmacie nominalizat va informa pe șeful farmaciei despre acest lucru, acesta din urmă va lua măsuri pentru preschimbarea lor, dacă există în stoc, sau va întocmi documentele necesare în vederea achiziționării lor.

f) Medicamente și/sau materialele sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, care au fost preschimbate din depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului vor fi introduse spre consum în cadrul structurilor medicale din cadrul spitalului prin grija șefului farmaciei.

Art.263. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia sunt următorii:

a) Asigurarea permanentă în cadrul depozitului de calamități a produselor înscrise în *”Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități”* aprobată de către Comitetul director.

b) Rularea fără sincope a materialelor perisabile din cadrul depozitului de calamități, astfel încât în acesta să se regăsească doar produse în termen de valabilitate.

IX.52. Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă

Art.264.– (1) Reglementarea procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă are ca principale scopuri:

a) Stabilirea responsabilităților privind întocmirea, avizarea și aprobarea și transmiterea documentelor aferente acestei activități.

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

- producerea de daune asupra personalului și / sau instituției.

Art.265.– (1) În conformitate cu reglementările în vigoare accidentul de muncă este vătămarea violentă a organismului, precum și intoxicația acută profesională, care au loc în timpul procesului de muncă sau în îndeplinirea îndatoririlor de serviciu și care provoacă incapacitate temporară de muncă de cel puțin 3 zile calendaristice, invaliditate ori deces. Accidentul de muncă poate fi:

a) accidentul care produce incapacitate temporară de muncă – accidentul care determină întreruperea activității persoanei respective pe o durată de cel puțin 3 zile calendaristice consecutive, confirmată prin certificat/scutire medical/ă;

b) accidentul de muncă care produce invaliditate – accidentul care determină pierderea totală sau parțială a capacității de muncă, confirmată prin decizie de încadrare într-un grad de invaliditate, emisă de organele medicale în drept;

c) accidentul de muncă mortal – accidentul ce presupune decesul accidentatului imediat sau după un interval de timp, dacă acesta este confirmat, în baza unui act medico-legal, ca fiind urmare a accidentului suferit;

d) accidentul de muncă colectiv – accidentul care a determinat accidentarea a cel puțin 3 persoane în același timp și din aceleași cauze.

(2) Etapele procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Fiecare dintre membrii personalului Spitalului Județean de Urgență Zalău are obligația să aducă la cunoștința conducătorului locului de muncă și/sau angajatorului accidente suferite de propria persoană.

b) Responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă încadrat la nivelul SJUZ are obligația să țină evidența accidentelor de muncă ce au ca urmare o incapacitate de muncă mai mare de 3 zile de lucru, a accidentelor ușoare, a bolilor profesionale, a incidentelor periculoase, precum și a accidentelor de muncă, astfel cum sunt definite la art. 5 lit. g) din *Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă*, cu modificările și completările ulterioare.

c) Cercetarea, înregistrarea și evidența accidentelor de muncă și a bolilor profesionale produse în Spitalului Județean de Urgență Zalău se efectuează la nivelul acestuia prin aplicarea prevederilor art. 50 alin. (2) din *Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă*, cu modificările și completările ulterioare.

d) Managerul spitalului este obligat să informeze organul de urmărire penală competent, imediat ce a luat la cunoștință de producerea accidentului de muncă (atunci când se presupune că motivele producerii accidentului de muncă sunt ca urmare a săvârșirii unei fapte penale), luând măsuri după caz pentru conservarea probelor, și interzicerea accesului oricăror persoane la locul faptei, înainte de sosirea organului de cercetare la locul penală sau a procurorului, cu excepția celor care acordă primul ajutor victimelor sau iau alte măsuri ce nu suportă amânare.

e) În conformitate cu reglementările în vigoare accidentele de muncă se cercetează de o comisie stabilită prin decizie de managerul spitalului. Din comisia de cercetare face parte personalul cu responsabilități în domeniul în care s-a săvârșit accidentul. La cercetarea accidentului nu pot participa persoanele implicate în producerea acestuia. Pe timpul cercetării, dacă situația impune, comisia solicită sprijinul organelor de cercetare penală, iar pentru investigațiile de strictă specialitate structurilor abilitate Ministerului Afacerilor Interne.

f) Concluziile comisiei de cercetare se prezintă managerului spitalului în termen de 15 zile calendaristice de la data săvârșirii accidentului sau, după caz, de la data luării la cunoștință despre accidentul respectiv și sunt cuprinse în procesul-verbal de cercetare al accidentului de muncă, document în baza căruia se realizează înregistrarea respectivului accident de muncă la nivelul spitalului de către responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă.

g) În cazul în care managerul spitalului este implicat în săvârșirea unui accident, comisia de cercetare este numită de către forul tutelar al spitalului.

h) La producerea unui accident de muncă șeful secției medicale/medicul din linia de gardă pe spital consemnează principalele date despre accident în registrul de predare-primire a serviciului înscrind în principal următoarele: ora săvârșirii accidentului, împrejurările în care s-a produs, personalul implicat în accident, urmările accidentului, primele măsuri luate, ora la care managerul spitalului a luat la cunoștință despre producerea accidentului, măsurile dispuse de către managerul spitalului, ora la parchetul de pe lângă instanța competentă a fost informat cu privire la producerea accidentului, potrivit legislației în vigoare.

Art.266. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă sunt următorii:

a) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului din numărul total de evenimente produse și raportate în anul calendaristic precedent.

b) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului care au fost raportate de membrii personalului spitalului care au suferit respectivele accidente, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

c) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost întocmit proces-verbal de cercetare în termenul legal, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

d) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost transmis raport ca urmare a săvârșirii unui accident în termenul legal, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

IX.53. Circuitul documentelor în cadrul spitalului

Art.267. – Reglementarea circuitului documentelor în cadrul Spitalului are ca principale scopuri:

a) Implementarea la nivelul instituției a legislației naționale și departamentale privind gestionarea documentelor;

b) Asigurarea protecției, confidențialității, disponibilității și accesibilității informațiilor cu respectarea principiului necesității de a cunoaște;

c) Cunoașterea permanentă a trasabilității documentelor emise/primate de/în instituție;

d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- accesul neautorizat la informații cu caracter personal sau informații care nu sunt libere la publicare.

Art.268. – (1) Protecția documentelor/informațiilor în spital are la bază:

- a) Respectarea regulilor privind redactarea, evidența, multiplicarea, manipularea, păstrarea, transmiterea, împachetarea, transportul și distrugerea documentelor;
- b) Respectarea regulilor privind evidența și lucrul cu mediile de stocare a informațiilor;
- c) Respectarea regulilor privind păstrarea confidențialității conținutului documentelor;
- d) Respectarea regulilor privind transportul documentelor;
- e) Evitarea discuțiilor despre probleme confidențiale în locuri publice;
- f) Evitarea prezentării unor informații care, combinate, pot alcătui o imagine completă a unor probleme confidențiale;
- g) Respectarea cu strictețe a reglementărilor în domeniu în cazul procesării, stocării sau transmiterii unei informații clasificate prin sistemul informațional sau de comunicații;
- h) Respectarea reglementărilor privind asigurarea măsurilor de protecție fizică;
- i) Respectarea reglementărilor privind managementului cheilor/parolelor de acces în incinte/încăperi în care se gestionează informații confidențiale/cu caracter personal ori de acces în sisteme care procesează informații confidențiale/cu caracter personal.

Art.269. – (1) Măsurile organizatorice stabilite la nivelul spitalului în partea care se referă la circuitul documentelor sunt următoarele:

- a) Pentru evidența, prelucrarea, procesarea, păstrarea, manipularea, multiplicarea, transmiterea, distrugerea și arhivarea documentelor în cadrul Spitalului este organizată o registratură.
- b) Nicio persoană din cadrul spitalului nu are acces la informații confidențiale/cu caracter personal în virtutea funcției pe care o deține.

(2) – Protecția documentelor la nivelul spitalului, presupune:

- a) Documentele se înregistrează, obligatoriu în evidențele registraturii constituite la nivelul Spitalului precum și la nivelul altor structuri ale spitalului stabilite prin decizie a managerului.
- b) Accesul în încăperile registraturii, în afara personalului încadrat/titular este permis doar managerului și persoanelor cu atribuții de control.
- c) Unitățile arhivistice constituite în cadrul Spitalului se păstrează în încăperile special amenajate, care corespund normelor de protecție fizică prevăzute de legislația în vigoare. Consultarea documentelor care au fost arhivate se face numai după ce în prealabil a fost obținută aprobarea managerului.
- d) Protecția fizică a informațiilor se asigură în scopul de a interzice accesul neautorizat, clandestin sau prin forță la acestea, pentru a detecta și împiedica acțiunile subversive, pentru a contribui la realizarea accesului la informații numai pe baza principiului „necesitatea de a cunoaște” și pentru a preveni orice alte situații, împrejurări sau fapte de natură a periclita ori compromite securitatea informațiilor.
- e) În timpul programului, protecția fizică se realizează de către personalul care încadrează structurile Spitalului.
- f) În afara orelor de program, ușile încăperilor se închid.
- g) La începerea programului, în cazul în care se constată violarea încuietorilor, nu se mai deschide încăperea respectiv, se instalează pază și se informează imediat managerul care dispune măsurile ce se impun.
- h) În timpul programului, încăperile în care se păstrează documente se încuie ori de câte ori personalul părăsește încăperea, indiferent de motiv sau perioadă de timp.

(3) Primirea corespondenței în cadrul SJUZ se poate realiza astfel:

- a) Letric sau pe suporti electronici de informație, la registratură, prin Poșta Română și prin alte firme specializate de curierat;
- b) Prin fax sau pe adresele de e-mail profesionale, pe domeniul spitalzalau.ro puse la dispoziție de Spitalul ;

(4) Toate documentele oficiale sau solicitările primite de la terți pe adresele de e-mail profesionale, indiferent dacă poartă sau nu număr de înregistrare, și care privesc obligații de serviciu conform fisei postului, prin grija fiecui angajat, se vor preda la Registratura Spitalului pentru înregistrare în registrul de intrări-ieșiri;

(5) Corespondența primită la Registratura se înregistrează și se prezintă de către personalul din cadrul registraturii, managerului spitalului. Acesta o va analiza și va consemna rezoluții pe documente.

(6) Circuitul documentelor în cadrul spitalului presupune următoarele responsabilități:

a) Personalul registraturii desfășoară următoarele activități:

- primește documentele sosite și verifică integritatea sigiliilor/ștampilelor și a ambalajelor în care acestea au fost împachetate, precum și cele întocmite de personalul spitalului;
- verifică documentele, exemplar cu exemplar și filă cu filă;
- înregistrează documentele primite și le prezintă managerului spitalului după care, personalul din cadrul Compartimentului Secretariat pe baza rezoluției înscrise pe ele, le predă pe bază de semnătură, persoanelor cărora le-au fost repartizate;
- distribuie documentele numai pe baza rezoluției înscrise pe acestea, respectiv persoanei nominalizate/sefului de structura nominalizată.

b) Persoana căruia i-au fost repartizate documentele desfășoară următoarele activități:

- verifică documentele, exemplar cu exemplar și filă cu filă;
- semnează de primirea documentelor în Registrul pentru evidența documentelor;
- rezolvă documentele, conform termenelor și rezoluției de pe acestea, respectând măsurile de protecție și nivelul de clasificare al informațiilor conținute și prevederile legale referitoare la datele cu caracter personal.
- după soluționare, distruge sau clasează documentul, după caz.

c) Alte reguli privind circuitul documentelor:

- Circuitul unui document se consideră încheiat atunci când acesta este justificat în registratură prin îndosariere, distrugere sau este returnat la emitent.
- Documentele adresate managerului Spitalului, se prezintă acestuia de către personalul din registratură, iar după înscrierea rezoluției pe acestea, personalul din cadrul Compartimentului Secretariat distribuie spre soluționare, personalului/ structurii nominalizate pe acestea.
- La mutarea din spital, schimbarea sau suspendarea din funcție, pensionarea, plecarea în concediu fără plată sau pentru creșterea și îngrijirea copilului, personalul predă la registratură toate documentele pe care le are în primire.
- La detașarea în alte instituții, plecarea în străinătate în interes de serviciu sau în interes personal, concedii de orice natură mai mari de 30 zile calendaristice, personalul predă documentele necesare desfășurării activităților compartimentului înlocuitorului legal.
- Documentele elaborate de personalul unității se predau la registratură pentru înregistrare după ce acestea sunt semnate și ștampilate de către persoanele în drept.
- Orice situație de compromitere a informațiilor, face obiectul informării imediate a managerului.

(7) În situația în care răspunderea pentru elaborarea răspunsului sau desfășurarea unor activități privește mai multe structuri/persoane din cadrul Spitalului, prima structură/persoană nominalizată în rezoluție de managerul Spitalului pe documente, se consideră a fi răspunzătoare de executarea respectivei activități, fiind obligată să se consulte cu celelalte structuri/persoane înscrise de către manager în rezoluție, pentru soluționare. Șefii structurilor, după formularea rezoluției, dispun monitorizarea documentelor și transmiterea lor la persoanele angajate în execuție. *Fotocopii* ale acestor documente se realizează/trimit, doar atunci când este *absolut necesar*, însoțite de precizările de rigoare, cu respectarea strictă a legislației privind multiplicarea documentelor.

(8) Pe tot parcursul anului, documentele soluționate, cu valoare practică, juridică sau istorică sunt clasate în mape/dosare de către responsabili din cadrul structurilor funcționale care gestionează problematica. Anual, până la începerea inventarierii documentelor, această activitate precum și justificarea documentelor în evidențe, se încheie. Fiecare șef de structură funcțională răspunde de arhivarea corectă a informațiilor în mape/dosare.

(9) La redactarea documentelor se respectă obligatoriu următoarele reguli:

- Menționarea, în antet, a instituției și spitalului emitente, a numărului și datei înregistrării, a numărului de exemplar și, după caz, a destinatarului;
- Înscrierea numerelor de înregistrare pe toate exemplarele documentului și pe anexele acestuia.

- Înscrierea în clar, la sfârșitul documentului, a funcției, numelui și prenumelui managerului spitalului emitent, semnătura acestuia, ștampila spitalului precum și numele, prenumele și semnătura persoanei care a întocmit documentul.

- Înscrierea pe fiecare pagină a documentului, a numărului curent al paginii, urmat de numărul total al acestora.

(10) Reguli privind semnarea și expedierea corespondenței:

- Documentele se transmit către destinatari numai cu aprobarea conducerii spitalului, prin curieri sau pe canale de comunicații protejate.

- Pe plic/colet este obligatorie înscrierea următoarelor elemente: destinatarul, expeditorul, localitatea destinatarului/expeditorului, județul și numărul de înregistrare.

- Pentru sigilarea plicurilor/coletelor se utilizează ștampila rotundă care se imprimă pe fața plicului în colțul din stânga jos și pe spatele plicului la cele două capete unde se închide plicul.

Art.270. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului *Circuitul documentelor în cadrul spitalului* sunt următorii:

a) Numărul de instruiți planificate și executate privind punerea în practică a măsurilor stabilite pentru reglementarea procesului în ultimul an calendaristic;

b) Numărul verificărilor/ controalelor privind cunoașterea, înțelegerea și aplicarea corectă de către personal a reglementărilor care privesc circuitul documentelor.

IX.54. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului

Art.271.—Reglementarea procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

a) Se asigură respectarea legislației incidente în vigoare cu privire la securitatea datelor.

b) Clarificarea aspectelor privin colectarea, gestiunea și fluxul informațiilor la nivelul spitalului;

c) Asigurarea datelor/informațiilor necesare factorilor decizionali pentru cunoașterea temeinică a stadiului și calității îndeplinirii obiectivelor ce revin spitalului, precum și a acelor date necesare pentru luarea deciziilor și implementarea măsurilor ordonate.

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

○ înregistrarea, stocarea, transmiterea greșită a datelor.

Art.272.— (1) Gestionarea datelor și informațiilor medicale/nemedicale cuprinde operațiunile de centralizare, administrare, protejare și asigurare a back-up-ului datelor, atât a celor cu caracter general cât și a celor cu caracter confidențial.

(2) Sistemul de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului se constituie din trei elemente:

a) Fluxul informațional - reprezintă circulația stabilă a unei cantități de date/informații între organele structurale ale sistemului informațional al SJUZ, independent de natura purtătorului material de informație și procedeele folosite pentru colectarea, transmiterea, prelucrarea și diseminarea lor. Conținutul fluxului informațional este format de documentele și comunicările scrise sau verbale, exprimate printr-un volum de date, acest volum fiind stabilit în mod statistic. În cadrul acestui volum se iau în considerare nu numai datele purtătoare de informații formale (cele stabilite prin regulamente și alte acte normative), ci și cele informale. Colectarea datelor se face într-un sistem unitar, planificat, atât la nivelul managementului spitalului, cât și al structurilor funcționale.

b) Circuitul informațional - reprezintă drumul parcurs de diferite categorii de date/informații, din momentul generării acestora de către o anumită sursă, până la punctul de prelucrare a datelor și elaborare a deciziilor, precum și de datele/informațiile care conțin deciziile conducerii adresate organelor de execuție.

c) Rețeaua informațională.

Art.273. — (1) Etapele procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Informarea echipei decizionale privind existența de date/informații se realizează atât pe orizontală cât și pe verticală, prin:

- Legătura cu omologii de la instituții cu care se colaborează;

- Activitatea de informare în cadrul spitalului participarea la ședințele de lucru;

- Participarea la activități de control și îndrumare;
 - Studiul corespondenței primite prin sistemul de corespondență scrisă sau electronică;
 - Studiul informărilor din mass-media și al publicațiilor de specialitate;
 - Canale informaționale din surse deschise (tv, internet) ;
 - Activitățile protocolare desfășurate la nivelul municipiului Zalău;
 - Audiențe, cereri, reclamații, petiții și sesizări;
- b) Prelucrarea datelor /informațiilor se face în cadrul fiecărei structuri prin:
- Procesarea datelor - se realizează prin prelucrarea primară și gruparea acestora pe domenii;
 - Analiza datelor și informațiilor - presupune studierea acestora în scopul stabilirii gradului de autenticitate și a semnificației reale;
 - Valorificarea datelor se realizează prin interpretarea acestora cu privire la domeniile de competență și responsabilitate;
 - Diseminarea datelor între structurile spitalului - schimbul de date se face prin rețeaua de calculatoare sau prin contactarea personalului care are atribuții în legătură cu informația, în funcție de domeniu, activitate și “necesitatea de a cunoaște”. Personalul spitalului care intră în posesia unor date/informații, care nu sunt din sfera sa de competență, **este obligat** să informeze pe cel răspunzător de gestionarea problematicii, iar cel care le generează răspunde de aceasta până la ajungerea ei la beneficiar și întoarcerea sub forma conexiunii inverse (feed-back).
- c) Principalul purtător de date prin care se asigură circulația informațiilor, în cadrul spitalului, îl constituie *documentul*, în toate formele sale, acesta trebuind să corespundă necesităților obiective de informare, atât a factorilor de decizie cât și a celor de execuție.
- d) Raționalizarea și tipizarea documentelor reprezintă o prioritate avută în vedere de către toți șefii de structuri din cadrul SJUZ, care rezidă din tendința existentă, de a introduce mereu în procesul de management, noi documente care conțin adesea informații ne semnificative și redundante, concretizate în repetarea unor prevederi legislative sau a unor date curente. Tipizarea documentelor reprezintă o cale importantă de perfecționare a procesului de conducere, în acest proces urmărindu-se următoarele cerințe:
- Creșterea ponderii formatului electronic al documentelor în detrimentul celor în format printat;
 - Tipizarea trebuie să cuprindă documentele de bază utilizate în procesul de conducere;
 - Documentele purtătoare de informații să aibă o destinație practică și o funcționalitate multiplă;
 - Concentrarea maximă a datelor într-un număr cât mai redus de documente și micșorarea volumului de date înscrise în acestea, prin creșterea gradului de concizie și sintetizare;
 - Fiecare document tipizat trebuie să fie concretizat într-un formular cu titlu, destinatar și cod propriu de identificare;
 - Datele imprimate pe formulare să fie prezentate într-o succesiune logică;
 - Să se asigure minimalizarea sau eliminarea operațiilor manuale de trecere a informațiilor de pe un document pe altul în procesul de prelucrare a datelor;
 - Să conducă la micșorarea însemnată a cantității de hârtie folosită pentru elaborarea documentelor prin reducerea la maxim a numărului de exemplare;
 - Separarea conținutului informațional al documentelor în parte fixă (informație permanentă) și parte variabilă care exprimă mărimile concrete sau categorii de date specifice.
- e) Specific, datele/informațiile clinice la nivel de pacient se culeg din F.O.C.G./F.S.Z., introdusă în sistemul informațional al spitalului conform *O.M.S. nr. 1.782/2006 cu modificările și completările ulterioare, privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi*. Datele astfel colectate formează setul minim de date la nivel de pacient – SMDPC și SMDPZ. Toate datele la nivel de pacient colectate de spital (CNP, diagnostic, codurile de parafă ale medicilor) sunt confidențiale și li se aplică măsuri specifice de protecție, conform reglementărilor legale în vigoare. De colectarea, înregistrarea, autenticitatea datelor clinice înscrise în programe și actualizarea la zi a acestora răspunde personalul structurii de statistică și responsabili nominalizați din structura internări, farmacie, secții, compartimente și cabinete.
- (2) Întreg personalul care încadrează structurile SJUZ este obligat să respecte, pe lângă măsurile de protecție a informațiilor confidențiale, toate măsurile tehnice și organizatorice implementate la

nivelul spitalului cu privire la păstrarea confidențialității și integrității datelor cu caracter personal, a securității prelucrărilor acestor date.

Art.274. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Deciziile/ executarea sarcinilor se dispun/realizează cu încadrarea în termenele legale.
- b) Fluxul informațional de gestionare a datelor și informațiilor răspunde cerințelor actuale de gestionare a problematicilor specifice Spitalului.

IX.55. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului

Art.275.– Reglementarea procesului de protecție a sistemului informatic la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizare/adoptarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;
- c) Stabilirea fluxurilor operațiunilor desfășurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informațiilor proprietate privată
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - distrugerea fizică a echipamentelor - situații de forță majoră;
 - indisponibilitatea sistemului cauzată de număr redus de persoane care cunosc informația;
 - divulgarea de informații;
 - fraude produse prin intermediul sistemului informatic;
 - furturi de echipamente și informații.

Art.276.– Procesul de de protecție a sistemului informatic la nivelul spitalului presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Sistemele informatice și de comunicații sunt exploatate în încăperi/spații care îndeplinesc cerințele de protecție fizică potrivit cerințelor specifice de acreditare, funcție de destinație, conținutul și tipul informațiilor gestionate și utilizatori, în conformitate cu prevederile Programului de prevenire a scurgerii de informații clasificate al unității (acest Program se întocmește în temeiul prevederilor art. 31 lit. b art. 86 lit. b) art. 94 alin (1) și anexa 10 din HG nr. 585/2002 doar dacă în spital există informații clasificate).
- b) Sistemele informatice proprietate personală, ale personalului spitalului sau din afara acesteia, (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe neînregistrate, telefoane mobile sau alte dispozitive care au posibilitatea tehnică de filmare/ fotografiere/înregistrare/stocare/transmitere de informații, unități zip, etc) pot fi introduse și utilizate în perimetrul Spitalului Județean de Urgență Zalău, cu respectarea strictă a prevederilor procedurii specifice aplicabile la nivelul spitalului.
- c) Personalul spitalului care exploatează sistemele informatice din dotare (atât cele din compunerea rețelei de calculatoare cât și pe cele independente sau din compunerea completelor aparaturii medicale) trebuie să respecte următoarele reguli:
 - să depună o cerere pentru crearea contului de acces în sistemul informatic;
 - să nu acceseze contul și parola altui utilizator, să nu le înstrăineze și să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate cele proprii;
 - să utilizeze sistemele informatice pentru rezolvarea problemelor de serviciu;
 - să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
 - să mânuiască și să utilizeze suportii de informații conform regulamentelor în vigoare.
- d) În cazul achizițiilor de software specializat, echipamente sau aparatură medicală ce au în inventarele de complet sisteme informatice și aplicații software, se va informa structura informatică, acesta având obligația de a înregistra echipamentele și de a păstra o copie de siguranță a aplicațiilor software instalate;
- e) Accesul la sistemele informatice din dotarea Spitalului Județean de Urgență Zalău de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezența cel puțin a

unui specialist din structura informatică, după semnarea angajamentelor și îndeplinirea formalităților prevăzute de legile și regulamentele în vigoare;

f) Accesul personalului Spitalului Județean de Urgență Zalău la Internet se va face numai pe sistemele informatice special destinate acestui scop cu respectarea următoarelor reguli:

- utilizatorul trebuie să completeze o cerere tip după a cărei aprobare va primi un cont și o parolă de utilizator pe care nu le va înstrăina;
- nu este permisă transmiterea pe Internet de informații confidențiale;
- Internetul se va accesa numai în scopurile aprobate: consultarea de site-uri cu caracter științific, colaborări pe diverse proiecte de cercetare, update-uri, licitație electronică, alte forme de colaborare electronică cu diverse instituții, organisme și organizații interne și internaționale ce fac obiectul, documentare, educație, instruire.

g) Orice eveniment de compromitere a informațiilor confidențiale/cu caracter personal necesită raportat managerului;

h) Instruirea personalului pentru utilizarea și exploatarea sistemelor informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică se va face conform Planului specific anual aprobat.

i) Periodic, șefii nemijlociți au obligația verificării modului în care personalul subordonat respectă legislația în vigoare privind aplicarea și asigurarea confidențialității informațiilor precum și respectarea măsurilor stabilite privind protecția lor.

j) Personalul din structura informatică răspunde de instalarea corectă, întreținerea și modificarea setărilor componentelor hardware.

k) Structura de comunicații și informatică din cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău răspunde de actualizarea în permanență a protecției antivirus pentru sistemul informatic al spitalului.

l) Este interzisă conectarea la sistemele informatice ale spitalului a altor sisteme informatice, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată

m) Lucrările de mentenanță a sistemelor informatice sunt efectuate numai de către personalul autorizat, numai după ce s-au luat toate măsurile pentru asigurarea securității informațiilor conținute de mediile de stocare.

n) Instalarea de software se efectuează numai de către personal autorizat. În cazul constatării nefuncționării sau funcționării anormale a sistemului de operare sau a unor aplicații software, utilizatorii sunt obligați să nu intervină din proprie inițiativă pentru remediere și să informeze imediat personalul structurii informatice, care vor întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;

o) Informațiile vehiculate în rețeaua INTERNET și aplicațiile software sunt supuse controalelor în toate domeniile securității și protejate corespunzător.

p) Toate informațiile de interes public care implică instituția, indiferent de forma acestora, înainte de aprobare, pentru a putea fi scoase în spațiul public sau transmise prin mijloace de comunicații neprotejate, necesită avizarea prealabilă și obligatorie de către manager.

q) Prin grija structurii de comunicații și informatică pentru serverele pe care se stochează informațiile, se asigură spații securizate și protejate.

Art.277. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Număr de evenimente/incidente de compromitere a informațiilor confidențiale/cu caracter personal în ultimul an calendaristic;

b) Număr de angajamente de confidențialitate existente în raport cu numărul de personal angajat din Spitalului Județean de Urgență Zalău;

c) Număr de cereri pentru crearea contului de acces în sistemul informatic depuse în raport cu numărul de utilizatori ai sistemului informatic în cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău.

d) Număr de instruiți pentru utilizarea și exploatarea sistemelor informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică efectuate în raport cu numărul de instruiți planificat în ultimul an calendaristic.

IX.56. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului

Art.278.– Reglementarea procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizare/adoptarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;
- c) Stabilirea fluxurilor operațiunilor desfășurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informațiilor proprietate privată;
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului.

Art.279. - (1) Sistemul informațional asigură gestiunea tuturor informațiilor din cadrul spitalului, folosind toate metodele și procedeele de care dispune. Informațiile sunt sesizate și înregistrate în cadrul unui sistem economico-social la nivelul unor verigi organizatorice și funcționale care se numesc posturi de lucru. O secvență de mai multe posturi de lucru, logic înlănțuite, formează un circuit informațional.

(2) Un post de lucru se individualizează prin următoarele elemente:

- date de intrare
- operații de prelucrare
- timp de staționare
- date de ieșire

(3) Ansamblul informațiilor și deciziilor (caracterizate prin conținut, frecvență, calitate, volum, formă, suport) necesare desfășurării unei anumite activități sau operații și care se transmit între două posturi de lucru, formează un flux informațional. Între circuitul informațional și fluxul informațional există o strânsă dependență în sensul că circuitul informațional reflectă traseul și mijlocul care asigură circulația unei informații de la generarea ei și până la arhivare, iar fluxul informațional reflectă ansamblul informațiilor vehiculate, necesare unei anumite activități.

(4) Sistemul informațional cuprinde, într-o concepție unitară, circuitele și fluxurile informaționale, la care se adaugă metodele și tehnicile de prelucrare a informațiilor.

(5) Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului este reglementată la nivelul spitalului în conformitate cu prevederile Programului de prevenire a scurgerii de informații clasificate al unității (acest Program se întocmește în temeiul prevederilor art. 31 lit. b art. 86 lit. b) art. 94 alin (1) și anexa 10 din HG 585/2002 doar dacă în spital există informații clasificate).

(6) Este INTERZISĂ scoaterea din unitate, fără aprobare, a informațiilor aparținând spitalului, indiferent de formă, timp, conținut sau scop.

(7) Particularități privind măsuri de protecție a sistemului informațional, specifice informațiilor confidențiale/cu caracter personal:

- Sistemele de pază, supraveghere și control-acces trebuie să asigure prevenirea pătrunderii neautorizate în sectoarele și locurile unde sunt gestionate informații confidențiale/cu caracter personal.
- Accesul în Spital – ca și componentă a sistemului de protecție a sistemului informațional din cadrul spitalului - se realizează cu respectarea prevederilor pct. "IX.2 Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor" din prezentul Regulament;
- Timpul de reacție a personalului de pază va fi testat periodic pentru a garanta intervenția operativă în situații de urgență, de către directorul administrativ.
- În vederea asigurării protecției sistemului informațional din cadrul spitalului, se vor respecta întocmai prevederile pct. "IX.11 Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate" din prezentul Regulament;
- Pentru gestionarea documentelor interne specifice microstructurilor din cadrul Spitalului, la nivelul acestora se nominalizează prin decizie un responsabil (și un înlocuitor) și se consemnează în decizii ale managerului spitalului intrarea în funcțiune a registrelor de evidență;
- Manipularea documentelor se efectuează astfel încât să nu se faciliteze accesul la conținutul acestora persoanelor care nu sunt abilitate să le cunoască, cu excepția cazurilor impuse de lege;

- Manipularea documentelor trebuie să permită în orice moment posibilitatea identificării cu ușurință a acestora și să poată fi justificate cu prilejul controalelor, inspecțiilor sau verificării anuale;
- Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament se realizează în strictă conformitate cu prevederile pct. X.40 din prezentul Regulament;
- Distrugerea documentelor se execută pe baza semnăturilor în registrele pentru evidență primară ale deținătorului și personalului registraturii sau, dacă sunt supuse unei forme de evidență specifice, ale persoanei care le gestionează și șefului structurii de resort;
- Prin excepție, distrugerea registrelor se face pe bază de proces-verbal;
- Clasarea în dosare a documentelor se face în conformitate cu respectarea instrucțiunilor arhivistice în vigoare.
- În plus, asigurarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului, se realizează cu respectarea întocmai a prevederilor următoarelor puncte din prezentul Regulament:
 - *"IX.53. Circuitul documentelor în cadrul spitalului"*
 - *"IX.54. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului"*
 - *"IX.55. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului"*
 - *"IX.57. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului"*

(4) Particularități privind protecția sistemului informatic, componentă a sistemului informațional al Spitalului:

a) Sistemele informatice și de comunicații sunt exploatate în încăperi/spații care îndeplinesc cerințele de protecție fizică potrivit cerințelor specifice de acreditare, funcție de destinație, conținutul și tipul informațiilor gestionate.

b) Sistemele informatice proprietate personală, ale personalului spitalului sau din afara acesteia, (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe neînregistrate, telefoane mobile sau alte dispozitive care au posibilitatea tehnică de filmare/ fotografiere/ înregistrare/ stocare/ transmitere de informații, unități zip, etc) pot fi introduse și utilizate în perimetrul Spitalului, cu respectarea strictă a prevederilor procedurii specifice aplicabile la nivelul spitalului.

c) Personalul Spitalului care exploatează sistemele informatice din dotare (atât cele din compunerea rețelei de calculatoare cât și pe cele independente sau din compunerea completelor aparaturii medicale) trebuie respecte următoarele reguli:

- Să depună o cerere pentru crearea contului de acces în sistemul informatic;
- Să nu acceseze contul și parola altui utilizator, să nu le înstrăineze și să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate cele proprii;
- Să utilizeze sistemele informatice pentru rezolvarea problemelor de serviciu având grijă să consemneze și să raporteze la structura informatică, orice problemă tehnică sau de securitate ce poate apare;
- Să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
- Să mănuiască și să utilizeze suportii de informații conform regulamentelor în vigoare;
- Să respecte procedurile operaționale de securitate specifice categoriei de sistem informatic la care are acces;

d) În cazul achizițiilor de software specializat, echipamente sau aparatură medicală ce au în inventarele de complet sisteme informatice și aplicații software, se va informa structura informatică, acesta având obligația de a înregistra echipamentele și de a păstra o copie de siguranță a aplicațiilor software instalate;

e) Accesul la sistemele informatice din dotarea Spitalului de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezența cel puțin a unui specialist din structura informatică, după îndeplinirea formalităților prevăzute de legile și regulamentele în vigoare;

f) Accesul la Internet se va face numai pe sistemele informatice special destinate acestui scop cu respectarea următoarelor reguli:

- utilizatorul trebuie să completeze o cerere tip după a cărei aprobare va primi un cont și o parolă de utilizator pe care nu le va înstrăina;

- nu este permisă transmiterea pe Internet de informații confidențiale;
- Internetul se va accesa numai în scopurile aprobate (ex.: consultarea de site-uri cu caracter științific, colaborări pe diverse proiecte de cercetare, update-uri, licitație electronică, alte forme de colaborare electronică cu diverse instituții, organisme și organizații interne și internaționale ce fac obiectul, documentare, educație, instruire.)
- g) Orice eveniment de compromitere a informațiilor confidențiale/cu caracter personal impune informarea managerului;
- h) Instruirea personalului pentru utilizarea și exploatarea sistemele informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică se va face conform Planului specific anual aprobat.
- i) Periodic, șefii nemijlociți au obligația verificării modului în care personalul subordonat respectă legislația în vigoare privind aplicarea asigurarea confidențialității informațiilor și respectarea măsurilor stabilite privin protecția lor.
- j) Administratorul de sistem/ rețea răspunde de instalarea corectă, întreținerea și modificarea setărilor componentelor hardware;
- k) Este interzisă conectarea la sistemele informatice ale spitalului a altor sisteme informatice, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată
- l) Lucrările de mentenanță a sistemelor informatice sunt efectuate numai de către administratorul de sistem/ rețea sau de către alt personalul autorizat, numai după ce s-au luat toate măsurile pentru asigurarea securității informațiilor conținute de mediile de stocare.
- m) Instalarea de software se efectuează numai de către administratorul de rețea. În cazul constatării nefuncționării sau funcționării anormale a sistemului de operare sau a unor aplicații software, utilizatorii sunt obligați să nu intervină din proprie inițiativă pentru remediere și să informeze imediat administratorilor de sistem/rețea, care vor întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;
- n) Toate informațiile de interes public, care implică instituția, indiferent de forma acestora, înainte de aprobare, pentru a putea fi scoase în spațiul public sau transmise prin mijloace de comunicații neprotejate, necesită avizarea prealabilă și obligatorie de către manager.

Art.280. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Număr de reclamații/sesizări privind pierderea disponibilității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului în ultimul an calendaristic;
- b) Număr de reclamații/sesizări privind pierderea confidențialității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului în ultimul an calendaristic;
- c) Număr de evenimente de securitate produse la nivelul instituției în ultimul an calendaristic.

IX.57. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului

Art.281.— Reglementarea condițiilor de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modalitățile de control al accesului la datele din sistemul informatic al spitalului;
- b) Reglementarea accesului la informații, prelucrarea și protecția pentru fiecare categorie profesională.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Modificarea sau distrugerii informației;
 - Utilizarea neautorizată a informațiilor;
 - Controlul accesului la date nu asigură monitorizarea persoanelor care au acces la date, tipul datelor accesate și scopul accesului;
 - Divulgarea neautorizată a datelor medicale și de identitate a persoanelor;
 - Pierderea confidențialității datelor;
 - Întreruperi ale procesării datelor;

- Utilizarea fără discernământ a caracterului privat în ceea ce privește capacitatea de a controla sau influența ce informație referitoare la o persoană poate fi memorată în fișiere sau baze de date și cine are acces la aceste date.

Art.282. - În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, condițiile generale de acces la datele/informațiile spitalului pentru utilizatorii cu drepturi administrative sunt următoarele:

- a) Utilizatorii trebuie să cunoască și să accepte toate regulamentele privind securitatea sistemelor informatice înainte de a li se permite accesul la un cont. Acest lucru se asigură în timpul instructajului la locul de muncă efectuat la angajare.
- b) Utilizatorii cu drepturi administrative sau speciale de acces nu trebuie să folosească în mod abuziv aceste drepturi și trebuie să facă investigații numai sub îndrumarea conducerii instituției. Aceste cazuri vor fi înregistrate ca evenimente.
- c) Unele conturi sunt necesare pentru audit (verificare, control) intern sau extern, pentru dezvoltare sau instalare de software sau alte operațiuni definite.
- d) Lista parolelor pentru fiecare cont cu drepturi administrative se înregistrează și se păstrează la registratura spitalului.

Art.283. - În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, condițiile generale de acces la datele/informațiile spitalului pentru utilizatorii cu drepturi restricționate sunt următoarele:

- a) Accesul la datele/informațiile spitalului stocate/gestionate în sistemele informatice este permis doar dacă pentru îndeplinirea atribuțiilor funcționale este necesar acest lucru, pe baza cererii de cont acces.
- b) Utilizatorii completează o cerere de cont și un angajament înainte de a accesa sistemele informatice și sunt obligați să păstreze confidențialitatea informațiilor privind contul de acces.
- c) Cererile sunt analizate de șeful locului de muncă (responsabil direct de nivelul, categoria, volumul informațiilor și sistemul informatic la/prin care se face accesul la informațiile de care are nevoie pentru îndeplinirea atribuțiilor funcționale), avizate de structura responsabilă cu crearea conturilor de utilizator și acordarea drepturilor de acces și aprobate de managerul spitalului.
- d) Prin acorduri de confidențialitate, fișa postului și/sau alte documente toți utilizatorii acceptă prevederile regulamentelor privind securitatea sistemului informatic.
- e) Accesul la informații confidențiale/clasificate și la date/informații cu caracter personal se face cu respectarea strictă a principiului "*Necesitatea de a cunoaște*", care limitează accesul strict la informațiile necesare îndeplinirii atribuțiilor funcționale.
- f) Fiecare utilizator accesează sistemul informatic al spitalului, în baza dreptului de acces acordat, doar de pe contul personal, utilizând parola personală. Toate parolele pentru conturi trebuie să fie create și folosite în conformitate cu această procedură.
- g) Este STRICT INTERZISĂ comunicarea către altă persoană a datelor personale de acces precum și utilizarea acestora de către altă persoană. Nici o persoană nu are acces la informații, indiferent de natura lor, doar în baza funcției pe care o deține.
- h) Utilizatorii folosesc resursele informatice ale spitalului doar în scopul îndeplinirii atribuțiilor funcționale.
- i) Începând de la angajare/încadrare în cadrul spitalului, personalul prin semnarea fișei postului își asumă un angajament de confidențialitate care se păstrează în dosarul personal.
- j) Abaterile de la regulile privind asigurarea confidențialității, disponibilității și protecției informațiilor, atrage răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, după caz.
- k) Utilizatorii nu au dreptul de a efectua operații de configurare (hardware, software sau de rețea). Orice funcționare necorespunzătoare a resurselor informatice este comunicată în cel mai scurt timp personalului structurii informatice.
- l) Structura informatică ține evidența tuturor sistemelor informatice, rețelelor, aplicațiilor, licențelor, conturilor și drepturilor de acces.
- m) Conturile de utilizator ale persoanelor plecate din instituție pe timp îndelungat (mai mult de 90 de zile) vor fi dezactivate (conturile nu vor mai putea fi accesate).

n) Conturile de utilizator care nu au fost accesate timp de 30 de zile vor fi dezactivate. După încă 30 zile conturile vor fi șterse dacă nu s-a solicitat accesul la acestea.

o) Responsabilul IT asigură ștergerea conturilor persoanelor (utilizatorilor) care nu mai lucrează în Spitalului Județean de Urgență Zalău. Acest lucru se realizează cât mai repede posibil în baza unei înștiințări făcute de către un angajat al structurii de resurse umane către responsabilul IT, aspect care este necesar să fie confirmat în Fișa de lichidare.

p) Parolele utilizate de către utilizatorii sistemului informatic trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să fie schimbate de utilizator în mod regulat, o dată la 90 de zile;
- să aibă o lungime minimă de 9 caractere;
- să fie parole complexe;
- reutilizarea parolelor este interzisă;
- parolele de cont utilizator nu trebuie divulgate nimănui, nici măcar angajaților care răspund de securitatea sistemelor informatice.

q) Dacă se suspectează că o parolă fost divulgată sau a fost descoperită aceasta trebuie schimbată imediat.

r) În situația în care un utilizator își blochează contul introducând de trei ori la rând parola greșită, acesta va înștiința responsabilul IT pentru deblocarea contului și schimbarea parolei.

s) Utilizatorii nu pot folosi programe de stocare a parolelor.

t) Sistemele informatice nu trebuie lăsate nesupravegheate fără a activa un sistem de blocare a accesului la acestea; deblocarea trebuie să se facă folosind parola.

u) Fiecare utilizator al sistemului informatic are posibilitatea să-și gestioneze din contul său propria parolă (se tastează simultan în acest sens tastele CTRL+ALT+DEL și ulterior se accesează comanda "Schimbati parola").

v) Periodic, personalul din cadrul structurii informatice face copii de siguranță ale bazelor de date pe suporti de date independenți, supuși măsurilor de protecție corespunzătoare.

Art.284. – Accesul și prelucrarea datelor/informațiilor în sistemele informatice pentru personalul spitalului este permis, cu respectarea strictă a algoritmului mai sus-stabilit, astfel:

a) Personalul medical din structurile medicale:

- Medicii din secții, compartimente, serviciul de urgență al spitalului, laborator analize medicale, laborator radiologie și imagistică, ambulatoriu integrat: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI, mail;
- Farmacistul șef: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet, mail;
- Asistenții medicali/de laborator din secții, compartimente, serviciul de urgență al spitalului, laborator analize medicale, laborator radiologie și imagistică, ambulatoriu integrat: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI;
- Asistenții de farmacie: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet;
- Infermiere, brancardieri: INTERNET, rețeaua internă, mail.

b) Personalul din structurile nemedicale:

- Managerul/director general: INTERNET, e-mailul Spitalului Județean de Urgență Zalău, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI, pagina web, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
- Directorul medical: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI, mail;
- Director financiar-contabil, structura financiar-contabilă: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicațiile Extranet de contabilitate-financiar – ContaG, Mijloace Fixe, Achizitii, SIUI-Asigurați, aplicații ANAF, mail;
- Director administrativ: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicația Extranet, mail;
- Personalul din structura informatică: acces la toate sistemele informatice, aplicațiile și adresele de corespondență – pentru implementarea măsurilor de protecție, administrare, mentenanță, control și cercetare a evenimentelor de securitate, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);

- Birou resurse umane: INTERNET, rețeaua internă, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora), aplicația REVISAL, mail ;
- Birou achiziții și contractări: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicația Extranet, SEAP, mail;
- Serviciu statistică și evaluare medicală: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Extranet, SIUI, DRG, CAPESARO, aplicații raportări statistice, mail;
- Serviciul managementul calității serviciilor medicale INTERNET, rețeaua internă, aplicația CAPESARO, mail;
- Personalul din structurile administrative, altul decât cel mai sus-nominalizat: INTERNET, rețeaua internă, mail.

Art.285. – (1) În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, accesul fizic la toate încăperile în care sunt instalate sisteme informatice trebuie să fie documentat și monitorizat. Pe ușile de acces se vor indica persoanele care își desfășoară activitatea în fiecare încăpere.

(2) Toate încăperile în care sunt instalate sisteme informatice trebuie să fie protejate fizic, în funcție de importanța acestora și tipul datelor prelucrate sau stocate. Dacă încăperea rămâne goală, ușa de acces trebuie asigurată împotriva accesului.

(3) Personalul care are drepturi de acces trebuie să dețină legitimație de serviciu/ecuson și acte de identitate care să-i ateste calitatea.

(4) Nu este permis transferul dreptului de acces indiferent de motiv.

(5) Accesul publicului, vizitatorilor sau a persoanelor străine în cadrul instituției se va face doar pe baza declarării identității și scopului vizitei. Vizitatorii și persoanele străine trebuie să fie însoțiți în zonele cu acces restricționat.

(6) Pentru fiecare spațiu în care sunt instalate sisteme informatice se va păstra o evidență a accesului pentru verificări de rutină în situații critice.

Art.286. – (1) În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, accesul la rețea al tuturor utilizatorilor se realizează cu respectarea următoarelor reguli:

(2) Utilizatorilor le este permis să utilizeze numai parametrii pentru conectarea la rețea specificați de către responsabilul IT.

(3) Pentru fiecare sistem conectat trebuie să existe o persoană care să răspundă de acesta, numele și datele de identificare ale acesteia se vor comunica responsabilului IT.

(4) Utilizatorii nu trebuie să extindă sau să retransmită serviciile de rețea în nici un fel (pe nici o cale). Nu este permisă instalarea de conexiuni de rețea neautorizate indiferent de motiv. Autorizarea tuturor conexiunilor se face la propunerea microstructurilor, de către responsabilul IT.

(5) Utilizatorii care au acces la internet, nu au dreptul să descarce, să instaleze sau să ruleze programe de securitate sau de altă natură care pot dezvălui slăbiciuni în securitatea unui sistem.

(6) Utilizatorii nu au dreptul să modifice, reconfigureze, instaleze, dezinstaleze echipamente de rețea, cabluri, prize de conexiuni.

Art.287. – (1) Accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital se realizează în conformitate cu reglementările legale în vigoare, ținându-se cont de protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal de la colectarea lor până la utilizare și libera circulație a acestora. În cadrul instituției se au în vedere toate activitățile legate de accesul și utilizarea datelor pacienților.

(2) Procedura privind colectarea datelor în Spitalului Județean de Urgență Zalău se desfășoară în conformitate cu prevederile art. 7 din *Ordinul nr. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi.*

(3) Datele colectate în serviciul de urgență al spitalului, Spital, Ambulatoriu, Radiologie, Laborator de analize medicale, Laborator anatomie patologică, Farmacie se introduc în format electronic în aplicații medicale dedicate.

(4) Calculatoarele operatorilor/asistenților medicali ce introduc datele pacienților sunt parolate și nu are nimeni acces la acestea, fiind securizate după încetarea programului, deasemenea accesul în aplicațiile informatice se face pe baza de utilizator și parolă.

Art.288. – (1) Completarea bazei de date și actualizarea acesteia este necesară în vederea acumulării progresive și constante a datelor despre pacienți, importante pentru realizarea situațiilor în vederea decontării serviciilor medicale oferite.

(2) Baza de date este securizată (parola de utilizare) și utilizată la nivelul tuturor serviciilor medicale.

(3) Datele necodificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (numele și prenumele), nu vor fi transmise în raportările statistice.

(4) Datele codificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (codul numeric personal), vor fi transmise în forma criptată, utilizându-se mecanismul de criptare folosit în sistemul informatic unic integrat pentru generarea CID-lui.

Art.289. – (1) Informarea pacienților referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal se realizează cu respectarea următoarelor reguli:

(2) Datele cu caracter personal destinate a face obiectul prelucrării sunt prelucrate cu bună credință și în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

(3) Prelucrările de date cu caracter personal se efectuează după informarea pacientului și obținerea consimțământului în mod expres și neechivoc pentru acea prelucrare.

(4) Pacienții sunt informați în formularul de consimțământ adoptat de spital, cu privire la:

a) Identitatea operatorului și a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;

b) Scopul în care se face prelucrarea datelor;

c) Informații suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie și consecințele refuzului de a le furniza; existența drepturilor de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, precum și condițiile în care pot fi exercitate;

d) Orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziție a autorității de supraveghere, ținând seama de specificul prelucrării.

Art.290. – (1) În conformitate cu prevederile art. 24 din *Legea nr. 46/2003 drepturile pacientului* și ale art. 9 din *O.M.S. nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*, pacientul are acces la datele medicale personale, spitalele având obligația de a asigura pacienților accesul neîngrădit la aceste date.

(2) Sistemul dosarului electronic de sănătate (DES) al pacientului este un serviciu public furnizat de CNAS, pentru toți pacienții care, potrivit prevederilor titlului VIII din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare, sunt asigurați ai sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru toți furnizorii de servicii medicale pe toate tipurile de asistență medicală, indiferent dacă se află sau nu în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate. Acest serviciu urmează să fie utilizat gradual de la data implementării în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală.

(3) Prelucrarea datelor cu caracter personal în cadrul DES, ca parte componentă a Platformei informatice din asigurările de sănătate, se realizează cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

(4) În cazul pacienților pentru care se constituie DES, datele și informațiile sunt structurate în module, respectiv: modulul «Sumar de urgență», modulul «Istoric medical», modulul «Antecedente declarate de pacient», modulul «Documente medicale» și modulul «Date personale», structurate pe module potrivit prevederilor art. 3466 alin. (2) din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare.

(5) După implementarea în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală, datele și informațiile din DES prevăzute la alin. Precedent vor fi accesibile medicilor

numai cu consimțământul pacienților, cu excepția datelor și informațiilor din modulul «Sumar de urgență», care vor fi accesibile medicilor care își desfășoară activitatea în structurile de urgență și medicilor care își desfășoară activitatea în asistența medicală primară, numai în vederea realizării actului medical, fără a fi necesar consimțământul pacientului.

(6) Accesul medicilor la datele și informațiile prevăzute la alin. (4) se va realiza în baza unui certificat calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat, certificat înregistrat la casa de asigurări de sănătate în raza administrativ-teritorială în care aceștia își desfășoară activitatea.

(7) După implementarea în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală accesul pacienților sau al reprezentanților legali ai acestora la datele și informațiile din DES se va realiza cu respectarea prevederilor art. 8 din Regulamentul general privind protecția datelor, prin intermediul:

- matricei de securitate și al parolei de acces;
- cardului național de asigurări sociale de sănătate cu codul PIN asociat acestuia și al parolei de acces.

(8) Matricea de securitate se va elibera la solicitarea pacienților în baza actului de identitate al acestora, de către medicii care dețin un certificat calificat.

(9) Parola de acces este personalizată de fiecare pacient, este strict confidențială, fiind un element de securitate cunoscut numai de pacient, și se va utiliza în cadrul DES atât pentru cardul național de asigurări de sănătate, cât și pentru matricea de securitate.

(10) În activitățile de utilizare a DES al pacienților, medicii vor aplica principiile și normele metodologice de deontologie și etică medicală stabilite de codul de deontologie medicală potrivit prevederilor legale în vigoare, inclusiv cu respectarea reglementărilor legale privind protecția datelor cu caracter personal.

(11) Pacienții au responsabilitatea păstrării și utilizării în condiții de siguranță a elementelor de securitate pentru accesul la DES, respectiv parola de acces, cardul național de asigurări sociale de sănătate, codul PIN asociat acestuia și matricea de securitate.

(12) Medicii au responsabilitatea păstrării și utilizării în condiții de siguranță a elementelor de securitate, respectiv certificatul calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat și codul PIN asociat acestui certificat.

(13) Datele din dosarul electronic de sănătate al pacientului se păstrează pe întreaga durată de viață a pacientului, iar după decesul acestuia, datele din DES se arhivează potrivit legii, urmând a fi pseudonimizate și prelucrate exclusiv în scopuri de cercetare științifică ori în scopuri statistice, cu excepția cazurilor în care există dispoziții legale contrare.

(14) Conform prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)* și ale Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal, spitalul are obligația de a administra în condiții de siguranță și numai pentru scopurile specificate, datele personale ale pacienților.

(15) Datele colectate cu scopul asigurării protecției sociale prin servicii de sănătate sunt necesare pentru a acorda aceste servicii. Pacienții sunt obligați să furnizeze datele, refuzul de a furniza aceste date determină imposibilitatea acordării acestor servicii.

(16) Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către operatorul spitalului și nu sunt comunicate altor destinatari.

(17) Conform prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)*, pacienții beneficiază de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul de a se adresa justiției.

(18) Orice persoană are dreptul de a se opune, pentru motive legitime, la prelucrarea datelor ce o privesc. Acest drept de opoziție poate fi exclus pentru anumite prelucrări prevăzute de lege (de ex.: prelucrări efectuate de serviciile financiare și fiscale, de poliție, justiție, securitate socială). Prin

urmare, această mențiune nu poate figura dacă prelucrarea are un caracter obligatoriu; orice persoană are, de asemenea, dreptul de a se opune, în mod gratuit și fără nici o justificare, la prelucrările datelor sale personale în scopuri de marketing direct.

(19) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.

(20) Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres. În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie.

(21) Orice amestec în viața privată, familială a pacientului este interzis, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului.

(22) Sunt considerate excepții cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

(23) Prevederile prezentului articol se completează cu prevederile ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS care va preciza datele, informațiile și procedurile operaționale necesare utilizării și funcționării DES, în aplicarea prevederilor Titlului IX¹ „Dosarul electronic de sănătate al pacientului” din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*.

Art.291. – (1) La nivelul spitalului următorul set de date/informații se transmit cu prioritate către utilizatori, în domeniile de interes ale acestora, după cum urmează:

- Actele normative incidente diferitelor domenii de activitate, precum și dispozițiile și reglementările nou intrate în vigoare a căror termen de intrare în vigoare este unul scurt/imediat și care presupun demararea unor procese/activități de punere în aplicare imediată;
- Date și informații scrise, transmise prin email, fax, SMEC (sistem de mesagerie electronică criptată) care necesită derularea de activități într-un interval scurt de timp sau în a căror conținut se specifică mențiunea unui grad de prioritate urgent.
- Deciziile managerului spitalului;
- Procedurile documentate aplicabile fiecărui sector de activitate;
- Protocoalele medicale aplicabile structurilor medicale;
- Orice modificări/completări/abrogări/revizuiți ale reglementărilor interne aplicabile în Spitalului Județean de Urgență Zalău (Regulament de organizare și funcționare, Regulament intern, fișe de post, planificări activități etc.);
- ”Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării continue” (SMDPC);
- ”Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării de zi” (SMDPZ);
- Rezultatele cu valori critice ale investigațiilor paraclinice;
- Semnale de alertare inițiate în diferite situații de urgență precum și date/informații transmise de persoanele abilitate, care fac referire la respectivele situații;
- Stocul de sânge din U.T.S.;
- Stocul tampon de materiale/medicamente;
- Raportarea cazurilor COVID;
- Paturile libere din fiecare secție.

(2) Potrivit prevederilor O.M.S. nr. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, datele care alcătuiesc SMDPC sunt cele prevăzute în Anexa nr. 6 la respectivul ordin.

(3) Potrivit prevederilor O.M.S. nr. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, datele care alcătuiesc SMDPZ sunt cele prevăzute în Anexa nr. 7 la respectivul ordin.

(4) Datele/informațiile menționate la alin. (2) și (3) se culeg în format electronic, cu completarea corectă a tuturor câmpurilor mai sus amintite, obligatorii din FOCG/F.S.Z., acest aspect fiind vital pentru procesul ulterior de clasificare a pacienților, pentru cel de analiză a datelor clinice și de finanțare. Conform reglementărilor legale medicul curant este cel responsabil pentru completarea

diagnosticelor și procedurilor în F.O.C.G. Spitalele au obligația să colecteze SMDPC/SMDPZ și răspund de corectitudinea, gestionarea și confidențialitatea datelor. În momentul transmiterii datelor, acestea sunt obligate să creeze (să cifreze) datele confidențiale ale pacientului (nume, prenume, cod numeric personal), precum și codul de parafă al medicului.

Art.292. – (1) Accesul diferitelor categorii de personal din cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău în diferite aplicații ale sistemului informatic, se realizează pe nivele de acces, astfel:

a) Accesul în aplicația eXtramed - Foaie de Observație. În aplicația Spital s-au definit autoritățile în secțiunea de Configurare->Operatori/Proceduri astfel:

- Accesarea bazelor de date de către utilizatori (șefi de secție sau ai sectoarelor de activitate) se realizează pe nivele de acces. Nivelul de acces în aplicații se face pe baza drepturilor de acces. Fiecărui utilizator i se atribuie de către administratorul bazei de date un anumit nume de user (Id Operator) și o parolă, precum și drepturile corespunzătoare funcției sale. Astfel, șefii de secție au drepturi superioare utilizatorilor obișnuiți. Pot efectua operațiuni multiple pe foile de observație din secția respectivă. Șefii altor departamente au drepturi speciale (de exemplu Șeful laboratorului de analize medicale are dreptul de a modifica parametrii analizelor disponibile în laborator, etc. Șeful farmaciei este și gestionar pe anumite gestiuni și are dreptul de eliberare pe acestea).

- Restricționarea selectivă a accesului la bazele de date se face pe baza nivelurilor alocate utilizatorilor, astfel:

- Nivelul 10: definit pentru toți angajații instituției cu rol de verificare fluturaș;
- Nivelul 50: este doar pentru utilizatorii cu drept de consultare pe secția pe care au fost definiți;
- Nivelul 100 pentru userii de pe secție, configurând pt fiecare secția sau secțiile în care are dreptul să lucreze. Vor putea adăuga, modifica FO, scrie intervenții chirurgicale principale și proceduri, efectua transfer, externare, scrie în documente ieșire, deci practic tot ce ar avea nevoie un user pe secția lui. Se pot stabili secțiile userului și nu vor avea acces decât la pacienții care au trecut prin secția respectivă (mesaj: Nu aveți dreptul să consultați FO). Dacă pacientul este încă internat, îi afișează pe ce secție este aflat (util de exemplu pe ATI când vine pacientul de pe altă secție și nu i s-a efectuat transferul);
- Nivelul 200 se alocă utilizatorilor de la Statistică care au dreptul de vizualizare a foilor de observație de pe mai multe secții;
- Nivelul 300 are toate drepturile ca și nivelul 200 dar poate efectua toate operațiunile asupra foilor de observație;
- Peste nivelul 500 sunt drepturi alocate unor persoane cu drepturi suplimentare de administrare în aplicații;
- Nivel 500 în sus: poate modifica secții/medicii din spital->configurare;
- Nivel 600 în sus: poate modifica operatori/proceduri.

b) Accesul în aplicația de Laborator. În aplicația eXtraMed-Laborator s-au definit autorități în modulul de Configurare pentru personalul care:

- Accesează datele și informațiile pacientului
- Introduc datele și rezultatele
- Modifică datele sau rezultatele pacientului
- Autorizează eliberarea rezultatelor pacientului și a rapoartelor

Accesul în aplicație al utilizatorilor este delimitat în funcție de drepturile alocate operatorilor (conform deciziei conducerii laboratorului). Astfel, fiecare utilizator trebuie să dispună de id și parola proprie, iar ferestrele de lucru și anumite butoane sunt activate în funcție de gradul de pregătire și funcția în cadrul laboratorului, pentru fiecare utilizator în parte.

c) Accesul în aplicația XVision. În aplicația de imagistică XVision s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:

- Nivel < 100: scriere cereri
- Nivel 150: ștergere + validare rezultat
- Nivel 100: scriere rezultate + adăugare doze + validare imagini + salvare imagini în Foaia de Observație (pentru vizualizarea lor cu aplicația Spital)
- Nivel 200: validare rezultat

- Nivel >200: ștergere imagini considerate irelevante
- Nivel 1000: drepturi depline de administrator
- d) Accesul în aplicația Farmacie. În aplicația de Farmacie s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:
 - Nivel 100 este nivel de administrator.
 - Nivel 75 este nivel de farmacie are drepturi peste intrări, ieșiri, raportări, configurări de medicamente și furnizori.
 - Nivel 50 este nivel de secție cu drepturi peste condici, transferuri și unele raportări
 - Nivel 1 este nivel folosit doar pentru operatori care au dreptul doar pentru raportări
 - Administratorul de sistem poate alocă gestiunile de pe care se pot scrie și elibera condici de medicamente.

Art.293. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- Număr de sesizări adresate conducerii Spitalului Județean de Urgență Zalău în ultimul an calendaristic încheiat, privind restricționarea accesului în sistemul informatic al spitalului care a avut ca urmare imposibilitatea executării unor atribuții funcționale;
- Număr de incidente de securitate săvârșite în ultimul an calendaristic încheiat, care au avut ca urmare divulgarea neautorizată a datelor;
- Număr de conturi de utilizator existente în sistemul informatic, raportat la numărul de parole utilizat la un moment dat;
- Număr de sesizări adresate conducerii Spitalului Județean de Urgență Zalău în ultimul an calendaristic încheiat, privind accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital;
- Număr de sesizări adresate conducerii Spitalului Județean de Urgență Zalău în ultimul an calendaristic încheiat, privind transmiterea cu întârziere a setului de date/informații stabilite a se transmite cu prioritate către utilizatori.

IX.58. Utilizarea echipamentului individual de protecție

Art.294. - (1) Conform prevederilor pct. 2 din anexa nr. 4 „*Precauțiunile standard*” la O.M.S. nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare, măsurile standard includ utilizarea echipamentului individual de protecție (de exemplu: mănuși, halate, protectoare faciale), în funcție de expunerea anticipată. Igiena mâinilor este întotdeauna etapa finală după îndepărtarea și aruncarea echipamentului.

(2) Echipamentul individual de protecție reprezintă bariera între personal și sursa de infecție, utilizat în timpul activităților care presupun risc de infecție.

(3) La nivelul spitalului lista de echipamente de protecție obligatorii, în funcție de activitățile clinice și/sau paraclinice efectuate se întocmește de către coordonatorul S.P.I.A.A.M..

(4) Întregul personal medico-sanitar și sanitar-auxiliar va respecta codul de culoare al echipamentului de protecție stabilit la nivelul spitalului, astfel:

- alb –medici, farmaciști, psihologi, kinetoterapeuți, bucătari
- verde –asistenți medicali din toate sectoarele de activitate
- albastru – infirmiere
- albastru –îngrijitoare, personal din serviciul spălătorie
- albastru – brancardieri
- mov – registratori medicali, referenți, garderoba

(5) Utilizarea echipamentului de spital este obligatorie de către tot personalul medico-sanitar și auxiliar pe toată durata programului.

(6) Personalul medico-sanitar și auxiliar - sanitar precum și cel din Blocul alimentar și serviciul Spălătorie are obligația:

- să depună hainele de stradă în vestiare, la intrarea în serviciu;

b) să poarte echipament de protecție curat, format din: bluză, pantalon, papuci, iar după caz: bonetă (capelină), mască facială, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mănuși de protecție termică, șorțuri etc;

c) să nu iasă cu echipamentul de protecție în afara spitalului;

d) echipamentul de protecție textil, care nu este de unică folosință, se spală și se calcă la spălătorie spitalului, nu acasă;

Art.295. - Echipamentul individual de protecție (EIP) reprezintă totalitatea mijloacelor individuale de protecție cu care este dotat angajatul în timpul lucrului. Acesta poate fi reprezentat de: mănuși, halate, șorțuri, mască (chirurgicală, mască FFP2-3), protectoare faciale (ochelari, ecran protector, vizieră), bonete/capeline, încălțăminte de spital, cizme de cauciuc, combinezoane, botoși de unică folosință.

Art.296. - (1) Mănușile constituie o barieră de protecție și previn contaminarea mâinilor la contact cu produsele biologice. Mănușile trebuie utilizate în următoarele situații:

a) anticiparea contactului mâinilor cu sânge, lichide biologice contaminate, alte lichide biologice cu urme vizibile de sânge, țesuturi umane;

b) abord venos sau arterial;

c) contact cu pacienți care sângerează, au plăgi deschise, escare de decubit, alte leziuni cutanate;

d) manipularea, după utilizare a instrumentarului contaminat, în vederea curățirii, decontaminării;

e) manipularea deșeurilor rezultate în urma activităților medicale;

f) contactul cu pacienți cu boli transmisibile;

g) contact cu suprafețele contaminate.

(2) Mănușile pot fi:

a) de uz unic sterile și se utilizează pentru:

- intervenții chirurgicale;
- examinare internă
- intervenții care implică un contact cu regiuni ale corpului în mod normal sterile; uneori sunt necesare mănuși duble;
- abord vascular central prin puncție;

b) de uz unic, nesterile, curate și se utilizează pentru:

- examinări curente, care implică un contact cu mucoasele, dacă nu există o recomandare contrară;
- examinări curente, care implică un contact cu tegument pacient cu soluții de continuitate/abord venos;
- manipularea de materiale contaminate;
- curățenie, îndepărtare de produse biologice contaminate;
- manipulare, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.

c) de uz general, menaj, de cauciuc și se utilizează pentru:

- activități de întreținere, care implică un contact cu sânge și alte produse biologice considerate a fi contaminate;
- colectare de materiale contaminate, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
- manipularea de materiale contaminate;
- curățenie, îndepărtare de produse biologice
- manipulare deseuri.

d) din materiale ce protejează mâinile de agenți fizici (căldură, radiații, suprafețe abrazive, curent electric) și se utilizează în:

- sterilizare
- activități cu risc de iradiere
- manipularea rețelilor electrice

(2) Mod de utilizare pentru mănușile de unică folosință:

a) se schimbă după fiecare pacient;

b) după folosire se spală mai întâi mâinile cu mănuși, după care acestea se îndepărtează, prinzând marginea primei prin exterior aruncând-o în containerul pentru colectare și apoi prinzând-o pe cealaltă, cu mâna liberă prin interior, scoțând-o cu grijă și aruncând-o în același container;

c) după îndepărtarea mănușilor mâinile se spală din nou, 10-15 secunde, chiar dacă mănușile nu prezintă semne vizibile de deteriorare în timpul activității încheiate; mănușile de unică utilizare nu se reutilizează, deci nu se curăță, dezinfectează;

(3) Mănușile de uz general – de menaj și cele pentru protecție împotriva agenților fizici, se pot decontamina și reutiliza, dacă nu prezintă semne de deteriorare (perforare, îmbătrânire cauciuc, etc.).

Art.297. - Echipamentul de spital, altul decât cel din Blocul operator este constituit din halat, bluză și pantalon și este din material textil, codificat pe culori pe categorii de personal se poartă în timpul tuturor activităților din structurile medicale. Șorturile și bluzele impermeabile completează utilizarea echipamentului de spital atunci când se anticipează producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, protejând tegumentele personalului medical din servicii de anatomie patologică precum și unele activități administrative (bucătărie, spălătorie, instalator);

Art.298. - Maska de unică folosință, cu 1-2-3 straturi, protejează mucoasele bucală, nazală ale personalului medical.

Art.299. - Combinizoane impermeabile de unică folosință utilizate în situații excepționale (COVID-19, Ebola, infecții cu grad ridicat de contagiozitate).

Art.300. - Protectoare faciale (ochelari) protejează: tegumentele, mucoasele din zona oculară.

Art.301. - Bonete/capeline simple din material textil se pot reutiliza sau sunt de unică folosință.

Art.302. - Cizmele de cauciuc sunt utilizate la nevoie de muncitorii din formațiunea de cazarmare.

Art.303. - Halate de unică folosință se folosesc:

a) În blocul operator – halate chirurgicale, de unică folosință, care asigură bariera corespunzătoare între pacient și personalul medical, confortabile.

b) Pentru uzul vizitatorilor din secțiile spitalului – din material nețesut, asigură igiena și protecția pacienților.

Art.304. - (1) În funcție de tipul de activitate și de nivelul de risc specific locului de muncă, echipamentul de protecție se adaptează în funcție de expunerea anticipată, astfel:

a) În Blocul operator:

- personalul medico-sanitar care participă activ la actul operator: una sau două perechi de mănuși, în funcție de manevrele efectuate, de unică folosință, sterile, halate de unică folosință special destinate blocului operator, măști faciale, ochelari de protecție, bonete/capeline, papuci utilizați doar în blocul operator;

- personalul medico-sanitar ce nu participă activ la actul operator: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate ochelari de protecție

- personalul din anestezie: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate ochelari de protecție

- în situația în care actul operator implică contact cu pacient suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (COVID-19, febre hemoragice etc) sub echipamentul steril este necesar ca personalul din echipa chirurgicală și anestezică și cel auxiliar din sala de operație să poarte echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).

ATENȚIE: În zona de filtru a Blocului operator este obligatorie schimbarea ținutei de spital cu ținuta de sală, inclusiv încălțăminte!

b) În spațiile unde se efectuează manevre invazive din cadrul Laboratorului clinic de radiologie imagistică medicală și din cabinetul de endoscopie – se recomandă echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, ochelari de protecție;

c) În serviciul de urgență al spitalului - se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție.

- d) În A.T.I. - se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție, capelină.
- e) În secțiile spitalului altele decât A.T.I. se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție, capelină.
- f) În zona de acces din ATI este asigurat spațiu (zona de filtru) și echipament de protecție a vizitatorilor, inclusiv pentru personalul medical din alte secții după cum urmează: halat și botoși de unică folosință.
- g) În situația în care actul medical (la patul pacientului în secțiile și compartimentele spitalului, explorări funcționale, servicii de urgență etc) implică contact cu pacient suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (COVID-19, febre hemoragice etc) este necesar ca personalul medico-sanitar și auxiliar să poarte echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).
- h) Accesul în infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților de la nivelul fiecărei secții se face utilizând halate de unică folosință, mănuși de unică folosință, mască facială de unică folosință, capelină de unică folosință. Tot echipamentul de protecție se aruncă la părăsirea zonei de izolator și constituie deșeu contaminat.
- i) În U.T.S. se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință.
- j) În ambulatoriul integrat se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție.
- k) Personalul supus radiațiilor și personalul care manevrează produse radioactive utilizează următoarele categorii de echipament de protecție la radiații suplimentar echipamentului individual de protecție specific locului de muncă (echipament de spital): șorț de cauciuc cu plumb, guler cu plumb, mănuși de cauciuc cu plumb, dispozitiv de protecție gonade masculine, inclusiv dozimetre. Echipamentul individual de protecție se acordă gratuit, atât angajaților proprii, cât și tuturor categoriilor de persoane care au acces în zona controlată în care se desfășoară activități nucleare (personal de inspecție și control, personal în stagii de practică, personale care ajută voluntar pacientul, aparținători). Echipamentul individual de protecție la radiații trebuie să aibă autorizație de securitate radiologică pentru produs, conform Legii nr. 111/1996, republicată, cu modificările și completările ulterioare.
- l) Personalul din serviciul de sterilizare utilizează următoarele categorii de echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mănuși de protecție termică, mască facială textilă, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.
- m) Personalul din laboratorul de analize medicale utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.
- n) Personalul din laboratorul de biologie moleculară utilizează echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).
- o) Personalul din serviciul de anatomie patologică utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.
- p) Personalul din compartimentul de prosectură utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate. Dacă activitatea implică contact cu un decedat suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (COVID-19, febre hemoragice etc) este necesar ca personalul medico-sanitar și auxiliar să poarte echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).
- q) Vizitatorii din secții, altele decât ATI, trebuie să poarte halatul de unică folosință pus la dispoziție de spital, la intrarea în secție.

r) Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a subsanțelor toxice utilizează următoarele echipamente de protecție: mănuși de uz general - menaj, din cauciuc gros rezistent la acțiune mecanică și uzură chimică, mască, și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate se vor purta ochelari de protecție.

s) Personalul care face curățenie și dezinfecție în mediul de spital trebuie să poarte echipament de protecție format din: echipamentul de spital, mască, mănuși de unică folosință și/sau de menaj, iar la nevoie capelină ochelari de protecție/vizieră dacă activitatea implică formare de stropi sau jeturi de lichide.

t) Personalul care face curățenie și dezinfecție în laboratorul de biologie moleculară trebuie să poarte echipament de protecție format din: echipament de spital, halat de unică folosință din material nețesut, mănuși de unică folosință, mască de unică folosință simplă, capelină. Este important ca personalul să-și expună cât mai puțin tegumentele și părul în vederea evitării contaminării mediului cu propriile celule sau substanțe organice de la nivelul acestora.

u) Personalul din serviciul de bucătărie care lucrează la manipularea, prepararea, transportul, servirea și desfacerea alimentelor sunt obligate să utilizeze echipament de protecție format din: bluză, pantalon, bonetă, papuci, unde este cazul mănuși de unică folosință. Respectivul personal nu are voie să iasă cu echipamentul de protecție în afara blocului alimentar.

v) Persoanele care manipulează lenjeria în spălătoria spitalului sunt obligate:

- Să utilizeze echipamentul de protecție (mănuși rezistente la acțiuni mecanice de uz general, de menaj, ochelari de protecție, măști);
- personalul care lucrează în zona murdară trebuie să poarte echipament de spital de culoare bleumarin și care se schimbă zilnic;
- personalul care lucrează în zona curată trebuie să poarte echipament de spital de culoare albastru
- la manipularea lenjeriei curate, personalul va respecta codurile de procedură privind igiena personală și va purta echipamentul de protecție adecvat; personalul care lucrează în zona curată trebuie să-și schimbe echipamentul cel puțin săptămânal;
- la trecerea din zona murdară în zona curată a spălătoriei (în zona de filtru), personalul este obligat să schimbe încălțăminte și halatul purtat în zona murdară.
- mănușile menajere utilizate la sortare se spală la sfârșitul turei cu apă caldă și detergent și se refolosesc;

x) Uniformele de lucru murdare se depozitează în saci separat de lenjeria spitalului și se spală separat.

w) Electricianul, instalatorul și muncitorii necalificați au obligația de a purta salopetă/combinezon de protecție, încălțăminte specială sau cizme de protecție, mănuși de protecție speciale, mască de praf și ochelari de protecție. Pentru lucrul la înălțime este obligatorie purtarea căștii de protecție precum și centură de siguranță verificată în termen de valabilitate.

z) Personalul de distribuție din depozite (lucrătorii) trebuie să folosească echipament de protecție (mănuși, sorturi etc.) atunci când manipulează substanțe potențial toxice.

IX. 59. Reglementare privind desfășurarea activității practice de învățământ a elevilor școlilor postliceale sanitare

Art.305.- (1) Învățământul clinic pentru elevii din unitățile de învățământ cu profil sanitar

- Învățământul clinic este o disciplină obligatorie, a cărei durată este reglementată prin planul de învățământ, cu respectarea normelor în vigoare. La începutul fiecărui an școlar, pentru fiecare an de studiu, unitățile de învățământ medical încheie contracte de colaborare cu spitalul.

Învățământul clinic se organizează în baza **Contractului de colaborare**, pentru desfășurarea activităților de învățământ postliceal, încheiat între spital și unitatea de învățământ medical.

- Contractul de colaborare anual conține, în mod obligatoriu, următoarele anexe:

a) graficul anual al stagiilor practice în respectiva unitate sanitară, pe specialități, pe secții, grupe și ani de studii, respectând curriculumul școlar în vigoare (număr de ore și conținuturi), avizat de autoritatea de sănătate publică județeană;

b) tabelele nominale cu elevii care efectuează instruirea practică, avizate de autoritatea de sănătate publică județeană;

- c) tabelul nominal cuprinzând numele și prenumele maiștrilor instructori responsabili cu instruirea practică din unitatea de învățământ postliceal sanitar de stat sau particular;
- d) tabelul nominal cuprinzând numele și prenumele responsabililor de practică din unitatea sanitară;
- e) programul de instruire clinică;
- f) angajamentul unității de învățământ privind respectarea de către elevi și cadre didactice a prevederilor regulamentului de ordine interioară al unității sanitare.

În baza *Contractului de colaborare*, SJUZ asigură, pe toată durata stagiului de practică, îndrumarea elevilor prin desemnarea unui responsabil de practică (numit în continuare tutore), care asigură respectarea condițiilor de pregătire și dobândire de către practicant a competențelor profesionale planificate pentru perioada stagiului de practică.

Obiectivele educaționale ce urmează a fi atinse, competențele ce urmează a fi obținute prin stagiul de practică, precum și modalitățile de derulare a stagiului de practică sunt prevăzute în cadrul curriculei școlare privind instruirea practică a cursanților pentru anul de studiu în curs.

Învățământul clinic are ca obiect toate aspectele rolului de asistent medical și include: medicină generală, specialități medicale, chirurgie generală și specialități chirurgicale, îngrijirea copilului și pediatrie, igiena și îngrijirea mamei și a nou-născutului, sănătate mintală, îngrijirea persoanelor în vârstă și geriatrie.

Învățământul clinic se asigură prin module de specialitate, având conținutul și numărul de ore adecvate, și este cuprinsă în norma didactică a profesorului de specialitate.

(2) Repartizarea elevilor practicanți în spital

Unitatea de învățământ solicită spitalului aprobarea efectuării învățământului clinic printr-o adresă pe care o depune la secretariatul unității, înainte cu cel puțin 10 zile de începerea stagiului de practică, împreună cu propunerea de repartizare a elevilor practicanți, defalcată pe secțiile din spital, conform *Anexei 5*. Directorul de îngrijiri analizează propunerile și răspunde școlii dacă spitalul prezintă disponibilitate conform cu propunerea făcută. Pentru evitarea supraaglomerării unor secții/compartimente, directorul de îngrijiri orientează practicanții pe alte secții/compartimente în funcție de posibilitățile spitalului și aduce la cunoștința unității de învățământ modificările făcute.

După aprobarea de către conducerea spitalului a repartiției practicanților, câte o copie a repartiției se trimite la cabinetul de medicina muncii, la CSPLIAAM și la Direcția RUNOS.

(3) Orarul stagiului de practică

Elevii practicanți desfășoară zilnic câte 8 ore de activitate practică în spital, în două ture după cum urmează: tura 1 de la ora 7⁰⁰ – 15⁰⁰ și tura 2 de la ora 13⁰⁰ - 21⁰⁰. Se permite efectuarea stagiului practic și la sfârșit de săptămână pentru elevii care au nevoie să recupereze un anumit număr de ore, dar numai cu acordul asistentului șef. Elevii din ultimul an de studiu pot efectua, conform curriculei de învățământ, ture de noapte de 12 ore (intervalul orar 19⁰⁰ – 07⁰⁰).

(4) Desfășurarea stagiului de practică

În prima zi a stagiului, se organizează o întâlnire a elevilor practicanți cu directorul de îngrijiri, CSPLIAAM și responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă. Cu această ocazie, elevii practicanți vor lua la cunoștință cerințele spitalului privind: comportamentul, ținuta și atitudinea elevului pe perioada stagiului practic, Regulamentul intern (RI)

Instruirea va fi consemnată în formularul prezentat în Anexa 6, obligatoriu cu confirmare prin semnătură din partea practicantului. Formularul se va completa în două exemplare: unul rămâne la spital, respectiv CSPLIAAM și cel de-al doilea exemplar, la unitatea de învățământ. În cazul în care există practicanți care nu au confirmat prin semnătură participarea la instruirea de protecția muncii, aceștia nu vor fi acceptați în spital pentru efectuarea stagiului practic. Practicanții au obligația să respecte normele de securitate și sănătate în muncă și PSI pe care și le-au însușit de la reprezentantul spitalului înainte de începerea stagiului de practică, iar în cazul înregistrării unor accidente prin nerespectarea normelor prelucrate, practicantul devine direct răspunzător.

Art.306.- Vaccinarea pentru hepatita B a practicanților nu intră în obligativitatea spitalului.

Fiecare asistent șef va primi câte o copie a listei cu elevii practicanți repartizați în secția/compartimentul lor, după ce va fi aprobată de către directorul de îngrijiri.

La primirea în secție, elevul se va prezenta cu *Fișa de apreciere a stagiului în SJUZ (Anexa 7)* completată de către instructorul școlii cu numele elevului și numărul de ore de practică pe care trebuie să le efectueze.

Instructorul de practică (cadru didactic) răspunde de planificarea, organizarea și supravegherea desfășurării pregătirii practice.

La nivelul fiecărei secții, asistentul șef este tutorele elevului. Instructorul de practică împreună cu tutorele stabilesc tematica de practică și competențele profesionale care fac obiectul stagiului de pregătire practică în conformitate cu Standardul de pregătire profesională și programa școlară specifică. Asistentul șef (tutorele) poate delega asistentul medical de salon drept responsabil de supravegherea desfășurării pregătirii practice a elevului.

Asistenții medicali responsabili cu pregătirea profesională (formatorii interni), numiți pe fiecare secție, conform atribuțiilor din fișa postului, au obligația să instruiască practicanții cu privire la procedurile standard ale SJUZ.

În timpul derulării stagiului de pregătire practică, tutorele va evalua practicantul în permanență, pe baza *Fișei de apreciere a stagiului practic în SJUZ (Anexa 7)*. Este evaluat atât nivelul de dobândire a competențelor tehnice, cât și comportamentul și modalitatea de integrare a practicantului în activitatea spitalului. Fișa de apreciere trebuie completată înainte de sfârșitul perioadei de stagiul de asistentul șef al secției împreună cu echipa care a asigurat încadrarea elevului.

Tutorele monitorizează activitatea și prezența elevului (prin semnarea în condica de prezență) și completează lunar Fișa de prezență (*Anexa 8*).

La finalul stagiului de practică, tutorele de practică înmânează elevului Fișa de apreciere a stagiului practic împreună cu Fișa de prezență. Această apreciere va fi comunicată elevului de către asistenta șefă, în cursul unei discuții la sfârșitul perioadei de stagiul.

O copie a Fișei de prezență și a Fișei de apreciere a stagiului practic va fi păstrată pe secție/compartiment în dosarul formatorului împreună cu fișa de instruire.

Instructorul de practică colaborează în permanență cu asistenții șefi și se întâlnesc zilnic cu elevii practicanți în spațiul special desemnat de spital, pentru verificarea prezenței acestora.

Instructorii de practică pot participa la ședința lunară a asistenților șefi pentru a discuta aspecte legate de organizarea învățământului clinic.

Art.307.-Obligațiile elevilor practicanți în stagiul practic

a) Se interzice categoric practicanților să efectueze tehnici sau proceduri medicale fără supravegherea tutorelui sau asistentului medical de salon.

b) Practicanții au obligația, ca pe toată durata derulării stagiului de pregătire practică, să respecte programul de lucru stabilit și să execute activitățile solicitate de tutore (respectiv de către asistentul de salon) după o prealabilă instruire, în condițiile respectării cadrului legal cu privire la volumul și dificultatea acestora. Pe durata stagiului, practicantul respectă Regulamentul intern al spitalului. În cazul nerespectării acestui regulament, conducerea SJUZ își rezervă dreptul de a întrerupe stagiul practic în cazul respectivului elev, după ce în prealabil a înștiințat în scris directorul unității de învățământ a elevului.

c) Practicanții au obligația să poarte uniforma compusă din bluză și pantaloni, respectând codul de culori stabilit de unitatea de învățământ, respectiv SJUZ și ecuson (în permanență la vedere).

d) Pe toată durata stagiului, practicanții trebuie să respecte drepturile pacientului, conform Legii nr. 46/2003.

e) În ceea ce privește datele cu caracter personal ale pacienților (nume, CNP, adresă etc) la care au acces în timpul stagiului, practicanților li se interzice folosirea acestora în orice alt scop decât cel pentru care aceste date au fost colectate de structurile SJUZ (prestării serviciilor medicale solicitate de către pacienți/clienți).

f) Se interzice fotografierea pacienților, a documentelor medicale sau a documentelor de identificare a acestora. Este interzisă utilizarea/divulgarea de informații care conțin date cu caracter personal, chiar și după terminarea stagiului.

Art.308.-Păstrarea demnității și intimității pacientului în condițiile consulturilor în scop didactic

Pe perioada practicii la patul pacientului, pentru respectarea demnității și intimității pacienților, se procedează astfel:

a) Asistentul medical de salon va explica pacientului sau pacienților din salon necesitatea de a pregăti noi cadre medicale și necesitatea efectuării practicii în spital în vederea consolidării procesului de învățământ și va solicita acordul pacienților în prealabil, pentru efectuarea vizitei împreună cu elevi/studenți și explicarea cazurilor existente.

b) Asistentul medical de salon va solicita acordul pacientului ca practicantul să efectueze procedura/tratamentul/consultația și va explica pacientului că procesul de învățământ permite doar unui grup restrâns de elevi/studenți (sau unui singur elev/student) să efectueze procedura/tratamentul/consultația.

c) Acordul pacientului privind participarea la învățământul clinic (și pentru ca informații de specialitate despre starea acestuia de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ și cercetare) va fi solicitat în scris și consemnat în documentul *Acordul pacientului informat* din FOCG.

d) În cadrul instructajului inițial, practicanților li se prezintă drepturile pacientului cu privire la păstrarea demnității și intimității și li se explică obligativitatea de a păstra confidențialitatea asupra informațiilor obținute și interzicerea difuzării acestora. Se va discuta despre discreția la patul bolnavului și obținerea în prealabil a acordului acestuia. Nu se va insista și va fi respectată opțiunea pacientului de a refuza participarea sau continuarea participării în activitatea didactică.

e) Pe parcursul desfășurării activităților didactice, practicanții vor fi supravegheați permanent de către tutore, respectiv de cadrul didactic însoțitor (după caz).

Art.309.-Răspunderi ale structurilor SJUZ implicate în organizarea desfășurării activităților didactice:

a) Medicina muncii, în baza repartiției, programează elevii la consultație în vederea acordării *Fișei de aptitudine*.

Elevul trebuie să se prezinte la cabinetul de medicina muncii cu adeverință de la medicul de familie care să ateste starea de sănătate,

Medicul de medicina muncii întocmește dosarul medical pentru fiecare elev în parte și în funcție de evaluare, solicită efectuarea următoarelor analize medicale: AgHBs, Ac anti HCV și test HIV (screening), respectiv secreție nazo-faringiană (SNF) pentru secțiile cu risc înalt, recomandate de CSPLIAAM.

Fișa de aptitudine se eliberează în 3 exemplare: unul se înmânează elevului, un exemplar se direcționează către CSPLIAAM, iar un exemplar se direcționează către Direcția RUNOS.

Fișa de aptitudine este valabilă pe durata anului școlar, astfel încât la următoarea solicitare de stagiul clinic din anul respectiv, elevii nu vor mai avea nevoie de consult la cabinetul de medicina muncii.

Costul analizelor și al consultului efectuat de cabinetul de medicina muncii este suportat de elev.

Pot efectua stagiul de învățământ clinic în spital doar elevii care primesc *APT/APT CONDIȚIONAT* în urma consultului de la cabinetul de medicina muncii.

b) CSPLIAAM, în prima zi de învățământ clinic, instruește elevii cu privire la:

- Purtarea echipamentului de protecție
- Igiena mâinilor și purtarea corectă a mănușilor
- Respectarea circuitelor funcționale în spital
- Managementul deșeurilor periculoase
- Managementul expunerii la sânge și produse biologice

CSPLIAAM consemnează instruirea elevilor în *Anexa 6*.

Totodată, pentru efectuarea învățământului clinic în SJUZ, elevii care urmează să-și desfășoare stagiul practic în secțiile/compartimentele neonatologie, obstetrică-ginecologie, chirurgie pediatrică, pediatrie, ATI, hematologie, nefrologie, chirurgie plastică și arși, ortopedie și oncologie prezintă obligatoriu CSPLIAAM buletine de analiză a secreției nazo-faringiene. Practicanții a căror buletine de analiză nu corespund nu vor fi acceptați pentru efectuarea stagiului practic până la finalizarea tratamentului și prezentarea unui buletin de analize negativ.

c) Responsabilul SSM instruește practicanții în prima zi de stagiul, conform *Anexei nr.6*, cu următorul conținut:

- Respectarea normelor și instrucțiunilor de protecție a muncii și a măsurilor de aplicare a acestora;
- Aducerea la cunoștința conducătorului locului de muncă a oricărei defecțiuni tehnice sau de altă situație, care constituie un pericol de accidentare sau îmbolnăvire profesională;

- La apariția unui pericol iminent de producere a unui accident, să informeze imediat conducătorul locului de muncă;
- Utilizarea echipamentului individual de protecție din dotare, corespunzător scopului pentru care a fost acordat;
- Respectarea măsurilor de prevenire și stingere a incendiilor.

d) Direcția RUNOS

Păstrează contractele de colaborare cu școlile postliceale sanitare, listele de repartizare împreună cu copia fișelor de aptitudine pentru fiecare elev în parte. Direcția RUNOS sesizează CSPL, IAAM în cazul elevilor care nu au la dosar fișa de aptitudine pentru a lua măsuri în vederea soluționării problemei sau a interzicerii participării elevului la învățământul clinic.

CAPITOLUL X - CRITERIILE ȘI PROCEDURILE DE PROMOVARE ȘI DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR

Art.310. - (1) Prin promovare se asigură evoluția în carieră a personalului contractual, prin trecerea într-un grad superior sau treaptă profesională superioară, într-o funcție de conducere sau într-o funcție pentru care este prevăzut un nivel de studii superior.

(2) Promovarea personalului contractual din cadrul Spitalului se face cu respectarea întocmai a prevederilor din *Hotărârea nr. 1336 din 28.10.2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice*.

Art.311. - Examenul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din Spitalului Județean de Urgență Zalău se organizează pentru posturile prevăzute în statul de organizare propriu, după finalizarea perioadei de evaluare a performanțelor profesionale individuale, sau în cazul personalului contractual încadrat ca debutant.

(2) Anterior organizării examenului, în cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău se analizează situația personalului contractual încadrat în structura proprie, care îndeplinește condițiile de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare și ierarhic aprobarea desfășurării acestuia, atunci când este cazul.

Art.312. - (1) Examenul de promovare în grade sau trepte profesionale a personalului contractual constă în susținerea unei probe scrise sau a unei probe practice, după caz.

(2) Proba practică se susține în cazul funcțiilor contractuale la care este necesară verificarea abilităților practice.

(3) Pentru a participa la examenul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare, candidatul trebuie să fi obținut calificativul „foarte bine“ la evaluarea performanțelor profesionale individuale cel puțin de două ori în ultimii 3 ani, în care acesta s-a aflat în activitate și să aibă o vechime de minimum 3 ani în gradul profesional deținut.

În vederea evaluării și promovării în grade/trepte profesionale a personalului contractual din cadrul spitalului, se vor aplica prevederile din *Hotărârea nr. 1336 din 28.10.2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice*.

Art.313. - (1) Procedura și criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul contractual din cadrul Spitalului Județean de Urgență Zalău sunt cele specificate de *Hotărârea nr. 1336 din 28.10.2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice*.

(2) Criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul contractual se stabilesc prin contractele individuale de muncă sau/și actele adiționale la contractele individuale de muncă, după caz, și se consemnează în fișa de evaluare anuală a activității profesionale.

(3) Comunicarea cu pacienții/aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului contractual.

Art.314.- (1) Evaluarea performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual de executie si conducere reprezintă aprecierea obiectivă a performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual, prin compararea gradului și modului de îndeplinire a criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale stabilite cu rezultatele obținute în mod efectiv de către personalul contractual, pe parcursul unui an calendaristic și urmărește:

a) corelarea obiectivă dintre activitatea și cunoștințele personalului contractual necesare îndeplinirii obiectivelor individuale, stabilite în baza atribuțiilor din fișa postului și cerințele funcției contractuale, prin raportare la nivelul funcției contractuale deținute;

b) asigurarea unui sistem motivațional, astfel încât să fie determinată creșterea performanțelor profesionale individuale;

c) identificarea necesităților de instruire a personalului contractual, pentru îmbunătățirea rezultatelor activității desfășurate în scopul îndeplinirii obiectivelor stabilite.

(2) Procedura de evaluare a performanțelor profesionale se aplică fiecărui angajat, în raport cu cerințele postului.

(3) Activitatea profesională se apreciază anual, prin evaluarea performanțelor profesionale individuale care se consemnează în fișa de evaluare.

(4) Evaluarea performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual reprezintă aprecierea obiectivă a performanțelor profesionale individuale ale salariaților pe parcursul unui an calendaristic și se desfășoară, de regulă, pentru perioada cuprinsă între 01 ianuarie și 31 decembrie a fiecărui an pentru care se face evaluarea, ținând cont de tipul evaluării, respectiv anuală sau parțială.

(5) Evaluarea anuală se realizează pentru un an calendaristic, în perioada cuprinsă între datele de 1 ianuarie și 31 martie din anul următor perioadei evaluate, pentru toți salariații care au desfășurat efectiv activitate minimum 6 luni în anul calendaristic pentru care se realizează evaluarea.

(6) Evaluarea parțială. Prin excepție, evaluarea personalului contractual, realizată pentru o altă perioadă, denumită și evaluare parțială, se realizează în termen de 10 zile lucrătoare de la data intervenirii următoarelor situații:

a) la suspendarea, modificarea locului de muncă, modificarea felului muncii sau încetarea raporturilor de muncă ale personalului contractual în condițiile legii, dacă perioada efectiv lucrată este de cel puțin 30 de zile consecutive;

b) la suspendarea, modificarea locului de muncă, modificarea felului muncii sau încetarea raportului de serviciu ori, după caz, a raportului de muncă al evaluatorului, în condițiile legii, dacă perioada efectiv coordonată este de cel puțin 30 de zile consecutive;

c) atunci când pe parcursul perioadei evaluate salariatul este promovat.

Art.315. - (1) Evaluarea performanțelor profesionale individuale se realizează de către evaluator.

(2) Are calitatea de evaluator:

a) persoana care ocupă funcția de conducere pentru salariatul de execuție din subordine, respectiv salariatul de conducere ierarhic superior, potrivit structurii organizatorice a autorității sau instituției publice, pentru salariatul de conducere;

b) persoana care ocupă funcția de conducere imediat inferioară celei de conducător al autorității sau instituției publice, pentru salariații aflați în coordonarea sau în subordinea directă a acesteia;

c) conducătorul autorității sau instituției publice, pentru salariații aflați în subordinea directă, precum și pentru salariații care au calitatea de conducători ai autorităților sau instituțiilor publice aflate în subordinea, în coordonarea ori sub autoritatea acesteia și pentru adjuncții acestora.

(3) Calificativul de evaluare final se stabilește în baza punctajului final calculat din suma mediei aritmetice obținută pentru evaluarea îndeplinirii obiectivelor stabilite și a mediei aritmetice obținută pentru aprecierea nivelului de manifestare a criteriilor de evaluare, împărțit la doi, după cum urmează:

a) pentru un punctaj între 1,00 și 2,50 se acordă calificativul “nesatisfăcător”

b) pentru un punctaj între 2,51 și 3,50 se acordă calificativul “satisfăcător”

c) pentru un punctaj între 3,51 și 4,50 se acordă calificativul “bine”

d) pentru un punctaj între 4,51 și 5,00 se acordă calificativul “foarte bine”

(4) Notarea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale se face cu note de la 1 la 5, nota exprimând gradul de îndeplinire a respectivului criteriu.

Art.316. (1) În cazul în care salariatul evaluat nu este de acord cu calificativul de evaluare acordat sau cu comentariile menționate de evaluator, își argumentează opiniile și consemnează comentariile în fișa de evaluare.

(2) Salariații au obligația de a lua la cunoștință raportul de evaluare. Raportul de evaluare se consideră luat la cunoștință de către salariat din momentul în care a fost semnat de acesta.

(3) Raportul de evaluare se comunică în copie salariatului la solicitarea acestuia, adresată prin cerere distinctă conducerii SJUZ.

(4) Salariații nemulțumiți de rezultatul evaluării pot contesta raportul de evaluare la managerul SJUZ, în termen de 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia în cadrul sesiunii de întâlnire dintre evaluator și salariat.

(5) Termenul de depunere a contestației începe să curgă de la data semnării raportului de evaluare de către salariat.

(6) În ipoteza în care salariatul refuză semnarea raportului de evaluare, persoana care are calitatea de evaluator întocmește un proces-verbal în prezența unui martor, în care consemnează despre acestea, pe care îl înaintează conducerii SJUZ. În acest din urmă caz, termenul de contestare curge de la data exprimării refuzului de semnare de către salariat și se calculează de la data înregistrării procesului verbal întocmit de către evaluator prin care se certifică refuzul salariatului de a semna raportul.

(7) În acest sens, evaluatorul are obligativitatea de a întocmi procesul verbal în ziua în care salariatul și-a exprimat refuzul de a semna.

(8) Contestația se depune la Registratura SJUZ și se adresează Conducerii SJUZ. Contestația se depune în format letric, în termenul prevăzut, cu indicarea motivelor/considerentelor pentru care se contestă raportul de evaluare, chiar dacă salariatul a consemnat în raportul de evaluare faptul că își exprimă poziția de contestatar.

(9) Managerul SJUZ soluționează contestația în termen de 10 zile lucrătoare de la data expirării termenului de depunere a contestației.

(10) În acest sens, dispune constituirea unei comisii în vederea soluționării contestației, care prezintă rezultatul analizei contestației, precum și propuneri privind soluționarea acesteia.

(11) Comisia constituită în acest sens poate solicita la nevoie informații suplimentare de la persoana evaluată, evaluator și contrasemnatar.

(12) Managerul SJUZ poate admite contestația, caz în care modifică raportul de evaluare în mod corespunzător, sau respinge motivat contestația.

(13) Rezultatul contestației se comunică salariatului în termen de 3 zile lucrătoare de la soluționarea acesteia prin adresă scrisă, redactată de personalul din cadrul Direcției RUNOS.

(14) Personalul contractual nemulțumit de rezultatul evaluării se poate adresa instanței de contencios administrativ, în condițiile legii.

Art.317. - (1) Criteriile de evaluare pentru funcțiile de execuție, sunt următoarele:

1. Cunoștințe profesionale și abilități
2. Calitatea, operativitatea și eficiența activităților desfășurate
3. Perfecționarea pregătirii profesionale
4. Capacitatea de a lucra în echipă
5. Disciplină
6. Rezistență la stres și adaptabilitate
7. Capacitatea de asumare a responsabilităților
8. Integritate și etică profesională
9. Comunicarea cu pacienții și aparținătorii/colaboratorii

(2) Pentru funcțiile de conducere se vor utiliza suplimentar și următoarele criterii de evaluare:

1. Capacitate de organizare și coordonare a structurii
2. Capacitate decizională

CAPITOLUL XI - PROGRAMUL ORAR

Art.318. - Programul orar al spitalului și activitățile care se desfășoară în cadrul acestuia se stabilesc de către managerul SJUZ, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare.

Art.319. – (1) Programul orar al Spitalului este următorul:

- a) Ambulatoriu de specialitate: 7⁰⁰ -15⁰⁰
- b) Laborator de analize medicale: 7⁰⁰ -14⁰⁰, 7⁰⁰ -19⁰⁰, 19⁰⁰ -7⁰⁰
- c) Radiologia: 8⁰⁰ -14⁰⁰, 7⁰⁰ -19⁰⁰, 19⁰⁰ -7⁰⁰
- d) Anatomia patologică: 8⁰⁰ -14⁰⁰
- e) Medicina legală: 8⁰⁰ -14⁰⁰
- f) UPU: 7⁰⁰ -15⁰⁰, 7⁰⁰ -19⁰⁰, 19⁰⁰ -7⁰⁰
- g) Secții/compartimente cu paturi: 7⁰⁰ -15⁰⁰, 7⁰⁰ -19⁰⁰, 19⁰⁰ -7⁰⁰
- h) Structurile administrative, personal TESA:
Luni - Joi 7⁰⁰ -15³⁰
Vineri 7⁰⁰ -13⁰⁰

Activitatea în cadrul structurilor în care se acordă asistență medicală este continuă, prin asigurarea serviciilor 24/24.

(2) În situația că se impune, funcție de necesitățile curente ale structurilor din cadrul SJUZ sau de anumite probleme personale ale personalului spitalului, programul orar pentru una sau mai multe persoane poate fi modificat la propunerea șefului locului de muncă interesat sau a persoanei interesate, de către managerul spitalului.

Art.320.– Timpul de muncă al diferitelor categorii de personal din cadrul SJUZ, precum și modul de organizare al gărzilor în cadrul spitalului este cel prevăzut de *O.M.S. nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare.*

CAPITOLUL XII - DISPOZIȚII FINALE

Art.321. – (1) Dispozițiile prezentului Regulament se completează cu prevederile normativelor aplicabile în Ministerul Sănătății și ale legislației muncii.

(2) Regulile de aplicare detaliată la nivelul SJUZ a principalelor reglementări cuprinse în prezentul Regulament, vor fi elaborate prin grija șefilor de compartimente funcționale ale Spitalului, prin proceduri documentate întocmite la nivelul acestora, care, după aprobarea lor de către manager, vor fi aduse la cunoștință, sub semnătură, structurilor/persoanelor interesate.

(3) În măsura în care actele normative menționate în prezentul Regulament se modifică, se completează sau se abrogă, prevederile Regulamentului se vor aplica în limita prevederilor actelor normative nou intrate în vigoare, cu respectarea ierarhiei acestora, urmând ca revizuirea Regulamentului să se facă de către factorii responsabili din cadrul spitalului, în timpul cel mai scurt posibil, după caz.

Art.322. - Anexele fac parte integrantă din prezentul Regulament.

COMITETUL DIRECTOR AL SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU

**Director medical,
Iliescu Alexandru**

**Director financiar-contabil,
Darolți Livia-Adriana**

**Director de îngrijiri,
Boda Mirela-Sorina**

**APROBAT,
MANAGER
Albert Rodica**



CONSILIUL JUDEȚEAN SĂLAJ

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU

Zalău, str. Simion Bărnuțiu nr. 67, 450129; tel: 0260615724/0260616920; fax: 0260661066
www.spitalzalauro.ro; e-mail: secretariat@spitalzalauro.ro



Anexa nr. 1

DEFINIȚII

În întregul text al prezentului Regulament, următorii termeni au următoarele înțelesuri:

Act medical - acțiunea personalului medical exercitată în relație directă cu pacientul în vederea prevenirii îmbolnăvirilor, diagnosticării, tratării, acordării de îngrijiri medicale, reabilitării, precum și monitorizării stării de sănătate a acestuia.

Compartimente funcționale ale Spitalului – oricare din elementele prevăzute în organigrama Spitalului, de la funcția independentă la secție, denumite în continuare și “**Microstructuri**”.

Conducerea spitalului/spitalului – Managerul Spitalului sau orice alte persoane cu funcții de conducere pe care acesta l-a delegat/mandatat în acest scop.

Conducătorul ierarhic superior – desemnează persoana care ocupă funcția imediat superioară unui anumit post în organigrama Spitalului și care asigură coordonarea și supravegherea activității acestuia.

Discriminare - distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale.

Discriminare bazată pe criteriul de sex – discriminarea directă și discriminarea indirectă, hărțuirea și hărțuirea sexuală a unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă sau în alt loc în care aceasta își desfășoară activitatea; Constituie discriminare bazată pe criteriul de sex orice comportament nedorit, definit drept hărțuire sau hărțuire sexuală, având ca scop sau efect:

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

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

Discriminare directă – situația în care o persoană este tratată mai puțin favorabil, pe criterii de sex, decât este, a fost sau ar fi tratată altă persoană într-o situație comparabilă.

Discriminare indirectă – situația în care o dispoziție, un criteriu sau o practică, aparent neutră, ar dezavantaja în special persoanele de un anumit sex în raport cu persoanele de alt sex, cu excepția cazului în care această dispoziție, acest criteriu sau această practică este justificată obiectiv de un scop legitim, iar mijloacele de atingere a acestui scop sunt corespunzătoare și necesare;

Discriminare multiplă – orice faptă de discriminare bazată pe două sau mai multe criterii de discriminare.

Evaluarea salariaților – procesul prin care se apreciază nivelul de dezvoltare profesională a acestora.

Hărțuire – situația în care se manifestă un comportament nedorit, legat de sexul persoanei, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității persoanei în cauză și crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.

Hărțuire sexuală – situația în care se manifestă un comportament nedorit cu conotație sexuală, exprimat fizic, verbal sau nonverbal, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității unei persoane și, în special, crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.

Intervenție medicală - orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare.

Îngrijiri de sănătate - serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical.

Îngrijiri terminale - îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului.

Locul de muncă – este zona delimitată în spațiu, în funcție de specificul muncii, înzestrată cu mijloacele și cu materialele necesare muncii, în vederea realizării unei operații, lucrări sau pentru îndeplinirea unei activități de către unul ori mai mulți executanți, cu pregătirea și îndemânarea lor, în condiții tehnice, organizatorice și de protecție a muncii corespunzătoare, din care se obține un venit în baza unui raport de muncă ori de serviciu cu un angajator.

Decizie – Dispoziție a managerului dată în condițiile legii, obligatoriu a fi pusă în aplicare de către responsabilii nominalizați în aceasta;

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

Personal – Personalul de conducere și personalul de execuție, de toate categoriile, împreună.

Pseudonimizare - înseamnă prelucrarea datelor cu caracter personal într-un asemenea mod încât acestea să nu mai poată fi atribuite unei anumite persoane vizate, să nu se utilizeze informații suplimentare, cu condiția ca aceste informații suplimentare să fie stocate separat să facă obiectul unor măsuri de natură tehnică organizatorică care să asigure neatribuirea respectivelor date cu caracter personal unei persoane fizice identificate sau identificabile.

„ **Regulament** ” – Regulament de ordine interioară.

Servicii de sănătate - totalitatea activităților medicale și nemedicale, necesare stabilirii riscului de boală, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor medicale și monitorizării stării de sănătate a pacienților.

Transfer interclinic - transferul unui pacient între două unități sanitare, din care unitatea sanitară care primește pacientul este de un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât unitatea sanitară care trimite pacientul.

„ **Spitalul** ” – Spitalul Județean de Urgență Zalău, cu sediul social în Simion Bărnuțiu nr. 67, denumit în conținutul Regulamentului și „**Angajatorul**”.



CONSILIUL JUDEȚEAN SĂLAJ

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU

Zalău, str. Simion Bărnuțiu nr. 67, 450129; tel: 0260615724/0260616920; fax: 0260661066
www.spitalzalau.ro; e-mail: secretariat@spitalzalau.ro



Anexa nr. 2

**ACTELE NORMATIVE ÎN BAZA CĂRORA ESTE ÎNTOCMIT
REGULAMENTUL INTERN AL
SPITALULUI**

- Constituția României;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 53/24.06.2003- Codul muncii republicat, cu modificările și completările ulterioare;
- O.M.S. nr. 446/2017 pentru aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- O.M.S. 921/2006 pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public;
- O.M.S. 863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalelor;
- O.M.S. nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare;
- Ordinul Președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către A.N.M.C.S. în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea nr. 1336 din 28.10.2022 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și dezvoltarea carierei personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice;
- Legea nr. 167/2020 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, precum și pentru completarea art. 6 din Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați;
- Hotărârile nr. 970 din 12 octombrie 2023 pentru aprobarea Metodologiei privind prevenirea și combaterea hărțuirii pe criteriul de sex, precum și a hărțuirii morale la locul de muncă;
- Orice alte acte normative în vigoare incidente domeniilor din prezentul Regulament.



CONSILIUL JUDEȚEAN SĂLAJ

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU

Zalău, str. Simion Bărnuțiu nr. 67, 450129; tel: 0260615724/0260616920; fax: 0260661066
www.spitalzalau.ro; e-mail: secretariat@spitalzalau.ro



Anexa nr. 3

REGULI DE RELAȚIONARE CU MIJLOACELE DE MASS-MEDIA

Personalul din cadrul Spitalului sau detașat, potrivit legii, poate avea relații cu mass-media, numai în condițiile respectării următoarelor reguli:

Regula nr. 1 - pentru relațiile oficiale cu mass-media

Să aibă aprobarea managerului, să respecte prevederile legale și reglementările în vigoare privind protecția informațiilor, să exprime numai puncte de vedere oficiale, nu personale și să se refere doar la probleme din aria sa de competență și responsabilitate; să consulte responsabilul cu relații publice înainte de contactul cu mass-media; să fie asistat de personalul cu activitatea de relații publice.

Regula nr. 2 - pentru relațiile particulare cu mass-media

Să solicite aprobarea managerului, să nu aducă prejudicii prestigiului instituției prin activitatea sa publicitară sau aparițiile publice; activitatea publicistică și relațiile cu mass-media să se întemeieze pe respectarea prevederilor legale precum și a echidistanței politice a instituției; în lipsa unui mandat, să facă numai declarații în nume personal precizând, dacă este cazul, că reprezintă propriul punct de vedere și că ele nu angajează în nici un fel Spitalul.

Regula nr. 3 - pentru relațiile ocazionale cu mass-media, când nu există timpul necesar pentru obținerea aprobării sau pentru consultarea personalului cu activitatea de relații publice

(1) Să facă numai declarații în nume personal, precizând, dacă este cazul, că reprezintă propriul punct de vedere și că ele nu angajează în nici un fel Spitalul, având grijă ca declarațiile făcute să nu afecteze negativ prestigiul Spitalului, intimitatea sau siguranța personalului Spitalului, desfășurarea unor cercetări în curs.

(2) Ulterior să informeze managerul și personalul responsabil de activitatea cu relații publice despre acest lucru.

Regula nr. 4

Declarațiile tendențioase sau comentariile făcute în necunoștință de cauză, care angajează Spitalul sau aduc prejudicii onoarei și demnității categoriei profesionale din care face parte, atrag după sine răspunderea doar celor care le fac.

Regula nr. 5

Difuzarea către mass-media, sub orice formă, a unor informații referitoare la Spital, care sunt exceptate de la accesul liber al personalului, va atrage după sine consecințele prevăzute de reglementările în vigoare.



CONSILIUL JUDEȚEAN SĂLAJ

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU

Zalău, str. Simion Bărnuțiu nr. 67, 450129; tel: 0260615724/0260616920; fax: 0260661066
www.spitalzalau.ro; e-mail: secretariat@spitalzalau.ro



Anexa nr. 4

Ghid privind comunicarea cu pacientul/reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic

Întrucât cancerul este un diagnostic devastator, contează în mare măsură ca relația medicului cu pacientul său să se caracterizeze prin empatie, onestitate și o legătură umană cu acesta și familia sa. Se impune în acest context ca medicii să construiască în mod eficient relația cu pacientul, să îi ofere acestuia informații adecvate și să abordeze toate îngrijorările lui, în ciuda constrângerilor de timp specifice practicii clinice.

Comunicarea în practica oncologică prezintă numeroase provocări. Adesea, clinicienii trebuie să împărtășească veștile neplăcute pacienților și familiilor acestora. La primirea informațiilor despre diagnostic și tratamentul necesar, pacienții pot reacționa prin frică, durere, negare, furie. Astfel de emoții puternice pun medicii în situații inconfortabile.

Pe de altă parte, cancerul presupune efectuarea unor tratamente complicate, iar majoritatea pacienților nu dețin un background educațional care să-i ajute să înțeleagă boala și terapiile necesare. La rândul lor, medicii beneficiază de o pregătire redusă în ceea ce privește maniera în care ar trebui să furnizeze informațiile despre problemele complexe de sănătate generate de cancer, astfel încât acestea să fie înțelese și acceptate de către pacienți și non-experti.

Cu ocazia discutării diagnosticului și a prognosticului bolii, medicul trebuie să furnizeze informații adaptate nevoilor pacientului/reprezentantului legal, care să îi ofere acestuia speranță și încurajare, fără a-l induce însă în eroare. Se recomandă ca termenii folosiți să fie simpli și direcți, iar informațiile să fie furnizate clar și succinct, într-un limbaj non-tehnic. Când știrile sunt nefavorabile, este bine ca medicii să urmeze pași suplimentari pentru a răspunde eventualelor nevoi și nelămuriri ale pacienților/ reprezentantului legal. Comunicarea unor astfel de informații se va desfășura, pe cât posibil, într-un cadru adecvat, în particular, medicul exprimându-și solidaritatea față de pacient și răspunzând cu empatie emoțiilor întâmpinate de acesta. După transmiterea veștilor defavorabile, se face o pauză, pentru ca pacientul/ reprezentantul legal să absoarbă ceea ce i s-a spus (tăcerea de susținere). Se așteaptă ca pacientul/ reprezentantul legal să răspundă înainte de a i se mai comunica și altceva. În situația în care acesta nu spune nimic, medicii pot pune întrebări precum: «La ce vă gândiți?» sau să răspundă empatic «Păreți copleșit!». Cantitatea de informații trebuie adaptată stării emoționale a pacientului. Se recomandă ca pacienții/ reprezentanții legali să fie îndemnați să pună întrebări și să li se dea timp pentru a-și exprima îngrijorările.

Clinicienii ar trebui să le prezinte pacienților/ reprezentanților legali toate opțiunile de tratament, inclusiv posibilitatea participării la studii clinice (dacă există) și o variantă individualizată de îngrijire paliativă. În contextul discutării opțiunilor de tratament, este esențial să se clarifice obiectivele terapiilor disponibile (vindecarea versus prelungirea supraviețuirii versus îmbunătățirea calității vieții), astfel încât pacientul/ reprezentantul legal să înțeleagă rezultatele probabile și să poată asocia obiectivele tratamentului cu obiectivele de îngrijire. Este necesar ca pacienții/ reprezentanții legali să fie informați și în legătură cu potențialele beneficii și dezavantaje ale fiecărei variante de terapie, iar înțelegerea acestora să fie verificată de către medic.

Fiecare medic trebuie să găsească o abordare diferențiată și personalizată în funcție de caracteristicile pacientului/ reprezentantului legal cu care lucrează. Conștientizarea faptului că procesul de

comunicare necesită o abordare specială culminează prin înțelegerea existenței "momentului oportun", atunci când informațiile și adevărurile pot fi oportune și adecvat percepute și alte momente în care acestea nu sunt. Pacienții/ reprezentanții legali pot solicita informații diferite în etape (stadii) diferite ale bolii, care le influențează procesul de înțelegere.

Pot fi evidențiate trei concepte cheie în definirea competențelor interpersonale și de comunicare în relația medic - pacient oncologic - familia pacientului, astfel:

- Abordare centrată pe pacient - este modalitatea cea mai eficientă de a oferi informație despre maladie, susținerea deciziilor în comun ca o componentă esențială a tratamentului, iar formarea abilităților de comunicare nu mai poate fi considerată o abilitate opțională.
- Comunicarea eficientă dintre familia pacientului, oncolog și pacient este asociată cu rezultate terapeutice importante și poate contribui în procesul de adaptare la stresul psihosocial al bolii.
- Abilitățile de comunicare nu sunt înnăscute și nu îmbunătățesc neapărat experiența clinică, dar pot fi predate și învățate, iar practicarea acestor abilități pot modifica stilul de comunicare, în cazul prezenței unei motivații de formare.

Aceste competențe sunt deosebit de importante în situații emoționale foarte dificile, cum ar fi comunicarea diagnosticului, trecerea pacientului la îngrijiri paliative și informarea reprezentantului legal despre sfârșitul duratei de viață. Din păcate, aceste abilități nu sunt permanente, deci este important să se practice noi competențe, cu un feedback regulat, cu privire la comportamentul dobândit. Astfel, de multe ori personalitatea medicului este factorul care determină stilul său de muncă și comunicare în cadrul profesiei pe care o practică, stil manifestat atât în cadrul deciziei terapeutice cât și în cadrul tuturor relațiilor cu bolnavii. Temperamentul și personalitatea pacientului/ reprezentantului legal sunt doi factori foarte importanți în primirea unui diagnostic și acceptarea tratamentului, iar datoria medicului este de a ajuta pacientul/ reprezentantul legal să înțeleagă mai multe despre boala de care suferă.

Reguli de comunicare eficientă cu pacientul oncologic:

- Acordă-i atenție totală. Nu există un mod anume pentru a discuta despre boală. Uneori simpla prezență poate fi cel mai important lucru;
- Oferă sfaturi cu grijă. Nu uita că experiența fiecărei persoane cu boala este unică;
- Folosește umorul atunci când este posibil. În situațiile tensionate râsul poate avea efect relaxant;
- Uneori poți observa că pacientul/ reprezentantul legal este retras și necomunicativ. Nimeni nu poate fi pozitiv tot timpul. Pune-te în situația acestuia și acordă-i timp pentru a reflecta;
- Cere permisiunea de a discuta diferite subiecte. Urmărește reacția pacientului/ reprezentantului legal și nu te simți ofensat dacă pacientul/ reprezentantul legal nu dorește uneori să discute cu tine;
- În lupta cu boala pacientul/ reprezentantul legal se poate confrunta cu sentimente precum: tristețe, furie, confuzie, neputință. Fii pregătit pentru răspunsuri negative din partea pacientului/ reprezentantului legal sau chiar refuzul de a răspunde la o întrebare. Nu insistă și nu suprasolicita pacientul/ reprezentantul legal. Cel mai bine este să permiți acestuia să decidă când să vorbească și cât de mult să împărtășească cu tine;
- Poți arăta suport și fără utilizarea cuvintelor. Atât limbajul corpului cât și expresiile faciale pot transmite intențiile tale de suport și grijă. Menține contactul vizual, ascultă cu atenție și evită distragerea atenției în timpul conversației;
- Alege-ți cu grijă cuvintele. Acest lucru te poate ajuta să-ți arăți suportul față de pacient/ reprezentantul legal fără desconsiderare sau fără a evita subiectul.

Prin limbaj și comportament, medicul trebuie să ofere pacientului/ reprezentantului legal exact ceea ce caută: încredere, echilibru și mai ales speranță.



Anexa nr. 5

REPARTIZAREA PRACTICANȚILOR ÎN SECȚIILE/COMPARTIMENTELE SJUZ PENTRU EFECTUAREA STAGIULUI DE ÎNVĂȚĂMÂNT CLINIC

Unitatea de învățământ

Numele și prenumele instructorului de practică

Perioada stagiului

[illegible]

Întocmit,

Instructor de practică

Nr. de telefon



CONSILIUL JUDEȚEAN SĂLAJ

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU

Zalău, str. Simion Bărnuțiu nr. 67, 450129; tel: 0260615724/0260616920; fax: 0260661066

www.spitalzalau.ro; e-mail: secretariat@spitalzalau.ro



Anexa nr. 6

PROCES VERBAL DE INSTRUIRE
PENTRU ELEVII ȘCOLII POSTLICEALE SANITARE.....
PENTRU EFECTUAREA ÎNVĂȚĂMÂNTULUI CLINIC, AN ȘCOLAR

Prin prezenta, confirm faptul că am fost instruit cu privire la normele de prevenire și control ale infecțiilor asociate asistentei medicale, regulamentul de ordine interioară, normele de protecție a muncii și normele PSI, la începerea stagiului de practică în Spitalul Județean de Urgență Zalău.

NR.	NUME ȘI PRENUME ELEV	SEMNĂTURĂ
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

18		
19		
20		

TEMATICA INSTRUIRII: PREVENIREA ȘI CONTROLUL IAAM	
1. Purtarea echipamentului de protecție	
2. Igiena mâinilor și purtarea corectă a mănușilor	
3. Respectarea circuitelor funcționale în spital	
4. Managementul deșeurilor periculoase	
5. Managementul expunerii la sânge și produse biologice	
PERSOANA CARE A EFECTUAT INSTRUIREA:	
DATA INSTRUIRII	

TEMATICA INSTRUIRII: SĂNĂTATE ȘI SECURITATE ÎN MUNCĂ	
Respectarea normelor și instrucțiunilor de protecție a muncii și a măsurilor de aplicare a acestora	
Aducerea la cunoștința conducătorului locului de muncă a oricărei defecțiuni tehnice sau de altă situație, care constituie un pericol de accidentare sau îmbolnăvire profesională	
La apariția unui pericol iminent de producere a unui accident, să informeze imediat conducătorul locului de muncă	
Utilizarea echipamentului individual de protecție din dotare, corespunzător scopului pentru care a fost acordat	
Respectarea măsurilor de prevenire și stingere a incendiilor	
PERSOANA CARE A EFECTUAT INSTRUIREA:	
DATA INSTRUIRII	

NOTĂ: Formularul se completează în două exemplare, din care unul se păstrează în compartimentul SPIAAM și cel de al doilea se trimite la unitatea de învățământ.



CONSILIUL JUDEȚEAN SĂLAJ

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU

Zalău, str. Simion Bărnuțiu nr. 67, 450129; tel: 0260615724/0260616920; fax: 0260661066
www.spitalzalau.ro; e-mail: secretariat@spitalzalau.ro



Anexa nr. 7

**FIȘĂ DE APRECIERE A STAGIULUI PRACTIC
ÎN SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU
ANUL.....**

Calificarea profesională: asistent medical generalist

Numele și adresa colii:
Serviciul (secția)
Data: de la până la.....
Numele și prenumele elevului:.....
Durata (în ore)..... Numărul absențelor.....

Aptitudini generale

Această apreciere trebuie completată înainte de sfârșitul perioadei de stagiul de asistentul șef al secției împreună cu echipa care a asigurat încadrarea elevului.

Această apreciere va fi comunicată elevului de asistentul șef care este tutorele de practică, în cursul unei discuții la sfârșitul perioadei de stagiul.

CAPACITĂȚI PERSONALE	Insuficient	Suficient	Bine	Foarte Bine	Exceptional
Punctualitate					
Dovedește tact și discreție					
- în ținută					
- în exprimare					
- în raporturile cu ceilalți					
Este capabil de inițiativă					
Dovedește curiozitate intelectuală					

CAPACITĂȚI TEHNICE	Insuficient	Suficient	Bine	Foarte bine	Exceptional
Caută să adune informații utilizabile					
Analiza clară a situației					
Identifică problema sau problemele					
Determină obiective pentru acțiunile sale					
Prevede acțiunile sale în funcție de resurse: bolnav, secție					
Execută acțiunile sale: -metodic - respectând regulile de igienă - cu dexteritate					
Este capabil să-și evalueze munca					
Caută să-și însușească sau să-și dezvolte cunoștințele teoretice și practice despre îngrijirile în secție					

La sfârșitul stagiului stăpânește:					
- cunoștințe teoretice (medicale, farmaceutice, administrative, psihosociologice)					
- cunoștințe practice					

CAPACITATI RELATIONALE	Insuficient	Suficient	Bine	Foarte bine	Exceptional
În funcție de scopul urmărit stabilește o comunicare adaptată:					
- cu persoanele îngrijite					
- situațiilor					
- cu restul echipei					
Prezintă aptitudini necesare pentru a stabili sau menține relația cu persoana îngrijită:					
- observația					
- ascultarea					
- cunoașterea de sine					
- comunicarea					
Capacități organizatorice					
Evaluează acțiunile întreprinse					
Asigură transmiterea informațiilor semnificative					
Este capabil să organizeze o îngrijire pentru pacient; îngrijirile acordate de elevi sunt de obicei:					
Insuficiente	De rutină		Gândite și eficiente	Adaptate și personalizate	
În ce direcție trebuie să facă elevul un efort deosebit?					
Aprecierea generală					
Data					
Semnături:				Semnătura și ștampila secției	
Asistent șef					
Elev					



Anexa nr. 8

Secția/ Compartimentul

FIȘĂ DE PREZENȚĂ ELEVI PRACTICANȚI
Școala Postliceală Sanitară.....

Luna An

NUMELE ȘI PRENUMELE ELEVULUI PRACTICANT:																															
ZIUA																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total ore/lună

TOTAL ORE ACUMULATE LA ZI PÂNĂ ÎN PREZENT

Întocmit,
Asistent șef - tutore de practică

Notă: Fișa de prezență se predă elevului împreună cu *Fișa de apreciere a stagiului practic*, la finalul stagiului de practică. **Total ore acumulate la zi** va conține numărul total de ore de practică cumulate de elev pe perioada stagiului practic, până la finalul lunii respective. Ultimul pontaj va conține numărul total de ore de practică efectuate de elev.



CONSILIUL JUDEȚEAN SĂLAJ

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ZALĂU

Zalău, str. Simion Bărnuțiu nr. 67, 450129; tel: 0260615724/0260616920; fax: 0260661066

www.spitalzalau.ro; e-mail: secretariat@spitalzalau.ro

