

L1	Autorizări, avize și certificări ale calității
L2	Planul strategic și planul de management al spitalului
L3	Regulamentul de organizare și funcționare / Regulamentul intern (ROF/RI)
L4	Pagina de internet a spitalului
L5	Managementul organizației (atribuțiile managerului și ale comitetului director)
L6	Managementul calității (atribuțiile SMC)
L7	Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical)
L8	Managementul îngrijirii medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului de îngrijiri/as. șef spital)
L9	Managementul infecțiilor asociate asistenței medicale (atribuțiile SPLIAAM/CPLIAAM)
L10	Managementul financiar-contabil
L11	Managementul achizițiilor
L12	Managementul administrativ
L13	Observare directă – curte/căi de acces
L14	Observare directă – interiorul spitalului/spații comune
L15	Managementul resurselor umane
L16	Interviu reprezentant al angajaților/sindicat
L17	Suport juridic
L18	Managementul sistemului informațional
L19	Managementul arhivei
L20	Managementul asistenței medicale paraclinice
L21	Managementul medicației
L22	Managementul medical la nivel de secție (atribuțiile șefului de secție)
L23	Observare directă – mediul de îngrijire la nivelul secției
L24	Managementul îngrijirilor medicale la nivel de secție (atribuțiile asistentei șefe)
L25	Aplicarea traseului pacientului
L26	Chestionarul pacientului (formular ANMCS)
L27	Chestionarul angajatului (formular ANMCS)
L28	FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) - centralizarea datelor culese
L29	Simularea urgenței în spital - centralizarea datelor culese
L30	Managementul activităților de învățământ și cercetare
L31	Observare directă – bucătărie
L32	Observare directă – spălătorie
L33	Managementul urgențelor medico-chirurgicale în UPU/CPU
L34	Managementul urgențelor medico-chirurgicale în Camera de garda
L35	Observare directă – UPU/CPU/CG
L36	Observare directă - mediul de îngrijire în spitalizarea de zi
L37	Managementul ATI
L38	Observare directă – ATI
L39	Managementul sângelui și al produselor sanguine
L40	Managementul asistenței medicale a gravidei și a lăuzei
L41	Managementul asistenței medicale a nou-născutului / prematurului
L42	Managementul asistenței medicale pediatrice

L43	Managementul asistenței medicale a pacientului psihiatric
L44	Managementul asistenței medicale a pacientului cu boala cronică renală
L45	Managementul asistenței medicale a pacientului dializat
L46	Managementul medicației oncologice
L47	Managementul asistenței medicale a pacientului oncologic în radioterapie
L48	Managementul terapiei în medicina nucleară
L49	Managementul paliaticei
L50	Managementul prelevării de celule/țesuturi/organe
L51	Managementul transplantului de celule/țesuturi/organe
L52	Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN)/unității operatorii independente(UOI)/sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN)
L53	Observare directă – BO/Sală nașteri
L54	Managementul sterilizării
L55	Managementul bazei de radioterapie
L56	Observare directă – Bază radioterapie
L57	Observare directă – Bază tratament BFT
L58	Managementul laboratorului clinic
L59	Managementul laboratorului de anatomie patologică
L60	Managementul laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară
L61	Managementul laboratorului de endoscopie diagnostică și intervențională
L62	Managementul farmaciei
L63	Managementul ambulatoriului
L64	Observare directă – Ambulatoriu

**LISTA DE VERIFICARE NR.1**

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.02.01.01	Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, după caz.	C						
01.02.01.01.01	Autorizațiile specifice sunt în vigoare.	I						
01.02.01.01.02	Avizele specifice sunt în termen de valabilitate.	I						
01.02.01.01.03	Există documente justificative pentru autorizațiile sau avizele aflate pe circuitul de aprobare, după caz.	I						
01.05.04.01	Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.	C						
01.05.04.01.01	Spitalul este înregistrat ca operator de date cu caracter personal.	I						
01.07.01.04	Spitalul se preocupă de certificarea de calitate a activităților desfășurate.	C						
01.07.01.04.01	Spitalul deține și alte certificări de calitate pentru activitățile desfășurate.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.01	Activitatea farmaciei este desfășurată în baza Autorizației de funcționare emisă de Ministerul Sănătății pe numele farmacistului șef, cu specificarea tuturor punctelor de lucru autorizate.	I						
02.12.07.04	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.	C						
02.12.07.04.01	Spitalul are acreditare pentru activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule, valabilă la data vizitei.	I						
02.12.07.05	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.	C						
02.12.07.05.01	Spitalul are acreditare pentru activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule, valabilă la data vizitei.	I						

Alte observatii:

LISTA DE VERIFICARE NR.1

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATH / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.2

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.01.01.01	Organizația a realizat/utilizat o analiză privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit.	C						
01.01.01.01.01	În planul strategic al spitalului există analiza privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire.	I						
01.01.01.01.02	În planul strategic al spitalului există analiza pieței serviciilor de sănătate din zona de acoperire.	I						
01.01.01.02	Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.	C						
01.01.01.02.01	Nevoile de îngrijire ale populației deservite și specificul pieței de servicii sunt evidențiate în Planul strategic al spitalului.	I						
01.01.01.02.03	În analiza nevoii de servicii medicale este utilizată morbiditatea migrantă.	I						
01.01.02.01	Planul strategic este fundamentat în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.	C						
01.01.02.01.01	Planul strategic al spitalului este formalizat și asumat de autoritatea tutelară sau patronat, după caz.	I						
01.01.02.01.02	În planul strategic sunt menționate resursele necesare îndeplinirii obiectivelor strategice ale spitalului.	I						
01.01.02.03	Obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.	C						
01.01.02.03.01	Sunt stabilite responsabilitățile șefilor sectoarelor de activitate pentru realizarea obiectivelor.	I						
01.01.02.03.02	Planul anual cuprinde activitățile necesare realizării obiectivelor	I						
01.01.04.01	Cercetarea științifică vizează obiectivele de dezvoltare a spitalului.	C						
01.01.04.01.01	În planul strategic al spitalului sunt menționate obiective privind cercetarea științifică.	I						
01.01.04.02	Inovația adusă prin cercetare îmbunătățește calitatea și performanța actului medical.	C						
01.01.04.02.01	Îmbunătățirea calității și a performanței actului medical este menționată în obiectivele planului strategic.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.2

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.02.02.01	Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.	C						
01.02.02.01.01	Structura și organigrama sunt fundamentate având în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.	I						
01.03.01.03	Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.	C						
01.03.01.03.01	Dezvoltarea resurselor umane este un obiectiv al Planului de management al spitalului / contractelor de management / contractelor de administrare.	I						
01.04.01.01	Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor comunității deservite sau atragerea de noi consumatori.	C						
01.04.01.01.02	Există corelație între obiectivele planului strategic și planul multianual/anual de investiții.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.3

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.02.02.01	Fundamentarea structurii organizatorice are în vedere cererea de servicii medicale și dinamica resurselor disponibile.	C						
01.02.02.01.02	ROF și RI sunt aprobate și actualizate, după caz.	I						
01.02.03.01	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active.	C						
01.02.03.01.02	Există ROF ale structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) sau există distinct secțiuni specifice în ROF-ul unității.	I						
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.04	Noul angajat este informat cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului, procedurile și protocoalele utilizate în desfășurarea activității sale.	I						
01.03.02.03.05	Noul angajat este îndrumat/monitorizat în perioada de probă.	I						
01.05.04.02	Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.	C						
01.05.04.02.05	RI conține prevederi specifice asupra condițiilor de acces la informații/date, prelucrarea și protecția acestora, pentru fiecare categorie profesională în parte.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.03	În ROF sunt consemnate atribuțiile farmacistului/farmacologului clinician privind validarea prescripțiilor medicale.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						
02.10.01.01.03	Rolul structurilor medicale funcționale din spital de monitorizare a bunelor practici în utilizarea antibioticelor este precizat în ROF.	I						

**LISTA DE VERIFICARE NR.3**

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.01.03	<i>Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.</i>	<i>C</i>						
02.11.01.03.06	<i>În RI sunt prevăzute sancțiunile pentru nerespectarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a IAAM.</i>	<i>I</i>						
03.01.01.01	<i>Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.</i>	<i>C</i>						
03.01.01.01.01	<i>Obligația personalului medical de obținere a consimțământului informat este trecută în ROF.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.01	<i>Spitalul reglementează prevenirea discriminării.</i>	<i>C</i>						
03.02.01.01.01	<i>În ROF există prevederi privind acordarea nediscriminatorie a asistenței medicale.</i>	<i>I</i>						

Alte observatii:



## LISTA DE VERIFICARE NR.4

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.01	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.	C						
01.06.01.01.01	Pagina de internet a spitalului este funcțională.	I						
01.06.01.01.02	Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.	I						
01.06.01.02	Pagina de internet a spitalului asigură comunicarea eficientă.	C						
01.06.01.02.01	Pagina de internet a spitalului are limba română ca primă modalitate de acces.	I						
01.06.01.02.02	Pagina de internet conține informații privind drepturile și obligațiile pacienților.	I						
01.06.01.02.03	Pagina de internet conține informații privind investigațiile și tratamentele pentru care se percepe coplată.	I						
01.06.01.02.04	Pagina de internet conține informații privind investigațiile și tratamentele care sunt decontate de către casa de asigurări.	I						
01.06.01.02.05	Pagina de internet conține informații privind modul de accesare a serviciilor oferite de spital.	I						
01.06.01.02.06	Pagina de internet conține informații despre medicii care activează în cadrul spitalului.	I						
01.06.01.02.07	Pagina de internet a spitalului are facilități de creare de conturi personalizate pentru pacienți și/sau medici de familie și/sau ambulatoriu.	I						
01.06.01.02.08	Pagina de internet a spitalului asigură accesul la informații de interes public.	I						
01.06.01.02.09	Pagina de internet a spitalului conține informații și date de contact privind conducerea spitalului (date de contact, e-mail, telefon secretariat, program audiențe).	I						
01.06.01.02.10	Chestionarul de satisfacție a pacienților este accesibil prin intermediul paginii de internet a spitalului.	I						
01.06.01.02.11	Pe pagina de internet a spitalului este accesibilă modalitatea de programare online.	I						
01.06.01.02.12	Pagina de internet a spitalului conține informații specifice pentru profesioniștii din sănătate (concursuri de angajare, examene de promovare, legislație, congrese, conferințe).	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.4

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.02.13	Spitalul promovează pe pagina sa de internet recuperarea activă a pacientului, mobilizarea precoce și stilul sănătos de viață al acestuia, ca elemente principale de luptă împotriva durerii cronice.	I						
01.06.01.02.14	Reglementarea accesului mass-media în spital este afișată pe pagina de internet a spitalului.	I						
01.06.01.02.15	Datele de contact ale purtătorului de cuvânt se regăsesc pe pagina de internet a spitalului.	I						
01.06.01.06	Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.	C						
01.06.01.06.04	Informații privind condițiile de internare, respectiv externare, sunt puse la dispoziția pacienților/apartinătorilor.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.5

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.01.02.02	Planul strategic vizează îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.	C						
01.01.02.02.01	La nivelul spitalului sunt definiți indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului strategic privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.	I						
01.01.02.02.02	La nivelul spitalului existe analize periodice ale îndeplinirii obiectivelor strategice privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților.	I						
01.01.03.01	La nivelul spitalului funcționează o echipă activă responsabilă cu evaluările periodice ale nivelului de implementare a obiectivelor strategice.	C						
01.01.03.01.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic.	I						
01.01.03.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale activității echipei responsabile cu evaluările periodice ale Planului strategic.	I						
01.01.03.02	Șefii tuturor sectoarelor de activitate analizează periodic nivelul de realizare a obiectivelor strategice.	C						
01.01.03.02.01	La nivelul spitalului există analize periodice ale nivelului de realizare a obiectivelor strategice, provenite de la șefii tuturor sectoarelor.	I						
01.01.03.02.02	La nivelul spitalului există decizii, pe baza analizelor periodice a nivelului de realizare a obiectivelor strategice, pentru actualizarea planificării anuale.	I						
01.01.03.03	Planificarea anuală a activităților are în vedere obiectivele strategice stabilite.	C						
01.01.03.03.01	La nivelul spitalului există planificarea anuală a activităților pentru realizarea obiectivelor planului strategic.	I						
01.01.03.03.02	În planificarea anuală a activităților pentru realizarea obiectivelor planului strategic sunt nominalizați responsabili pentru îndeplinirea acestora.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.5

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.02.01.02	<i>Spitalul a luat toate măsurile pentru menținerea condițiilor pe baza cărora s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.</i>	<i>C</i>						
01.02.01.02.02	<i>La nivelul spitalului există planificată monitorizarea condițiilor pentru care s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.</i>	<i>I</i>						
01.02.02.02	<i>Conducerea evaluează periodic structura organizației în raport cu cererea de servicii de sănătate.</i>	<i>C</i>						
01.02.02.02.01	<i>La nivelul spitalului sunt definiți indicatori de monitorizare a utilizării serviciilor.</i>	<i>I</i>						
01.02.02.02.02	<i>Există analize periodice ale indicatorilor de monitorizare a utilizării serviciilor în raport cu cererea de servicii de sănătate.</i>	<i>I</i>						
01.02.02.03	<i>Conducerea analizează periodic modul de desfășurare a proceselor de la nivelul organizației și actualizează în consecință structura organizatorică.</i>	<i>C</i>						
01.02.02.03.01	<i>La nivelul Comitetului director sunt definiți indicatori ai eficacității și eficienței proceselor din spital.</i>	<i>I</i>						
01.02.02.03.02	<i>La nivelul Comitetului director există analize anuale a eficacității și eficienței proceselor din spital.</i>	<i>I</i>						
01.02.03.02	<i>Activitatea structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul spitalului asigură fundamentarea procesului decizional.</i>	<i>C</i>						
01.02.03.02.01	<i>Activitatea desfășurată de structurile funcționale (comisii, comitete și consilii) de la nivelul unității este înregistrată (consemnată).</i>	<i>I</i>						
01.02.03.02.02	<i>În fundamentarea deciziilor manageriale se regăsesc, după caz, propunerile structurilor funcționale (comisii, comitete și consilii) care au stat la baza emiterii acestora.</i>	<i>I</i>						
01.03.03.01	<i>Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social.</i>	<i>C</i>						
01.03.03.01.02	<i>La nivelul spitalului este stabilit modul de informare a angajaților cu privire la potențialele probleme privind condițiile de muncă.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.5

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.04.02.02	Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.	C						
01.04.02.02.02	Există analize periodice a cheltuielilor efectuate la nivel de spital și de secții.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.01	La nivelul spitalului este reglementată monitorizarea consumurilor pentru fiecare sector de activitate.	I						
01.04.03.01.04	La nivelul spitalului centrele de cost sunt definite, iar sistemul de înregistrare a cheltuielilor este reglementat pentru fiecare centru în parte.	I						
01.04.03.01.05	Modalitatea de monitorizare a fiecărui centru de cost este reglementată.	I						
01.04.03.02	Spitalul analizează periodic procesul de furnizare a serviciilor, cu participarea tuturor nivelurilor de management.	C						
01.04.03.02.01	Indicatorii financiari de performanță sunt definiți pentru fiecare nivel de management.	I						
01.04.03.02.02	Există analize periodice ale îndeplinirii indicatorilor financiari de performanță pentru fiecare nivel de management.	I						
01.04.04.01	Spitalul asigură evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice.	C						
01.04.04.01.01	La nivelul spitalului sunt definite și centralizate produsele și serviciile critice.	I						
01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	C						
01.04.04.03.05	Sunt identificate și analizate cauzele care au generat disfuncționalități în aprovizionarea cu medicamente utilizate în acordarea serviciilor medicale de urgență stabilite pentru nivelul de competență asumat sunt adoptate măsuri.	I						
01.04.04.04	Spitalul asigură aprovizionarea cu produse și servicii pentru cazuri excepționale.	C						
01.04.04.04.01	La nivelul spitalului sunt evidențiate și definite posibilele cazuri excepționale.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.5

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.01.01	Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.	C						
01.05.01.01.01	Primirea și înregistrarea solicitărilor externe de informații este reglementată la nivelul spitalului	I						
01.05.01.01.02	Repartizarea solicitărilor externe de informații este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.05.01.01.04	La nivelul spitalului este definit setul de date a căror transmitere către utilizatori se face cu prioritate.	I						
01.05.01.01.05	Interoperabilitatea informațională permite realizarea unui „tablou de bord” care susține actul decizional.	I						
01.05.03.01	Suportul de informații caracteristic fiecărei activități desfășurate în spital (suport hârtie, magnetic, electronic) și fluxul de utilizare al acestuia sunt definite și respectate.	C						
01.05.03.01.01	Spitalul are definită o modalitate unitară de înregistrare pentru fiecare categorie de informații.	I						
01.05.03.01.02	La nivelul spitalului, circuitul documentelor este reglementat.	I						
01.05.03.02	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permite eficientizarea activității în spital.	C						
01.05.03.02.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de completare a documentelor.	I						
01.05.03.02.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de monitorizare a completării corecte și complete a documentelor.	I						
01.05.04.01	Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.	C						
01.05.04.01.04	Colectarea și gestiunea datelor este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.05.04.04	Spitalul asigură monitorizarea și controlul utilizării sistemelor informaționale.	C						
01.05.04.04.01	Auditarea securității informațiilor și a sistemului informațional este parte a Programul anual de audit al spitalului.	I						
01.05.04.04.02	Eficiența sistemului informațional este evaluată anual.	I						
01.05.04.04.03	Protecția sistemului informațional este reglementată la nivelul spitalului.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.5

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.02	La nivelul spitalului există un sistem de codificare a echipamentelor pe categorii de personal.	I						
01.06.01.05	Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului.	C						
01.06.01.05.02	Accesul mass-media este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.06.01.08	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.	C						
01.06.01.08.01	Spitalul participă în parteneriat cu organizații de profil pentru educația pacienților/apartenențelor.	I						
01.06.01.08.02	La nivelul spitalului există evidența unităților sanitare și administrative cu care spitalul colaborează.	I						
01.06.01.08.03	La nivelul spitalului sunt definite situațiile care impun comunicarea cu alte unități sanitare și administrative.	I						
01.06.01.08.04	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative.	I						
01.06.01.08.06	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților.	I						
01.06.02.02	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.	C						
01.06.02.02.03	La nivelul spitalului este reglementată comunicarea în situații deosebite/exceptionale.	I						
01.07.01.02	Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.	C						
01.07.01.02.03	Responsabilul cu managementul calității serviciilor este invitat permanent la ședințele Comitetului director și ale Consiliului medical.	I						
01.07.01.02.04	La nivelul conducerii spitalului există planul de management al calității, aprobat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.5

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.07.01.03	Structura de management al calității serviciilor coordonează procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate.	C						
01.07.01.03.04	Rapoartele de autoevaluare conțin propuneri de îmbunătățire a activităților în scopul creșterii calității serviciilor.	I						
01.07.02.01	Spitalul are stabilite și urmărește respectarea principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate.	C						
01.07.02.01.02	Consilierul de etică respectă planificarea activității de consiliere.	I						
01.07.03.01	Planificarea anuală a activităților SMC asigură conformarea la cerințele standardelor de acreditare.	C						
01.07.03.01.03	La nivelul spitalului există planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.	I						
01.07.03.02	Planul de acțiuni pentru implementarea managementului calității serviciilor și siguranței pacienților este asumat de către conducerea unității.	C						
01.07.03.02.03	Conducerea spitalului asigură resurse pentru realizarea fiecărui obiectiv din planul de management al calității.	I						
01.07.04.03	Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.	C						
01.07.04.03.03	Există analize lunare ale sugestiilor și reclamațiilor primite.	I						
01.07.05.02	Rezultatele evaluărilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activităților.	C						
01.07.05.02.01	SMC prezintă la ședințele Comitetului director nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a procedurilor.	I						
01.08.01.03	Managementul spitalului efectuează analizele de risc pe tipuri, probabilitate de materializare și impact și adoptă măsuri dedicate.	C						
01.08.01.03.04	Managerul spitalului analizează și aprobă propunerile de modificare a registrului riscurilor.	I						



**LISTA DE VERIFICARE NR.5**

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.08	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.5

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.01	Spitalul are posibilitatea acordării de servicii hoteliere pacienților care nu necesită internare continuă, la solicitarea acestora.	I						
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C						
01.09.01.02.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de respectare a intimității pacientului.	I						
02.01.01.01	Spitalul evaluează grupurile populaționale de pacienți cu particularități clinico-biologice pentru a identifica și satisface nevoile, patologiile specifice.	C						
02.01.01.01.02	La nivelul spitalului există analiza resurselor disponibile pentru a oferi servicii medicale posibilelor cerințe speciale de îngrijire generate de particularități clinico-biologice ale populației deservite.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.05	Spitalul are prevederi specifice care reglementează accesul la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.04	La nivelul spitalului există posibilitatea asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului.	I						
02.01.04.01.05	Spitalul colaborează cu organizații de profil pentru acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale.	I						
02.01.04.01.06	Spitalul colaborează cu organizații de profil pentru a prelua, dacă este cazul, câinii utilitari pe perioada internării pacienților cu dizabilități.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de conținere și/sau izolare a pacienților agresivi.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.5

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.02.01.02	<i>Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.</i>	<i>C</i>						
02.02.01.02.02	<i>Există protocoale de colaborare, funcționale, cu alte unități sanitare pentru transferul sau facilitarea accesului pacientului la serviciile medicale, în situațiile în care se depășește competența asumată/capacitatea de rezolvare a cazului.</i>	<i>I</i>						
02.02.02.01	<i>Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.</i>	<i>C</i>						
02.02.02.01.02	<i>Spitalul are parteneriat/protocol de colaborare cu servicii de asistență socială în vederea asigurării continuității îngrijirilor.</i>	<i>I</i>						
02.02.02.01.03	<i>Spitalul are reglementată modalitatea cazurilor de rezolvarea cazurilor cu probleme sociale.</i>	<i>I</i>						
02.02.02.02	<i>Traseul pacientului este stabilit în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.</i>	<i>C</i>						
02.02.02.02.01	<i>Spitalul are reglementată modalitatea de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice.</i>	<i>I</i>						
02.02.02.02.04	<i>Există analiza semestrială a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice și măsuri adoptate în consecință.</i>	<i>I</i>						
02.03.04.01	<i>Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.03.04.01.01	<i>La nivelul spitalului este reglementată utilizarea planului de îngrijiri.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01	<i>Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.</i>	<i>C</i>						
02.09.01.01.09	<i>Eliberarea medicamentelor cu costuri mari se face doar cu aprobarea prealabilă a managementului.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.5

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.01.01	Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.01.07	Plan de acțiune dezinsecție-dezinsecție-deratizare pe spital, pe anul în curs, elaborat și aprobat.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.11	Spitalul aplică un program aprobat de vaccinare anti-hepatită și antigripal pentru angajații spitalului.	I						
02.12.01.03	Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").	C						
02.12.01.03.04	SMC prezintă la ședințele Consiliului medical/Comitetului director analiza anuală a evenimentelor adverse proprii și a celor identificate de alte entități, cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de identificare corectă a pacientului.	I						
02.12.04.03	Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.	C						
02.12.04.03.02	La nivelul spitalului există analize ale incidentelor nemedicale apărute în timpul intervențiilor chirurgicale/anestezice.	I						
03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.01.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestuia.	I						
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare a datelor medicale ale pacienților către terți.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.5

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
03.01.02.01.05	Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este reglementat.	I						
03.02.01.02	Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.	C						
03.02.01.02.01	La nivelul spitalului este reglementată activitatea Consiliului etic.	I						
03.02.01.02.02	Rezultatele analizelor Consiliului etic se regăsesc, după caz, în argumentarea deciziilor manageriale de la nivelul spitalului.	I						
03.02.02.02	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția autorităților autorizate/altor institutii datele medicale personale ale pacientului.	C						
03.02.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de transmitere a datelor medicale ale pacientului către alte instituții / autorități.	I						
03.02.04.01	Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți.	C						
03.02.04.01.01	Accesul mass-media la pacienți este reglementat.	I						
03.02.04.01.02	Accesul mass-media la pacient și/sau informațiile legate de acesta se face numai după exprimarea acordului pacientului/aparținătorilor, după caz și strict în limitele acestuia.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.6

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.01.01	Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.	C						
01.05.01.01.03	La nivelul spitalului este definit setul de date necesar de a fi colectate în vederea realizării de analize prospective.	I						
01.05.03.02	Operaționalitatea procedurilor informaționale utilizate permite eficientizarea activității în spital.	C						
01.05.03.02.03	La nivelul spitalului sunt identificate riscurile aferente sistemului informatic.	I						
01.06.03.02	Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării.	C						
01.06.03.02.04	Număr reclamații cu privire la aspecte de comunicare cu pacienții, înregistrate în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
01.07.01.02	Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.	C						
01.07.01.02.02	Activitatea SMC este reglementată.	I						
01.07.01.02.03	Responsabilul cu managementul calității serviciilor este invitat permanent la ședințele Comitetului director și ale Consiliului medical.	I						
01.07.01.02.05	La nivelul SMC există evidența responsabililor cu asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului din fiecare sector de activitate.	I						
01.07.01.03	Structura de management al calității serviciilor coordonează procesul de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate.	C						
01.07.01.03.01	La nivelul SMC există planificarea activităților de instruire a responsabililor cu asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului	I						
01.07.01.03.02	La nivelul spitalului există procedură cu privire la autoevaluarea calității serviciilor.	I						
01.07.01.03.03	Există autoevaluări realizate pentru monitorizarea implementării managementului calității.	I						
01.07.01.03.05	La nivelul structurii de management al calității serviciilor există registrul procedurilor și protocoalelor.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.6

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.07.01.03.06	Procedurile și protocoalele utilizate în spital sunt codificate unitar.	I						
01.07.01.03.07	În planul de management al calității se regăsesc obiectivele specifice îmbunătățirii calității din planul de management al spitalului.	I						
01.07.01.03.08	La nivelul SMC există analize periodice ale respectării procedurilor și protocoalelor de la nivelul tuturor sectoarelor de activitate.	I						
01.07.01.03.09	Structura de management al calității serviciilor întocmește și difuzează rapoarte anuale cu privire la nivelul de conformitate a reglementărilor/procedurilor/protocoalelor.	I						
01.07.01.04	Spitalul se preocupă de certificarea de calitate a activităților desfășurate.	C						
01.07.01.04.02	Spitalul monitorizează condițiile de menținere a certificatelor de calitate specifice activităților desfășurate.	I						
01.07.03.01	Planificarea anuală a activităților SMC asigură conformarea la cerințele standardelor de acreditare.	C						
01.07.03.01.01	La nivelul SMC există planificarea activităților de autoevaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare.	I						
01.07.03.01.02	La nivelul SMC este reglementată activitatea de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare.	I						
01.07.03.02	Planul de acțiuni pentru implementarea managementului calității serviciilor și siguranței pacienților este asumat de către conducerea unității.	C						
01.07.03.02.02	Există decizie de înființare a comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților și de pregătire a spitalului pentru evaluare.	I						
01.07.03.03	SMC monitorizează implementarea planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților.	C						
01.07.03.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de identificare și raportare a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.6

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.07.03.03.03	Evenimentele adverse produse în spital sunt raportate către A.N.M.C.S. în termenul prevăzut.	I						
01.07.03.04	Pe baza recomandărilor SMC spitalul ia măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.	C						
01.07.03.04.02	Planurilor de măsuri pentru îmbunătățirea calității conțin și indicatori de monitorizare a îndeplinirii acestora.	I						
01.07.04.01	Spitalul elaborează și actualizează periodic chestionare de satisfacție a pacienților.	C						
01.07.04.01.01	Spitalul utilizează chestionare de satisfacție a pacienților.	I						
01.07.04.01.02	Modalitatea de aplicare a chestionarului de satisfacție a pacienților asigură anonimatul pacientului.	I						
01.07.04.01.03	Chestionarul de satisfacție al pacientului cuprinde informații cu privire la modalitatea de completare și depunere a acestuia.	I						
01.07.04.01.04	Chestionarul de satisfacție al pacientului cuprinde întrebări cu privire la calitatea comunicării.	I						
01.07.04.01.05	Chestionarul de evaluare a satisfacției pacienților conține întrebări privind aspectul lenjeriei și al efectelor de spital pentru pacienți.	I						
01.07.04.01.06	Chestionarul de evaluare a satisfacției pacienților conține întrebări privind calitatea hranei și a serviciului de distribuire.	I						
01.07.04.01.07	Chestionarul de evaluare a satisfacției pacienților conține întrebări referitoare la ambientul spitalului.	I						
01.07.04.02	SMC analizează sistematic informațiile rezultate din prelucrarea chestionarelor și emite recomandări.	C						
01.07.04.02.01	La nivelul structurii de management al calității există analize lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților.	I						
01.07.04.02.02	Recomandările consecutive analizelor lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților se regăsesc ca măsuri în planul de îmbunătățire a calității.	I						
01.07.04.03	Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.	C						
01.07.04.03.01	Modul de gestionare a reclamațiilor este reglementat la nivelul spitalului.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.6

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.07.04.03.03	Există analize lunare ale sugestiilor și reclamațiilor primite.	I						
01.07.05.01	Este stabilită o modalitate de evaluare a eficienței proceselor de îmbunătățire a calității derulate în spital.	C						
01.07.05.01.01	La nivelul SMC sunt stabiliți indicatorii pe baza cărora se efectuează analiza anuală a eficienței măsurilor propuse în planul de îmbunătățire a calității.	I						
01.07.05.01.02	La nivelul SMC este reglementată modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate.	I						
01.07.05.02	Rezultatele evaluărilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activităților.	C						
01.07.05.02.01	SMC prezintă la ședințele Comitetului director nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a procedurilor.	I						
01.07.05.02.02	SMC prezintă la ședințele Consiliului medical nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a protocoalelor.	I						
01.08.01.01	Managerii de la toate nivelurile au organizat identificarea, analiza și tratarea riscurilor.	C						
01.08.01.01.03	Există rapoarte de activitate ale Comisiei/Echipei de gestionare a riscurilor.	I						
01.08.01.01.04	La nivelul spitalului există evidența activităților cu risc asupra siguranței pacienților și angajaților.	I						
01.08.01.02	Spitalul are un registru al riscurilor și monitorizează eficacitatea măsurilor de prevenție.	C						
01.08.01.02.01	Identificarea și înregistrarea riscurilor este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.08.01.02.02	Comisia/Echipa de gestionare a riscurilor analizează anual modul de respectare a măsurilor de prevenire a riscurilor.	I						
01.08.01.03	Managementul spitalului efectuează analizele de risc pe tipuri, probabilitate de materializare și impact și adoptă măsuri dedicate.	C						
01.08.01.03.01	Riscurile din registrul unic al riscurilor au gradul de risc estimat.	I						
01.08.01.03.02	Pentru fiecare risc din registrul riscurilor este prevăzută modalitatea de tratare a acestuia (procedură, protocol etc).	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.6

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.01.03.03	La nivelul sectoarelor de activitate se calculează riscul rezidual după aplicarea modalităților de tratare.	I						
01.08.01.03.05	Spitalul monitorizează implementarea măsurilor de diminuare a riscurilor.	I						
01.08.02.14	La nivelul managementului spitalului sunt organizate evaluări periodice ale modului de respectare a măsurilor de prevenire a riscurilor fizice și tehnologice.	C						
01.08.02.14.01	La nivelul SMC există evidența procedurilor pentru activitățile identificate cu risc de accident de muncă.	I						
01.09.02.01	Instituția evaluează și îmbunătățește constant condițiile hoteliere.	C						
01.09.02.01.01	La nivelul spitalului există analize periodice ale datelor referitoare la condițiile hoteliere colectate prin chestionarul de satisfacție a pacientului.	I						
01.09.02.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale datelor referitoare la curățenie, colectate prin chestionarul de satisfacție a pacientului.	I						
01.09.02.02	Instituția evaluează constant serviciile de alimentație.	C						
01.09.02.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de înregistrare și analiză a sesizărilor/plângerilor pacienților și/sau personalului privind hrana primită.	I						
01.09.02.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale datelor referitoare la hrana primită, colectate prin chestionarul de satisfacție a pacientului.	I						
01.09.02.03	Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciul de spălătorie.	C						
01.09.02.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de înregistrare și analiză a sesizărilor/plângerilor pacienților și/sau personalului privind aspectul lenjeriei și al efectelor.	I						
01.09.02.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale datelor referitoare la aspectului lenjeriei și al efectelor colectate prin chestionarul de satisfacție a pacientului.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.6

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.05.03.01	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.	C						
02.05.03.01.01	La nivelul SMC există analize periodice ale rezultatelor controlului intern și extern de calitate al laboratorului clinic.	I						
02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	C						
02.11.04.01.01	În registrul riscurilor sunt înscrise activitățile de asistență medicală cu risc infecțios.	I						
02.12.01.01	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.	C						
02.12.01.01.01	La nivelul Comisiei/Echipei de gestionare a riscurilor (CGR) sunt identificate situațiile cu risc clinic și sunt propuse pentru înregistrate în Registrul riscurilor.	I						
02.12.01.02	Spitalul dezvoltă și implementează un sistem de gestionare a evenimentelor santinelă.	C						
02.12.01.02.01	Managementul evenimentelor santinelă este reglementat.	I						
02.12.01.02.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de identificare, analizare și prelucrare a evenimentelor santinelă pentru personalului medical.	I						
02.12.01.02.03	Există analiză a cazurilor generatoare a evenimentelor santinelă.	I						
02.12.01.02.04	Există o analiză a rezultatelor obținute prin aplicarea măsurilor de diminuare a riscului de repetare a evenimentelor santinelă.	I						
02.12.01.03	Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").	C						
02.12.01.03.02	La nivelul spitalului există evidența evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").	I						
02.12.01.03.03	La nivelul spitalului există analize a evenimentelor adverse și cele cu potențial de afectare a pacientului ("near miss") din punct de vedere al cauzelor generatoare (RCA).	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.6

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.01.03.04	SMC prezintă la ședințele Consiuliul medical/Comitetului director analiza anuală a evenimentelor adverse proprii și a celor identificate de alte entități, cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de monitorizare a sistemului de indentificare a pacientului.	I						
02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.	C						
02.12.02.05.06	Evenimentele adverse legate de administrarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt raportate voluntar, analizate și se iau măsuri pentru evitarea altor incidente similare.	I						
02.14.01.01	Misiunile de audit clinic intern sunt planificate anual.	C						
02.14.01.01.01	Planul anual de audit clinic are ca obiective evaluarea eficacității și eficienței protocoalelor diagnostice și terapeutice.	I						
02.14.01.01.02	Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern este reglementată.	I						
02.14.01.02	Echipa de audit clinic este parte funcțională a structurii de management al calității.	C						
02.14.01.02.01	În atribuțiile structurii de management al calității este prevăzută coordonarea activității de audit clinic.	I						
02.14.01.02.02	În componența echipelor desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic planificate fac parte un reprezentant al structurii de management al calității și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării.	I						
02.14.01.02.03	Membrii echipei de audit clinic au urmat un curs de formare în domeniul auditului clinic.	I						
02.14.01.03	În situațiile în care se produc evenimentele indezirabile, echipa de audit clinic propune conducerii spitalului misiuni suplimentare.	C						
02.14.01.03.01	Spitalul are reglementată modalitatea de identificare, analiză și raportare a evenimentelor indezirabile.	I						
02.14.01.03.02	Număr de evenimente indezirabile raportate per total pacienți internați, pe an.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.6

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.14.01.03.03	La nivelul SMC există registrul de evidență a identificării și raportării evenimentelor inddezirabile.	I						
02.14.02.01	Recomandările rezultate în urma auditului clinic sunt utilizate pentru îmbunătățirea protocoalelor de diagnostic și tratament.	C						
02.14.02.01.01	Număr de protocoale de diagnostic și tratament auditate per număr total de protocoale de diagnostic și tratament utilizate, în ultimul an calendaristic.	I						
02.14.02.01.02	Concluziile misiunilor de auditare a protocoalelor motivează dacă este necesară, sau nu, revizuirea acestora.	I						
02.14.02.01.03	Număr măsuri adoptate per număr recomandări rezultate în urma auditului clinic, în ultimul an calendaristic.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.01.01.02	Rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.	C						
01.01.01.02.02	La nivelul spitalului este definită morbiditatea migrantă și modul de estimare a acesteia.	I						
01.04.04.03	Aprovizionarea sectoarelor de activitate este corelată cu consumul.	C						
01.04.04.03.01	Există analize periodice ale necesarului de medicamente în vederea asigurării continuității serviciilor medicale.	I						
01.04.04.03.02	Există analize periodice ale necesarului de dezinfectanți și materiale sanitare în vederea asigurării continuității serviciilor medicale.	I						
01.04.04.03.03	Există analize periodice ale necesarului de reactivi în vederea asigurării continuității serviciilor medicale.	I						
01.04.04.03.04	Există analize periodice ale necesarului de medicamente utilizate în acordarea serviciilor medicale de urgență stabilite pentru nivelul de competență asumat.	I						
01.05.04.05	Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.	C						
01.05.04.05.01	Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.06.01.08	Spitalul are organizată comunicarea cu alte unități sanitare și alte structuri administrative.	C						
01.06.01.08.05	Spitalul are infrastructură funcțională necesară comunicării interprofesionale externe - telemedicină.	I						
01.06.02.01	Spitalul are implementate modele de comunicare profesională între membrii echipelor medicale.	C						
01.06.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare între membrii echipelor medicale.	I						
01.06.02.01.02	Evaluarea implementării modului de comunicare interprofesională se face periodic.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.02.02	Spitalul are stabilite și utilizează protocoale de comunicare specifică între profesioniști.	C						
01.06.02.02.01	La nivelul spitalului sunt definite situațiile medicale care necesită comunicare specifică.	I						
01.06.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.05	Există protocol de comunicare cu aparținătorii în situațiile de deces al pacientului.	I						
01.06.02.03.06	Comunicarea cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic este reglementată.	I						
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/aparținătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română.	I						
01.06.03.01.03	La nivelul spitalului este reglementat modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități internați.	I						
01.06.03.02	Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării.	C						
01.06.03.02.05	Număr reclamații cu privire la aspecte de comunicare între profesioniști înaintate consiliului etic, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
01.07.01.02	Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.	C						
01.07.01.02.03	Responsabilul cu managementul calității serviciilor este invitat permanent la ședințele Comitetului director și ale Consiliului medical.	I						
01.07.03.03	SMC monitorizează implementarea planului de acțiuni pentru asigurarea și îmbunătățirea calității serviciilor și siguranței pacienților.	C						
01.07.03.03.02	La nivelul spitalului este definit setul minim de date utilizate în analiza evenimentelor adverse asociate asistenței medicale.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.07.03.03.04	Există raportare către Consiliul Medical a complicațiilor survenite pacienților pe perioada internării.	I						
01.07.05.02	Rezultatele evaluărilor SMC sunt utilizate pentru eficientizarea activităților.	C						
01.07.05.02.02	SMC prezintă la ședințele Consiliului medical nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a protocoalelor.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.04	Există dovada instructajelor referitoare la responsabilitățile prevăzute în Planul Alb pentru personalul implicat.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.01	Deplasarea pacienților este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.09.01.06	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale.	C						
01.09.01.06.02	La nivelul spitalului modul de realizare al meniurilor zilnice este reglementat.	I						
02.01.01.01	Spitalul evaluează grupurile populaționale de pacienți cu particularități clinico-biologice pentru a identifica și satisface nevoile, patologiile specifice.	C						
02.01.01.01.01	La nivelul spitalului există analiza posibilelor cerințe speciale de îngrijire generate de particularități clinico-biologice ale populației servite.	I						
02.01.01.01.03	Există analize periodice ale resurselor necesare pentru menținerea sau îmbunătățirea gradului de competență al spitalului.	I						
02.01.01.02	Spitalul a identificat patologiile pentru care dispune de resurse.	C						
02.01.01.02.01	Spitalul are evidența anuală a cazurilor transferate pe cod de boală.	I						
02.01.01.02.02	Spitalul are evidența anuală privind cauzele de transfer în alte unități sanitare.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.01.02.03	Există raport anual al Consiliul medical privind actualizarea nivelului de competență al spitalului.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.04	La nivelul spitalului este definit setul minim de date solicitat pacienților pentru programare.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementată utilizarea paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor.	I						
02.01.02.02.04	La nivelul spitalului este definit un sistem de prioritizare a cazurilor pentru planificarea accesului la mijloacele tehnice de diagnostic și tratament.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.02	Asocierea specialităților în alcătuirea liniilor de gardă respectă prevederile legale.	I						
02.01.03.01.12	Există analiză a timpului și modalității de răspuns la situațiile interne care necesită asistență medicală de urgență.	I						
02.01.03.02	Personalul medical angajat în unitatea de primiri urgențe/compartimentul de primiri urgențe (UPU/CPU) este calificat conform prevederilor legale și este instruit periodic în special în ce privește atitudinea în urgențele cu o incidență mai scăzută.	C						
02.01.03.02.02	Spitalul are evidența urgențelor cu incidență scăzută care necesită simulare periodică pentru menținerea capacității de reacție.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.01	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor cu privire la interrelaționarea și preluarea în îngrijire a pacienților cu dizabilități sau nevoi speciale.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.04.01.07	<i>Este asigurată modalitatea de identificarea (vizuală), de către personalul medical, a pacienților internați cu dizabilități/nevoi speciale/manifestări agresive.</i>	I						
02.01.04.02	<i>Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.</i>	C						
02.01.04.02.01	<i>Există instrucțaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/apartinătorilor.</i>	I						
02.02.01.01	<i>În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.</i>	C						
02.02.01.01.01	<i>La nivelul spitalului sunt definite criteriile de evaluare inițială și preluare a pacientului în regim de ambulatoriu/spitalizare de zi/spitalizare continuă.</i>	I						
02.02.01.03	<i>Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.</i>	C						
02.02.01.03.01	<i>Spitalul are stabilite criterii de recunoaștere a rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare.</i>	I						
02.02.02.03	<i>Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.</i>	C						
02.02.02.03.02	<i>Spitalul are elaborate protocoale pentru terapia durerii.</i>	I						
02.02.02.03.03	<i>Farmacistul clinician este implicat în elaborarea protocoalelor pentru terapia durerii.</i>	I						
02.02.02.03.04	<i>La nivelul spitalului există analize semestriale a cazurilor care au necesitat management al durerii.</i>	I						
02.03.01.03	<i>Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.</i>	C						
02.03.01.03.01	<i>La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament.</i>	I						
02.03.01.04	<i>Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.</i>	C						
02.03.01.04.01	<i>Spitalul are definit setul de indicatori pentru evaluarea eficacității și eficienței utilizării protocoalelor.</i>	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.03.01.05	<i>Actualizarea protocoalelor se face când evaluările periodice ale eficacității și eficienței acestora o impun sau se schimbă bunele practici în domeniu.</i>	<i>C</i>						
02.03.01.05.01	<i>Există analize ale îmbunătățirii practicilor profesionale ca urmare a utilizării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament.</i>	<i>I</i>						
02.03.01.05.02	<i>Spitalul are constituit un grup de lucru pentru studiul ghidurilor și bunelor practici medicale aplicabile în spital.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.01	<i>Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.</i>	<i>C</i>						
02.03.02.01.01	<i>Spitalul are definite situațiile care necesită abordare multidisciplinară.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.01.02	<i>Spitalul are reglementată modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.01.04	<i>Activitatea echipei medicale care asigură serviciul de consult prin telemedicină este monitorizată.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.03	<i>A doua opinie medicală este analizată și utilizată de către spital pentru îmbunătățirea practicii medicale.</i>	<i>C</i>						
02.03.02.03.01	<i>La nivelul spitalului există o reglementare cu privire la modul în care pacientul poate solicita "a doua opinie medicală".</i>	<i>I</i>						
02.03.02.03.02	<i>La nivelul spitalului există o reglementare cu privire la modul în care specialiști externi instituției pot fi solicitați și pot exprima "a doua opinie medicală".</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05	<i>Comisia multidisciplinară oncologică decide tratamentul pacientului oncologic.</i>	<i>C</i>						
02.03.02.05.01	<i>La nivelul spitalului este reglementată modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență de a trata cazuri oncologice.</i>	<i>I</i>						
02.03.02.05.03	<i>Comisia multidisciplinară oncologică este formată, constant, din medic specialist oncolog, anatomopatolog, radioterapeut, la care participă medicul specialist de organ care a identificat cazul.</i>	<i>I</i>						

LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.03.02.05.04	Comisia multidisciplinară oncologică stabilește, în urma analizei cazului, etapele și planificarea tratamentului pacientului.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.02	Spitalul stabilește criterii de prioritizare a intervențiilor chirurgicale.	I						
02.03.03.02	Spitalul asigură condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.	C						
02.03.03.02.01	Spitalul are reglementată modalitatea de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologie.	I						
02.03.03.02.02	Spitalul are evidența unităților sanitare care furnizează servicii de recuperare/reabilitare.	I						
02.03.05.01	Spitalul stabilește datele necesare a fi culese, consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării.	C						
02.03.05.01.01	Spitalul are reglementată modalitatea de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare.	I						
02.03.05.01.02	Există analize periodice ale completării corecte și complete a datelor din documentele medicale.	I						
02.05.01.01	Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.	C						
02.05.01.01.01	La nivelul spitalului este definit setul minim de investigații pentru pacientul internat.	I						
02.05.01.01.03	Este definită lista investigațiilor de efectuat și modul de asigurare a acestora în regim de urgență.	I						
02.05.01.01.05	La nivelul spitalului sunt stabilite investigațiile care necesită aprobare prealabilă.	I						
02.05.01.02	Specialiștii din serviciile paraclinice fac parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe.	C						
02.05.01.02.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare.	I						
02.05.01.02.02	Spitalul are identificate situațiile în care medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiștilor din serviciile paraclinice.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	C						
02.05.02.01.01	La nivelul spitalului există analize periodice a neconformităților aferente activității laboratorului datorate recoltării/pregătirii pacientului pentru investigații.	I						
02.05.02.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice a neconformităților aferente activității laboratorului datorate aparaturii existente.	I						
02.05.02.01.03	La nivelul spitalului există analize periodice a neconformităților aferente activității laboratorului datorate personalului existent.	I						
02.05.02.03	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.	C						
02.05.02.03.01	La nivelul spitalului sunt stabilite indicațiile de investigații paraclinice pentru fiecare patologie sau asocieri de patologii.	I						
02.05.02.03.04	La nivelul spitalului există analize periodice ale investigațiilor respinse/eșuate ca urmare a modului deficitar de pregătire prealabilă a pacienților.	I						
02.05.02.03.05	Rata de confirmare a diagnosticelor prezumtive ca urmare a investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, cu excepția celor efectuate în regim de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.05.02.03.06	Rata de confirmare a diagnosticelor prezumtive ca urmare a investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, efectuate în urgență, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.05.02.03.07	Rata de confirmarea diagnosticelor prezumtive, care au făcut obiectul solicitărilor de investigații de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și de radiologie intervențională, este analizată semestrial de către Consiliul medical.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.05.03.01	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.	C						
02.05.03.01.04	Laboratorul are stabilite criterii de solicitare pentru "a doua opinie medicală" referitoare la rezultatele investigațiilor paraclinice.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.04	La nivelul spitalului există analiza respingerii solicitărilor de eliberare a medicației din cauza nerespectării reglementărilor de prescriere a medicației cu risc.	I						
02.09.01.02	Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației.	C						
02.09.01.02.02	Farmacistul clinician face parte din echipa de elaborare a protocoalelor terapeutice.	I						
02.09.01.02.04	La nivelul spitalului există analize periodice a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.06	La nivelul spitalului este reglementată aprovizionarea cu medicamente și materiale sanitare în situații de urgență.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.09	La nivelul spitalului este reglementată identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente.	I						
02.10.01.02	Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilit modalitățile de lucru.	C						
02.10.01.02.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian.	I						
02.10.01.02.02	La nivelul spitalului există evaluare anuală a respectării bunelor practici privind utilizarea antibioticelor.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.01.02.03	Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe, în echipă formată de medicul curant, împreună cu infecționist sau medic cu pregătire specială în antibioterapie, epidemiolog, medic specialist de medicină de laborator (microbiolog), este reglementată la nivel de spital.	I						
02.10.02.01	Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute și rezultatului antibiogrammei, după caz.	C						
02.10.02.01.01	La nivelul spitalului există protocol privind bunele practici în utilizarea antibioticelor, ținând cont de specificul antibioticorezistenței din spital, cu particularizări pentru specialitățile din structură.	I						
02.10.02.01.02	Elaborarea protocoalelor privind bunele practici în utilizarea antibioticelor este realizată împreună cu medicul infecționist.	I						
02.10.02.01.06	Antibioticoterapia este reglementată pentru situațiile în care instituirea acesteia este necesară înaintea primirii rezultatelor antibiogrammei.	I						
02.10.03.01	Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	C						
02.10.03.01.02	La nivelul spitalului sunt stabilite reguli de prescriere a antibioticelor de rezervă (pe baza existenței antibiogrammei cu rezultat relevant, cu aprobarea șefilor de secții și a directorului medical/manager).	I						
02.10.03.03	Farmacia informează periodic prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la antibioticele disponibile, precum și consumul de antibiotice realizat pe secții/compartimente cu paturi și pe medici.	C						
02.10.03.03.03	Farmacia informează lunar consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice și returul acestora, pentru fiecare secție.	I						
02.10.03.03.04	Farmacia informează lunar consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice per medic.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.04.02	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.	C						
02.10.04.02.03	La nivelul spitalului sunt analizate periodic datele de monitorizare a antibioticorezistenței în spital	I						
02.10.05.02	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.	C						
02.10.05.02.02	La nivelul spitalului există analize semestriale a consumului de antibiotice (exprimat în DDD) per medic, pe baza datelor furnizate de către farmacie.	I						
02.11.04.03	Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.04.03.01	La nivelul spitalului există o evidență a aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	I						
02.12.01.01	La nivelul fiecărui sector de activitate medicală sunt documentate, identificate și evaluate periodic riscurile clinice, parte integrantă a registrului riscurilor.	C						
02.12.01.01.02	La nivelul spitalului sunt identificate categoriile de pacienți cu risc.	I						
02.12.01.01.04	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la riscurile clinice și măsurile pentru prevenire a lor.	I						
02.12.01.03	Spitalul a elaborat și aplică o procedură de gestionare a evenimentelor adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").	C						
02.12.01.03.01	Spitalul are definit un set minim de date care permit analiza evenimentelor care afectează siguranța pacienților (evenimente santinelă, evenimente adverse și a celor cu potențial de afectare a pacientului - "near miss").	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.01.03.04	SMC prezintă la ședințele Consiliului medical/Comitetului director analiza anuală a evenimentelor adverse proprii și a celor identificate de alte entități, cu potențial de afectare a pacientului ("near miss").	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la identificarea corectă a pacienților.	I						
02.12.02.02	Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.	C						
02.12.02.02.01	La nivelul spitalului există evidența medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător.	I						
02.12.03.01	Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.	C						
02.12.03.01.01	La nivelul spitalului există stabilit un set minim de informații/date medicale, de transmis la predarea-preluarea pacientului.	I						
02.12.03.02	Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.	C						
02.12.03.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale activității de predare-preluare a pacienților.	I						
02.12.04.02	În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice.	C						
02.12.04.02.02	La nivelul Consiliului medical există analize periodice ale respectării protocoalelor chirurgicale și anestezice.	I						
02.12.05.02	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimum de expunere și delimitarea precisă a zonei.	C						
02.12.05.02.01	La nivelul Consiliului medical există analize periodice a calității imaginilor radiologice.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.	C						
02.12.05.03.05	Consiliul medical analizează și reevaluează periodic tehnicile de tratament utilizate în radioterapie pentru asigurarea creșterii gradului de radioprotecție.	I						
02.12.05.03.06	Există o analiză semestrială la nivelul Consiliului medical cu privire la rezultatele de etapă în radioterapie.	I						
02.12.07.01	Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor.	C						
02.12.07.01.01	La nivelul spitalului există evidența patologiilor generatoare de risc de cădere.	I						
02.12.07.02	Informarea și educarea pacientului/aparținătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.	C						
02.12.07.02.03	La nivelul spitalului există analize periodice ale cazurilor cu risc de cădere.	I						
02.14.02.02	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.	C						
02.14.02.02.02	Fiecare protocol de diagnostic și tratament are stabiliți indicatori de monitorizare a eficienței și eficacității.	I						
02.15.02.03	Spitalul are reglementate activitățile necesar a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.	C						
02.15.02.03.05	Spitalul are analiză anuală a cazurilor de deces.	I						
03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.01.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de obținere a consimțământului informat.	I						
03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.03.01	La nivelul spitalului există analize periodice ale vulnerabilităților identificate în procesul de obținere al consimțământului informat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.03	Situația în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate este reglementată.	I						
03.02.03.02	Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care sunt angajați ai spitalului.	C						
03.02.03.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice a cazurilor pentru care a fost solicitată "a doua opinie medicală", primită de la medici angajați ai spitalului.	I						
03.02.05.02	Spitalul asigură condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic și de cercetare.	C						
03.02.05.02.01	La nivelul spitalului este reglementată activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scopul medical, didactic și de cercetare.	I						
03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	C						
03.03.01.02.02	La nivelul spitalului există analiză anuală cu privire la modul de respectare a limitei de competență profesională a personalului.	I						
03.03.02.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.	C						
03.03.02.02.02	La nivelul spitalului sunt stabilite specialitățile și gradul profesional pentru care este permisă depășirea competențelor medicale, în limitele protocoalelor de practică.	I						
03.03.02.02.04	La nivelul spitalului există analize periodice ale situațiilor privind depășirea competențelor medicale.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.7

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATHI / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.8

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.03.01.04	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.	C						
01.03.01.04.05	Număr asistenți medicali implicați în derularea unor studii de cercetare nursing per număr total asistenți medicali, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
01.03.01.04.06	Număr studii de cercetare nursing derulate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
01.03.02.01	Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.	C						
01.03.02.01.03	Decizia de repartizare numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se emite în funcție de gradul mediu de dependență a pacienților internați.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.47	Număr grupuri sanitare care asigură acces persoanelor cu dizabilități per număr saloane.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.01	Colectarea diferențiată a deșeurilor este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.08.02.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale modului de colectare a deșeurilor.	I						
01.08.02.02.06	Transportul deșeurilor este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.02.02.07	La nivelul spitalului există personal dedicat pentru transportul deșeurilor.	I						
01.08.02.02.09	Eliminarea deșeurilor este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.04	Există dovada instructajelor periodice ale personalului care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.8

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.09.05	Curățarea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de contaminare chimică sau biologică este reglementată.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.06	Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi în spital.	I						
01.09.01.01.07	Număr paturi-cântar per număr total de paturi în spital.	I						
01.09.01.01.08	Număr saloane cu mai mult de patru paturi per număr total saloane.	I						
01.09.01.06	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale.	C						
01.09.01.06.06	La nivelul spitalului alimentația pe sondă/stomă/parenterală este reglementată.	I						
01.09.01.07	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.	C						
01.09.01.07.02	La nivelul spitalului sunt definite criteriile de monitorizare a respectării condițiilor de depozitare a alimentelor și materiilor prime necesare preparării hranei.	I						
01.09.01.07.03	La nivelul spitalului controlul calității hranei este reglementat.	I						
01.09.01.07.06	La nivelul spitalului igienizarea și dezinfecția spațiilor serviciului de bucătărie sunt reglementate.	I						
01.09.01.07.08	Serviciul de furnizare a hranei are definite meniuri și rețetare realizate în funcție de patologie și avizate de către dietetician.	I						
01.09.01.07.09	Întreg personalul serviciului de bucătărie are carnet de sănătate vizat în termen.	I						
01.09.01.07.10	Triajul personalului din serviciul de bucătărie este efectuat de persoană desemnată și consemnat la intrarea în fiecare tură.	I						
01.09.01.08	Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.	C						
01.09.01.08.05	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de servire a mesei la patul pacientului.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.8

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.09	<i>Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.09.01	<i>La nivelul spitalului sunt definiți indicatorii de monitorizare a calității spălării lejeriei și efectelor.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.09.02	<i>Gestionarea lenjeriei și efectelor pacienților și personalului este reglementată.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.09.03	<i>În cadrul reglementării cu privire la modul de gestionare a lenjeriei sunt menționate persoanele și responsabilitățile pentru monitorizarea calității spălării lejeriei și efectelor.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.09.04	<i>Efectele proprii ale pacienților sunt spalate de către spital la externarea acestora.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.09.07	<i>Manipularea, spălarea și dezinfectia lavetelor de curățenie este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.10	<i>Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.10.03	<i>La nivelul serviciului de spălătorie este definită modalitatea de procesare a lenjeriei și efectelor în funcție de proveniență.</i>	<i>I</i>						
01.09.02.03	<i>Instituția evaluează și îmbunătățește constant serviciul de spălătorie.</i>	<i>C</i>						
01.09.02.02.03	<i>La nivelul spitalului sunt definite criteriile de scoatere din uz și reînnoire a lejeriei și efectelor uzate.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.02	<i>Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.</i>	<i>C</i>						
02.01.02.02.03	<i>La nivelul spitalului este reglementată distribuția personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale.</i>	<i>I</i>						
02.01.04.01	<i>Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.</i>	<i>C</i>						
02.01.04.01.01	<i>La nivelul spitalului există planificarea instruirilor cu privire la interrelaționarea și preluarea în îngrijire a pacienților cu dizabilități sau nevoi speciale.</i>	<i>I</i>						



## LISTA DE VERIFICARE NR.8

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.01	Există instructaje specifice ale personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/apartenențelor.	I						
02.03.04.05	Necesarul de personal medical de îngrijire este stabilit în funcție de nevoia de îngrijire a pacientului.	C						
02.03.04.05.03	Număr personal medical de îngrijire existent per număr personal medical necesar estimat.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.11	Există program de igienizare și dezinfectare a mijloacelor de transport utilizate în spital.	I						
02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	C						
02.11.02.05.03	La nivelul spitalului sunt stabilite condițiile de depozitare a lenjeriei curate.	I						
02.11.03.01	Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberoneria).	C						
02.11.03.01.01	La nivelul spitalului există planificarea autocontrolului microbiologic al suprafețelor din sectorul alimentar.	I						
02.11.03.02	Respectarea regulilor de siguranță alimentului pentru prevenirea infecțiilor este evaluată.	C						
02.11.03.02.01	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului angajat în sectorul alimentar privind procedurile de curățenie și dezinfecție.	I						
02.12.01.04	Spitalul are un sistem funcțional de identificare a pacientului bazat pe cel puțin două elemente de identificare.	C						
02.12.01.04.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la identificarea corectă a pacienților.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.8

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATHI / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.9

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.85	Calitatea apei reziduale este verificată.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.06	La nivelul spitalului este reglementată igienizarea și dezinfectarea spațiilor generate de plafoanele false casetate.	I						
01.08.02.09.08	La nivelul spitalului există planificarea verificării încărcăturii microbiologice din filtrele aparaturii de ventilație și aer condiționat din toate spațiile spitalului.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.01	Personalul medical este instruit periodic cu privire la riscul de contaminare profesională.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						
02.10.01.01.02	Comitetul de prevenire a I.A.A.M. are prevăzute atribuții cu privire la supravegherea consumului de antibiotice în spital.	I						
02.10.01.01.04	La nivelul spitalului există planificarea activităților pentru supravegherea, prevenirea și limitarea IAAM.	I						
02.10.01.01.06	La nivelul spitalului există analize periodice ale antibioticorezistenței în spital.	I						
02.10.01.01.07	La nivelul spitalului este stabilită lista cu antibiotice de rezervă, în funcție de antibioticorezistența analizată.	I						
02.10.01.01.08	La nivelul spitalului există evidența antibioticelor oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibioticorezistența.	I						
02.10.01.01.09	La nivelul spitalului este stabilită lista cu antibiotice pentru antibiopprofilaxie, în funcție de antibioticorezistența analizată.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.9

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.02.01	Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute și rezultatului antibiogrammei, după caz.	C						
02.10.02.01.02	Elaborarea protocoalelor privind bunele practici în utilizarea antibioticelor este realizată împreună cu medicul infecționist.	I						
02.10.02.01.04	Număr total pacienți tratați cu antibiotice conform antibiogrammei per număr total de pacienți tratați cu antibiotice, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.10.04.02	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.	C						
02.10.04.02.01	La nivelul spitalului este stabilit modul de informare cu privire la rezultatele monitorizării epidemiologice.	I						
02.10.05.02	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.	C						
02.10.05.02.01	Înregistrările permit stabilirea trasabilității și verificarea respectării prevederilor protocoalelor, prescrierii și consumului de antibiotice pentru fiecare medic.	I						
02.11.01.01	Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.01.01	Există decizie de constituire a Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.	I						
02.11.01.01.02	Responsabil al politicii de utilizare a antibioticelor este desemnat un medic specialist boli infecțioase.	I						
02.11.01.01.03	Responsabil al politicii de utilizare a antibioticelor este desemnat un medic clinician care a absolvit un curs de perfecționare profesională în domeniu.	I						
02.11.01.01.04	La nivelul spitalului există "Harta punctelor și segmentelor de risc", cu identificarea zonelor și a practicilor medicale cu risc infecțios (riscuri structurale și funcționale).	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.9

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.01.01.06	Planul anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale este aprobat.	I						
02.11.01.02	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.02.02	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există fundamentarea nevoii de biocide și materiale necesare de prevenire a IAAM.	I						
02.11.01.02.03	Cantitățile de biocide și materiale necesare prevenirii IAAM sunt stabilite de către Comisia de biocide și materiale sanitare cu participarea SSPLIAAM/CSPLIAAM.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.01	Este înființat registrul de monitorizare a infecțiilor asociate asistenței medicale.	I						
02.11.01.03.02	La nivelul spitalului există evidența cazurilor expuse accidental la produse biologice.	I						
02.11.01.03.07	La nivelul spitalului este reglementat modul de verificare a stării de portaj pentru personal.	I						
02.11.01.03.09	Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale analizează lunar toate cazurile de IAAM cu microorganisme multirezistente.	I						
02.11.01.03.10	Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale are analiză semestrială a respectării procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a IAAM.	I						
02.11.01.03.12	Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat de spital, prevede planul de acțiune, responsabilii, indicatorii și resursele necesare îndeplinirii acestuia.	I						
02.11.01.03.13	Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat de spital, prevede instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia.	I						
02.11.01.03.14	Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat de spital, este evaluat și analizat periodic.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.9

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.01.03.15	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la abordarea pacienților care necesită asigurarea microclimatului de "zona curată".	I						
02.11.01.03.17	Număr probe sanitație mâini, cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini, recoltate din fiecare sector de lucru, pe an.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.01	La nivelul spitalului sunt reglementate condițiile de desfășurare a activității în "zonele curate".	I						
02.11.02.01.08	Ambientul sălilor de operație asigură limitarea condițiilor de dezvoltare a florei microbiene.	I						
02.11.02.01.09	La nivelul spitalului există analize periodice a rezultatelor probelor de sterilitate a apei din barbotorul pentru administrarea oxigenului.	I						
02.11.02.01.10	Controlul bacteriologic al suprafețelor și a inventarului moale este reglementat.	I						
02.11.02.01.13	Curățenia / dezinfecția spațiilor și suprafețelor din zonele funcționale de risc foarte înalt și risc funcțional înalt este reglementată.	I						
02.11.02.01.14	La nivelul spitalului este stabilită periodicitatea testelor de sanitație.	I						
02.11.02.01.15	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene identificate în testele de sanitație pozitive.	I						
02.11.02.01.16	Accesul vizitatorilor/apartenențelor în spital este reglementat în situațiile cu risc epidemiologic.	I						
02.11.02.02	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează calitatea aerului și adoptă măsuri pentru a limita apariția infecțiilor aerogene.	C						
02.11.02.02.01	La nivelul spitalului există rapoarte de monitorizare a încărcăturii microbiene aeriene din încăperi unde există riscuri de colonizare/infectare: săli de operații, săli de pansamente, săli de nașteri, saloane de prematuri etc.	I						
02.11.02.02.02	Controlul aeromicroflorei este efectuat prin metoda sedimentării Koch.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.9

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.02.02.03	Controlul aeromicroflorei este efectuat printr-o metodă volumetrică cu ajutorul aparaturii dedicate.	I						
02.11.02.02.04	Număr probe aeromicrofloră cu rezultat pozitiv per număr total probe recoltate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.02.03	Impactul lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital, asupra calității aerului și activității de prevenire și control a infecțiilor nosocomiale este gestionat.	C						
02.11.02.03.02	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există analiza rapoartelor de monitorizare a aeromicroflorei pentru perioada lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital.	I						
02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	C						
02.11.02.05.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la colectarea și manevrarea lenjeriei murdare	I						
02.11.02.05.04	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene identificate în urma operațiunilor de dezinfecție/spălare, sterilizare a lenjeriei.	I						
02.11.02.05.06	La nivelul spitalului există analize periodice ale rezultatelor autocontrolului microbiologic al lenjeriei.	I						
02.11.03.01	Activitatea sectorului alimentar al spitalului este controlată (bloc alimentar, oficiu alimentar, biberoneria).	C						
02.11.03.01.02	La nivelul sectorului alimentar se fac evaluări periodice ale personalului angajat cu privire la portajul de germeni patogeni.	I						
02.11.03.01.03	Număr probe sanitație cu rezultat pozitiv per număr total probe de sanitație recoltate de pe suprafețe din sectorul alimentar, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.03.02	Respectarea regulilor de siguranță alimentului pentru prevenirea infecțiilor este evaluată.	C						
02.11.03.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale rezultatelor autocontrolului microbiologic în sectorul alimentar.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.9

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	C						
02.11.04.01.06	SSPLIAAM/CSPLIAAM are evidența centralizată a pacienților colonizați/infectați cu microorganisme multidrogrezistente.	I						
02.11.04.01.07	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există analize ale cazurilor suspectate de IAAM.	I						
02.11.04.02	Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.	C						
02.11.04.02.06	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există analize ale cazurilor diagnosticate cu infecții de plagă.	I						
02.11.04.02.07	Număr cazuri cu infecții respiratorii după endoscopie traheobronșică per număr cazuri la care s-au efectuat endoscopii traheobronșice, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.02.08	Număr cazuri cu infecții respiratorii după protezare respiratorie per număr cazuri protezate respirator, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.02.09	Număr cazuri cu infecții ale tractului urinar după manevre invazive pe căile urinare per număr cazuri la care s-au efectuat manevre invazive, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.02.10	Număr cazuri cu infecții respiratorii nosocomiale per număr cazuri internate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.02.11	Număr cazuri cu infecții de plagă operatorie per număr cazuri operate pe semestru, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.02.12	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de Enterobacterii și bacili Gram negativi nefermentativi cu rezistență la carbapeneme per total cazuri de infecție nosocomială depistate, pe an.	I						
02.11.04.02.13	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de Enterobacterii și bacili Gram negativi producătoare de ESBL per total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.9

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.02.14	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de <i>Clostridium difficile</i> per total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.02.15	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de bacterii din specia <i>Enterococcus</i> per total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.02.16	Număr cazuri de infecție nosocomială determinate de genul <i>Candida</i> per total cazuri de infecție nosocomială depistate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.02.17	Număr cazuri cu escare per număr cazuri tratate în secție, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.02.18	Număr cazuri codificate cu codul Y95 per număr cazuri internate în secție, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.11.04.03	Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.04.03.03	La nivelul spitalului este stabilit modul de verificare a menținerii sterilității aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	I						
02.11.04.03.04	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului medico-sanitar care utilizează biocide de nivel înalt.	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.01	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM este stabilit modul de verificare a respectării regulilor de asepsie și antisepsie în spital.	I						
02.11.04.04.02	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM este planificată verificarea respectării regulilor de asepsie și antisepsie în spital.	I						
02.11.04.04.04	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM este planificată verificarea microbiologică a apei sterile pentru spălarea chirurgicală.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.9

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.04.07	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există analize periodice privind verificarea curățeniei mâinilor personalului medical, cu metode rapide de detectare a nivelului de curățenie.	I						
02.11.04.05	Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial.	C						
02.11.04.05.01	La nivelul spitalului există Metodologia de identificare și raportare a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial pentru personal.	I						
02.11.04.05.02	Personalul medico-sanitar este informat și atenționat asupra potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.01	La nivelul SSPLIAAM/CSPLIAAM există evidența purtătorilor sănătoși Staphylococcus aureus, pe secții și categorii profesionale.	I						
02.11.04.06.02	La nivelul spitalului există listă de echipamente de protecție obligatorii, în funcție de activitățile clinice și/sau paraclinice efectuate.	I						
02.11.04.06.05	Supravegherea expunerii accidentale la produse biologice (AES) este reglementată.	I						
02.11.04.06.06	Există fișe de supraveghere a accidentului cu expunere la produse biologice (AES).	I						
02.11.04.06.07	Registrul de evidență a accidentelor de expunere la produse biologice (AES) este completat la zi.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.10

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.03.01.04	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.	C						
01.03.01.04.01	În bugetul spitalului sunt prevăzute resursele financiare necesare îndeplinirii planului de formare profesională.	I						
01.04.01.01	Investițiile sunt stabilite în conformitate cu obiectivele strategice privind dezvoltarea spitalului, având în vedere satisfacerea nevoilor comunității deservite sau atragerea de noi consumatori.	C						
01.04.01.01.01	Fundamentarea planului anual de investiții conține analizele privind nevoile de îngrijire a populației căreia i se adresează și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul deservit.	I						
01.04.01.01.03	Pentru fiecare investiție din planul anual de investiții există studii de fezabilitate/rentabilitate, după caz.	I						
01.04.01.02	Spitalul asigură realizarea planului anual de investiții conform bugetului aprobat.	C						
01.04.01.02.01	Spitalul are definite potențialele surse de realizare a veniturilor proprii.	I						
01.04.01.02.02	Există analize periodice ale nivelului execuției de venituri și cheltuieli.	I						
01.04.02.01	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.	C						
01.04.02.01.01	Fundamentarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale se face pe baza consumurilor specifice raportate de șefii sectoarelor de activitate.	I						
01.04.02.01.02	Fundamentarea cheltuielilor de personal se face pe baza numărului de posturi aprobate (nu doar ocupate) la nivelul spitalului.	I						
01.04.02.01.03	La nivelul spitalului este determinat costul mediu pe diagnostic pe baza consumurilor specifice raportate de șefii sectoarelor de activitate.	I						
01.04.02.02	Spitalul analizează periodic veniturile realizate, în raport cu cheltuielile efectuate.	C						
01.04.02.02.01	Există analize periodice ale nivelului de realizare a veniturilor proprii planificate.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.10

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.04.02.02.03	Există analiză comparativă a cheltuielilor efectuate cu veniturile alocate la nivel de spital și de secții.	I						
01.08.02.06	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism.	C						
01.08.02.06.05	În bugetul spitalului sunt prevăzute alocări pentru întreținerea infrastructurii, echipamentelor și instalațiilor.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.03	În bugetul de venituri și cheltuieli este cuprins și necesarul anual de medicamente în conformitate cu Nomenclatorul de medicamente.	I						
02.11.01.02	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.02.05	În buget sunt alocate sumele necesare achiziției de biocide și materiale sanitare prevăzute în planul anual de achiziții.	I						
02.11.01.02.06	Consumul de biocide realizat per consumul planificat, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.11

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.04.04.01	Spitalul asigură evidența și monitorizarea produselor și serviciilor critice.	C						
01.04.04.01.02	Monitorizarea valabilității contractelor de furnizare a produselor și serviciilor critice este reglementată.	I						
01.04.04.02	Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor.	C						
01.04.04.02.03	La nivelul spitalului este reglementat modul de completare a stocurilor în momentul atingerii nivelului minim acceptat.	I						
01.04.04.04	Spitalul asigură aprovizionarea cu produse și servicii pentru cazuri excepționale.	C						
01.04.04.04.02	Aprovizionarea cu produse și servicii critice pentru cazuri excepționale este reglementată.	I						
01.05.05.02	Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.	C						
01.05.05.02.03	Spitalul are abonamente la publicații de profil/specialitate pe domeniile medical, economico-financiar, tehnico-administrativ.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.11	La nivelul spitalului există contracte pentru colectarea deșeurilor periculoase.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.02	Spitalul asigură, la nevoie, serviciile unui translator pentru pacienții care nu sunt vorbitori de limba română.	I						
02.01.04.01.03	Spitalul asigură, la nevoie, serviciile unui interpret mimico-gestual.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.01	Achiziția de medicamente este stabilită de către Comisia medicamentului, pe baza referatelor de necesitate ale secțiilor.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.07	Spitalul are contracte valabile, cu firme autorizate, pentru distrugerea medicamentelor expirate.	I						

LISTA DE VERIFICARE NR.11

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.01.02	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.02.04	Planul de achiziții anual cuprinde cantitățile de biocide și materialele necesare prevenirii IAAM.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.12

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.03.02.02	Nevoia de personal este estimată pentru a asigura utilizarea la capacitate optimă a resurselor tehnice existente.	C						
01.03.02.02.01	Există analize periodice ale necesarului de personal pentru utilizarea la capacitate nominală a echipamentelor și aparaturii din dotare.	I						
01.04.04.02	Spitalul realizează analiza periodică a stocurilor.	C						
01.04.04.02.01	La nivelul spitalului sunt definite valorile stocului minim acceptat pentru produsele critice.	I						
01.04.04.02.02	La nivelul spitalului există un sistem de alertă pentru stocul minim acceptat al produselor critice.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.01	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la modalitățile de de înlăturarea a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces.	I						
01.08.02.01.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la modalitățile de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș.	I						
01.08.02.01.15	Pavimentele sunt acoperite cu materiale antiderapante și antistatice, după caz, adaptat tipului de trafic.	I						
01.08.02.01.35	Ușile au sistem de confirmare a evacuării persoanelor din încăperi, în caz de necesitate.	I						
01.08.02.01.72	Sistemul de ventilare a aerului din spațiile cu temperaturi crescute, cu abur, gaze este funcțional.	I						
01.08.02.01.73	Hotele de evacuare a substanțelor toxice sunt funcționale.	I						
01.08.02.01.75	Filtre (de tip HEPA sau superior) sunt schimbate periodic.	I						
01.08.02.01.76	Ventilele și sistemele de siguranță pentru circulația gazelor și a aburului sunt funcționale.	I						
01.08.02.01.77	Sistemele de alarmare pentru circuitele de gaze și abur sunt funcționale.	I						
01.08.02.01.80	La nivelul spitalului este asigurat permanent accesul la două surse de apă pentru fiecare locație, după caz.	I						
01.08.02.01.81	Apa potabilă este verificată din punct de vedere a condițiilor de siguranță.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.12

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01.82	Rezerva de apă potabilă a spitalului asigură autonomia spitalului, conform prevederilor legale.	I						
01.08.02.01.83	Evacuarea apei pluviale se face fără a afecta spațiile, instalațiile, echipamentele spitalului și continuitatea actului medical.	I						
01.08.02.01.84	Evacuarea apei reziduale respectă reglementările legale.	I						
01.08.02.01.86	Ventile de reținere pentru circulația apei într-un singur sens sunt funcționale.	I						
01.08.02.03	Funcționarea serviciilor vitale ale spitalului este asigurată.	C						
01.08.02.03.01	Sălile de operații și zonele de risc (ex.: UPU, ATI, neonatologie, unitatea de transfuzii sanguine etc.) au sisteme funcționale alternative de generare a curentului electric.	I						
01.08.02.03.02	Există o soluție alternativă a oxigenului în caz de avarie.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.01	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților.	I						
01.08.02.05.05	Asigurarea pazei spitalului se face pe baza unui plan de pază aprobat, de către personal specializat.	I						
01.08.02.05.06	Este asigurată paza și securitatea spațiilor de depozitare a bunurilor la nivelul spitalului (echipamente, materiale etc.).	I						
01.08.02.06	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism.	C						
01.08.02.06.01	La nivelul spitalului există evidența spațiilor cu risc seismic.	I						
01.08.02.06.02	Serviciile cu echipamente și/sau substanțe care prezintă risc major la incendiu sau în caz de seism sunt amplasate în afara spațiilor medicale.	I						
01.08.02.06.03	La nivelul spitalului există analize periodice ale evaluării stării infrastructurii clădirii / clădirilor din punct de vedere seismic.	I						
01.08.02.06.04	La nivelul spitalului este planificată verificarea, repararea și înlocuirea instalațiilor și a echipamentelor.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.12

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.07	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de incendiu.	C						
01.08.02.07.02	La nivelul spitalului exista planificarea controalelor interne cu privire la respectarea normelor de prevenire si stingere a incendiilor.	I						
01.08.02.08	Spitalul implementeaza măsuri de gestionare a riscului de explozie.	C						
01.08.02.08.01	Zonele cu risc de explozie sunt identificate și marcate distinct, vizibil.	I						
01.08.02.08.03	Utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.07	La nivelul spitalului este reglementată dezinsecția și deratizarea spațiilor generate de plafoanele false casetate.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.01	La nivelul spitalului sunt identificate activitățile cu risc de accidente de muncă.	I						
01.08.02.11.03	Accesul personalului în zonele cu risc de accidente de muncă este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.02.11.07	La nivelul spitalului sunt organizate spații de odihnă și refacere pentru personal.	I						
01.08.02.13	Personalul expus la risc este instruit periodic cu privire la respectarea măsurilor de prevenire a riscurilor, specific fiecărei activități.	C						
01.08.02.13.02	Personalul este instruit cu privire la punerea în funcțiune și exploatare a aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						
01.08.02.13.03	Personalul este instruit anual în vederea verificării funcționalității aparaturii, echipamentelor, dispozitivelor medicale.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.12

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.01	Spitalul a stabilit un plan de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă.	I						
01.08.03.01.04	Sunt stabilite persoanele convocate pentru fiecare tip de situație cu risc, identificată - schema de alarmare pentru situații cu risc/urgente/catastrofe.	I						
01.08.03.01.05	Modul de anunțare al echipelor de intervenție pentru diverse situații, este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.06	Spitalul are planificată simularea/verificarea funcționalității schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural și/sau catastrofă.	I						
01.08.03.01.07	Procesul de evacuare al clădirilor în caz de nevoie este reglementat.	I						
01.08.03.01.08	La nivelul spitalului sunt stabilite situațiile care impun evacuarea.	I						
01.08.03.01.09	Modul de evacuare și relocare al pacienților este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.10	Modul de evacuare al medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.01.11	Modul de gestionare a substanțelor explozive și radioactive în caz de situații excepționale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.02	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.	C						
01.08.03.02.01	La nivelul spitalului există un inventar al serviciilor și produselor critice în caz de dezastru natural și catastrofă.	I						
01.08.03.02.02	La nivelul spitalului există spațiu (spații) amenajat(e) ca depozit(e) pentru calamități.	I						
01.08.03.02.03	La nivelul depozitului pentru calamități există rezervă de pături și pături suplimentare.	I						
01.08.03.02.04	La nivelul spitalului există lista și stocurile minime ale medicamentelor și materialelor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.12

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.03.02.05	Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.02.06	Rularea materialelor perisabile din depozitul pentru calamități este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.08.03.02.07	Sunt prevăzute soluții de rezervă pentru serviciile și produsele critice în caz de dezastre naturale și catastrofe.	I						
01.09.01.07	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.	C						
01.09.01.07.11	La nivelul spitalului există planificarea mentenanța echipamentelor din serviciul de bucătărie.	I						
02.11.02.03	Impactul lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital, asupra calității aerului și activității de prevenire și control a infecțiilor nosocomiale este gestionat.	C						
02.11.02.03.01	Planificarea lucrărilor și a modului de desfășurare a activității spitalului, pe perioada lucrărilor de demolare, construcție, renovare, întreținere instalații etc. efectuate în spital, este avizată de SSPLIAAM/CSPLIAAM.	I						
03.02.04.02	Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.	C						
03.02.04.02.02	În incinta și perimetrul spitalului este asigurată paza și protecția pacienților/aparținătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.13

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.03	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	C						
01.06.01.03.03	Caile de acces exterioare sunt semnalizate.	I						
01.06.01.03.06	Spațiile de adunare în cazuri excepționale sunt semnalizate.	I						
01.06.01.03.07	Traseele din curtea spitalului sunt marcate.	I						
01.06.01.03.09	Există semnalizări distincte, vizibile permanent pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu.	I						
01.06.01.03.10	Semnalizarea pavilioanelor permite identificarea acestora.	I						
01.06.01.03.12	La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcajele obligatorii în limba română și marcaje/inscripționări multilingvistice.	I						
01.06.01.03.14	Zonele cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis sunt semnalizate.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.01	Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.03	Există paratrasnet.	I						
01.08.02.01.04	Există sistem de semnalizare luminoasă (balize) pe clădirile înalte.	I						
01.08.02.01.05	Căile exterioare de acces în spital sunt protejate contra intemperiilor.	I						
01.08.02.01.06	Comunicarea între clădirile unui spital aflate în aceeași locație, se face cu păstrarea unui ambient constant, de confort termic.	I						
01.08.02.01.08	Circuitele de acces auto la UPU / CPU / CG sunt semnalizate pentru prevenirea accidentelor.	I						
01.08.02.01.09	Interdicția de acces al mașinilor cu GPL în garajul subteran este semnalizată conform reglementărilor legale.	I						
01.08.02.01.11	Iluminatul spațiilor exterioare de la nivelul spitalului permite deplasarea nocturnă în siguranță.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.13

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01.12	Spitalul asigură spații de parcare pentru pacienți/apartenenți semnalizate și luminate.	I						
01.08.02.01.23	Spitalul are scări de evacuare externă, accesibile permanent din interior.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.32	Căile de acces sunt prevăzute cu rampe adaptate (unghi mai mic de 25°) sau alte facilități de acces.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.02.10	Zonele de colectare și depozitare a deșeurilor sunt semnalizate.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.07	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.	I						
01.08.02.06	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism.	C						
01.08.02.06.02	Serviciile cu echipamente și/sau substanțe care prezintă risc major la incendiu sau în caz de seism sunt amplasate în afara spațiilor medicale.	I						
01.08.02.08	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie.	C						
01.08.02.08.01	Zonele cu risc de explozie sunt identificate și marcate distinct, vizibil.	I						
01.08.02.08.02	În zonele cu risc de explozie accesul este restricționat.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.13

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.03.02	La nivelul spitalului este constituită rezerva de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.	C						
01.08.03.02.02	La nivelul spitalului există spațiu (spații) amenajat(e) ca depozit(e) pentru calamități.	I						
01.08.03.02.03	La nivelul depozitului pentru calamități există rezervă de pături și pături suplimentare.	I						
01.08.03.02.04	La nivelul spitalului există lista și stocurile minime ale medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități.	I						
01.09.02.04	Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.	C						
01.09.02.04.01	Spitalul asigură spații de recreere pentru pacienți.	I						
03.02.04.02	Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.	C						
03.02.04.02.02	În incinta și perimetrul spitalului este asigurată paza și protecția pacienților/aparținătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.14

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.01	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.	C						
01.06.01.01.02	Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.	I						
01.06.01.01.03	La nivelul spitalului există birou de informații.	I						
01.06.01.03	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	C						
01.06.01.03.01	La nivelul spitalului este organizată recepția pentru informarea și orientarea pacienților/apartinătorilor pentru internare și/sau ambulatoriu.	I						
01.06.01.03.02	Spitalul are sistem funcțional de programare al solicitanților în spațiile de așteptare de la Recepție, Biroul internări, Ambulatoriu, bază de tratament, după caz.	I						
01.06.01.03.04	Caile de acces interioare sunt semnalizate.	I						
01.06.01.03.05	Căile de evacuare interioare sunt semnalizate.	I						
01.06.01.03.08	Traseele/Circuitele din interiorul spitalului sunt marcate.	I						
01.06.01.03.09	Există semnalizări distincte, vizibile permanent pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu.	I						
01.06.01.03.11	Semnalizarea camerelor, saloanelor și grupurilor sanitare permite identificarea acestora.	I						
01.06.01.03.12	La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcajele obligatorii în limba română și marcaje/inscripționări multilingvistice.	I						
01.06.01.03.13	La nivelul spitalului există marcaje/inscripționări accesibile nevăzătorilor.	I						
01.06.01.03.14	Zonele cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis sunt semnalizate.	I						
01.06.01.03.15	Programul de vizită al pacienților este afișat în zonele de acces ale vizitatorilor.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.01	Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.	I						
01.06.01.04.03	Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.14

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.04.04	Pictograma codificării vestimentare a fiecărei secții/ departament este afișată la loc vizibil.	I						
01.06.01.06	Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.	C						
01.06.01.06.01	La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind serviciile medicale și patologiiile tratate în spital.	I						
01.06.01.06.02	La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind drepturile și obligațiile pacienților și aparținătorilor.	I						
01.06.01.06.04	Informații privind condițiile de internare, respectiv externare, sunt puse la dispoziția pacienților/aparținătorilor.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.01	Regulile de comportament în spital sunt afișate vizibil în zone accesibile pacienților/aparținătorilor.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.10	Iluminatul spațiilor interioare de la nivelul spitalului permite deplasarea nocturnă în siguranță.	I						
01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare pentru pacienți/aparținători.	I						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	I						
01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei târghi sau a unui pat mobil.	I						
01.08.02.01.19	Scările au cel puțin un sistem de sprijin al mâinii.	I						
01.08.02.01.20	Scările de evacuare sunt accesibile în orice moment și permit evacuarea persoanelor.	I						
01.08.02.01.21	Scările de evacuare sunt luminate în caz de pană de curent.	I						
01.08.02.01.22	Scările au lățimea care permite evacuarea pacienților pe targă.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.14

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I						
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I						
01.08.02.01.30	Ușile de evacuare în caz de urgență se deschid numai spre exterior.	I						
01.08.02.01.31	Trecerea dintr-un spațiu în altul, la nivelul ușilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc)	I						
01.08.02.01.32	Căile de acces sunt prevăzute cu rampe adaptate (unghi mai mic de 25°) sau alte facilități de acces.	I						
01.08.02.01.33	Sistemul de deschidere al ușilor este accesibil și persoanelor cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.34	Ușile de acces la coridoare și scări au ferestre de vizualizare.	I						
01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.	I						
01.08.02.01.44	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.46	Grupurile sanitare permit accesul și utilizarea facilă pentru persoane cu dizabilități.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.04	Capacitatea și numărul lifturilor asigură volumul, tipurile și fluxurile de transport în spital.	C						
01.08.02.04.01	Programul de utilizare a lifturilor asigură desfășurarea și continuitatea activităților în spital.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.14

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.04.02	Există minim două lifturi funcționale pentru transportul cu targa.	I						
01.08.02.04.03	Butonul de alarmă și senzorul de greutate sunt funcționale în fiecare lift.	I						
01.08.02.04.04	În fiecare lift sunt afișate vizibil informațiile legate de: program de curățenie, apel de urgență la blocare, mod de utilizare, greutate maxim admisă, data ultimei verificări și data progamată pentru următoarea verificare.	I						
01.08.02.04.05	Lifturile sunt prevăzute cu sistem funcțional de ventilare.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.02	Spațiile de depozitare a bunurilor personalului și pacienților au sisteme antiefracție.	I						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.08.02.05.07	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.	I						
01.08.02.06	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscurilor la seism.	C						
01.08.02.06.02	Serviciile cu echipamente și/sau substanțe care prezintă risc major la incendiu sau în caz de seism sunt amplasate în afara spațiilor medicale.	I						
01.08.02.08	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie.	C						
01.08.02.08.01	Zonele cu risc de explozie sunt identificate și marcate distinct, vizibil.	I						
01.08.02.08.02	În zonele cu risc de explozie accesul este restricționat.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C						
01.09.01.02.02	La nivelul secțiilor și spațiilor comune există grupuri sanitare pentru vizitatori.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.14

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinsecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.01	La nivelul spitalului lifturile sunt semnalizate distinct în funcție de specificul de transport.	I						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.04	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinsecția spațiilor.	I						
01.09.01.08	Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.	C						
01.09.01.08.02	Transportul alimentelor pe secție se face cu respectarea normelor de igienă.	I						
01.09.01.08.03	Transportul alimentelor pe secție se face cu mijloace de transport dedicate, care asigură menținerea temperaturii acestora.	I						
01.09.02.04	Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.	C						
01.09.02.04.01	Spitalul asigură spații de recreere pentru pacienți.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.08	Condițiile de spațiu și circuitele pentru preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților permit accesul pacienților cu dizabilități.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.14

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.04.02.01	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului.	C						
02.11.02.01.12	Lifturile sunt igienizate/dezinfectate conform unui program stabilit la nivelul spitalului.	I						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație peste limitele admise per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.03	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I						
02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I						
03.02.04.02	Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.	C						
03.02.04.02.02	În incinta și perimetrul spitalului este asigurată paza și protecția pacienților/aparținătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.15

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.02.01.01	Spitalul a luat toate măsurile pentru obținerea și actualizarea autorizațiilor și avizelor specifice, după caz.	C						
01.02.01.01.04	La nivelul spitalului sunt nominalizați responsabili pentru obținerea autorizațiilor și avizelor specifice.	I						
01.02.01.02	Spitalul a luat toate măsurile pentru menținerea condițiilor pe baza cărora s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.	C						
01.02.01.02.01	La nivelul spitalului sunt nominalizați responsabili cu monitorizarea condițiilor pentru care s-au obținut autorizațiile și avizele specifice.	I						
01.02.03.01	Structurile funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii) sunt constituite și active.	C						
01.02.03.01.01	Există decizii de constituire a structurilor funcționale de la nivelul spitalului (comisii, comitete, consilii).	I						
01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	C						
01.03.01.01.01	Necesarul minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.03.01.01.02	Există evidența competențelor suplimentare ale personalului dobândite pe perioada angajării.	I						
01.03.01.01.04	La nivelul serviciului resurse umane există evidența noxelor și a locurilor de muncă expuse la acestea.	I						
01.03.01.02	Conducerea spitalului analizează anual structura posturilor și dispune măsuri pentru adaptarea acesteia la nevoile identificate.	C						
01.03.01.02.01	La nivelul spitalului există evidența actualizată a posturilor neocupate, pe specialități.	I						
01.03.01.02.02	La nivelul spitalului există analiza structurii posturilor în funcție de nevoia de îngrijire a pacienților.	I						
01.03.01.03	Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.	C						
01.03.01.03.02	La nivelul spitalului există plan anual de selecție și recrutare a personalului.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.15

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.03.01.03.04	La nivelul spitalului există plan anual de dezvoltare profesională a personalului.	I						
01.03.01.04	Formarea profesională continuă este realizată în baza unui plan de formare, adecvat specificului și nevoilor unității, incluzând sursele de finanțare.	C						
01.03.01.04.02	În planul anual de formare/dezvoltare profesionale sunt prevăzute participări ale membrilor structurii de management al calității și/sau a altor persoane cu atribuții în managementul calității, la programe de formare profesională specifică.	I						
01.03.01.04.03	În planul anual de formare/dezvoltare profesionale sunt prevăzute participări ale personalului de îngrijire la cursuri cu tema elaborării și implementării planului de îngrijire.	I						
01.03.01.04.04	Număr asistenți medicali care au urmat cursuri de educație medicală continuă având ca temă planul de îngrijire, efectuate anual per număr total asistenți, pentru fiecare secție.	I						
01.03.01.04.07	Număr asistenți medicali cu studii superioare per număr asistenți medicali la nivelul spitalului.	I						
01.03.02.02	Nevoia de personal este estimată pentru a asigura utilizarea la capacitate optimă a resurselor tehnice existente.	C						
01.03.02.02.02	În planul de selecție și recrutare sunt menționate posturile vacante de personal necesar pentru utilizarea la capacitate nominală a echipamentelor și aparaturii din dotarea spitalului.	I						
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.01	Există evidența la zi a valabilității autorizațiilor și avizelor profesionale ale personalului.	I						
01.03.02.03.02	Există evidența activităților de asistență medicală pentru care sunt necesare certificări suplimentare (atestare, competențe etc).	I						
01.03.02.03.03	În fișele de post ale personalului medical de îngrijire sunt prevăzute responsabilități privind întocmirea și implementarea planului de îngrijire.	I						
01.03.02.03.06	Noul angajat este evaluat la sfârșitul perioadei de probă.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.15

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.03.02.03.07	Personalul cu nivel "satisfăcător" al evaluării anuale este programat anul următor la o formă de pregătire specifică domeniului în care a fost evaluat cu deficit.	I						
01.03.03.02	Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.	C						
01.03.03.02.01	Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.03.03.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale chestionarelor de satisfacție a angajaților.	I						
01.03.03.03	Spitalul asigură respectarea cerințelor privind calitatea vieții profesionale.	C						
01.03.03.03.01	La nivelul spitalului evaluarea sănătății angajaților se face periodic în funcție de particularitățile condițiilor de muncă.	I						
01.03.03.03.02	În chestionarul de evaluare a satisfacției angajaților există întrebări despre percepția calității vieții profesionale.	I						
01.03.03.03.03	Chestionarul de satisfacție al angajaților cuprinde întrebări privind comunicarea dintre aceștia.	I						
01.03.03.03.04	La nivelul spitalului există analiza anuală a calității vieții profesionale a angajaților.	I						
01.05.01.02	Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerințele activității spitalului.	C						
01.05.01.02.01	La nivelul spitalului este nominalizat responsabilul cu sistemul informatic/administratorul de sistem.	I						
01.05.04.01	Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.	C						
01.05.04.01.05	La nivelul spitalului există persoană responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal.	I						
01.05.04.02	Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.	C						
01.05.04.02.06	Contractele individuale de muncă conțin clauză de confidențialitate asupra informațiilor.	I						
01.05.05.02	Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.	C						
01.05.05.02.02	Planul de formare/dezvoltare profesională a spitalului cuprinde instruiți privind gestionarea și managementul informațiilor.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.15

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.05	Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului.	C						
01.06.01.05.01	Spitalul are purtător de cuvânt nominalizat.	I						
01.06.01.05.03	La nivelul spitalului este nominalizată o persoană responsabilă de comunicarea cu mass-media în situații de criză.	I						
01.06.03.02	Spitalul analizează anual eficiența și eficacitatea comunicării.	C						
01.06.03.02.01	Comunicarea cu pacienții/aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului.	I						
01.06.03.02.02	Spitalul are reglementată limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul.	I						
01.06.03.02.03	Spitalul are reglementată limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media.	I						
01.07.01.02	Managementul spitalului asigură organizarea sistemului de management al calității serviciilor.	C						
01.07.01.02.01	Responsabilul cu managementul calității serviciilor are calificări în domeniul calității.	I						
01.07.02.01	Spitalul are stabilite și urmărește respectarea principiilor și valorilor calității, conform misiunii asumate.	C						
01.07.02.01.01	În Codul de conduită existent la nivelul spitalului, se regăsesc principiile și valorile calității prevăzute în Planul strategic al spitalului.	I						
01.07.02.02	Spitalul se preocupă de implementarea și dezvoltarea culturii calității în spital.	C						
01.07.02.02.01	Planul anual de formare/dezvoltare profesională conține planificarea diferențiată, pe categorii de personal, a instruirilor acestuia de către membrii SMC, cu privire la asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului.	I						
01.07.02.02.02	Planificarea instruirilor privind asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului este respectată.	I						
01.07.02.02.03	Spitalul are un program de pregătire pentru îmbunătățirea comunicării personalului spitalului cu pacienții/aparținătorii.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.15

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.07.03.02	Planul de acțiuni pentru implementarea managementului calității serviciilor și siguranței pacienților este asumat de către conducerea unității.	C						
01.07.03.02.01	Decizia managementului spitalului de implementare a managementului calității serviciilor și a siguranței pacienților este comunicată angajaților.	I						
01.07.03.04	Pe baza recomandărilor SMC spitalul ia măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului.	C						
01.07.03.04.01	La nivelul spitalului sunt nominalizați responsabili cu îndeplinirea planurilor de măsuri pentru îmbunătățirea calității.	I						
01.08.01.01	Managerii de la toate nivelurile au organizat identificarea, analiza și tratarea riscurilor.	C						
01.08.01.01.01	În planul anual de formare/dezvoltare profesională sunt programate cursuri/instruiri cu privire la managementul riscurilor.	I						
01.08.01.01.02	La nivelul spitalului există o decizie de nominalizare a responsabililor cu managementul riscurilor la nivel de spital și pe fiecare structură în parte.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.66	La bazinele de hidroterapie, pentru siguranța pacienților, există personal cu pregătire în salvare de la înec.	I						
01.08.02.01.78	La nivelul spitalului există infrastructura și personal nominalizat pentru spălarea/decontaminarea pacienților/personalului contaminat.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.05	În planul anual de formare/dezvoltare profesională sunt programate cursuri/instruiri cu privire la colectarea selectivă și în siguranță a deșeurilor.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.15

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.04	La nivelul spitalului există personal nominalizat cu preluarea/predarea, depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților.	I						
01.08.02.07	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de incendiu.	C						
01.08.02.07.01	La nivelul spitalului există persoane nominalizate cu reacția la incendiu.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.05	Există dovezi ale instructajelor periodice ale personalului care manevrează echipamente cu risc de vătămare fizică.	I						
01.08.02.12	Responsabilii cu prevenirea riscurilor tehnologice sunt nominalizați prin decizie și instruiți.	C						
01.08.02.12.01	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale responsabilului cu situații de urgență.	I						
01.08.02.12.02	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale responsabilului cu protecția muncii.	I						
01.08.02.12.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale responsabilului cu gestionarea deșeurilor.	I						
01.08.02.12.04	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale responsabilului cu radio-protecția.	I						
01.08.02.12.05	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale responsabilului cu sterilizarea.	I						
01.08.02.12.06	La nivelul spitalului există decizie de nominalizare a responsabilului/responsabililor cu contractele de mentenanță și service.	I						
01.08.02.14	La nivelul managementului spitalului sunt organizate evaluări periodice ale modului de respectare a măsurilor de prevenire a riscurilor fizice și tehnologice.	C						
01.08.02.14.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.15

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.03.01	Echipele de intervenție pentru situații de dezastre naturale sau catastrofă, desemnate la nivelul spitalului, sunt actualizate.	C						
01.08.03.01.02	Spitalul are nominalizate persoane responsabile cu intervenția în caz de dezastru natural și/sau catastrofă și înlocuitori pentru aceștia.	I						
01.08.03.01.03	Prevederile referitoare la responsabilitățile în caz de dezastru natural și/sau catastrofă sunt menționate în fișele de post.	I						
01.08.03.03	Spitalul are organizată evidența resurselor vizate de sarcini specifice la mobilizare și razboi.	C						
01.08.03.03.01	Spitalul are nominalizată persoană responsabilă cu evidența militară.	I						
01.08.03.03.02	Spitalul are nominalizată persoană responsabilă cu evidența bunurilor rechiziționabile.	I						
01.08.03.03.03	Persoanele responsabile cu evidența militară și cu evidența bunurilor rechiziționabile au atribuții specifice menționate în fișa postului.	I						
01.09.01.06	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale.	C						
01.09.01.06.05	Serviciul de dietetică este asigurat prin personal propriu sau colaborator.	I						
01.09.01.07	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.	C						
01.09.01.07.07	Spitalul are bucătar/bucătari cu atestat.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.13	Există dovada cerificării/recertificării, pentru "Suport avansat al vieții" (ALS), la fiecare 2 ani, pentru toți medicii care desfășoară activitate în spital.	I						
02.01.03.01.14	Există dovada cerificării/recertificării, pentru "Suport vital de bază" (BLS), la fiecare 2 ani, pentru toți medicii, asistenții medicali, infirmiere, personal auxiliar medical, personal nemedical, care desfășoară activitate în spital.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.15

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.03.02	Personalul medical angajat în unitatea de primiri urgențe/compartimentul de primiri urgențe (UPU/CPU) este calificat conform prevederilor legale și este instruit periodic în special în ce privește atitudinea în urgențele cu o incidență mai scăzută.	C						
02.01.03.02.01	Coordonatorul și medicii din UPU/CPU au calificări profesionale conform prevederilor legale pentru desfășurarea activității în acest sector.	I						
02.02.02.01	Spitalul se implică în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice care pot afecta procesul de îngrijire.	C						
02.02.02.01.01	Spitalul are angajat/contract de colaborare cu psiholog/psihoterapeut în vederea asigurării continuității îngrijirilor.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.01	Spitalul asigură continuitatea asistenței medicale și prin contractare externă a serviciilor specifice.	I						
02.09.01.02	Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației.	C						
02.09.01.02.01	Spitalul are angajat farmacist clinician.	I						
02.09.02.02.02	Autorizațiile de liberă practică ale personalului din farmacie sunt cu vizele la zi.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						
02.10.01.01.01	Spitalul are angajat medic epidemiolog și/sau boli infecțioase.	I						
02.12.07.05	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.	C						
02.12.07.05.04	Atribuțiile personalului implicat în activitatea de transplant organe/țesuturi/celule sunt consemnate în Fișa Postului.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.15

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
03.01.01.02	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.	C						
03.01.01.02.02	La nivelul spitalului există evaluări periodice ale personalului cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat de la pacient.	I						
03.01.01.03	Sunt aplicate măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.03.02	Personalului medical este instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului.	I						
03.01.02.01.04	La nivelul spitalului există evaluări periodice cu privire la cunoștințele și atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale.	I						
03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	C						
03.01.02.03.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor cu privire la vulnerabilitățile referitoare la respectarea confidențialității datelor pacienților.	I						
03.02.02.01	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/aparținătorilor/împuțerniciilor documentele medicale solicitate.	C						
03.02.02.01.02	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului care avizează/eliberează documentele medicale solicitate de către pacienți/aparținători/împuțerniciți.	I						
03.02.02.02	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția autorităților autorizate/altor instituții datele medicale personale ale pacientului.	C						
03.02.02.02.01	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la protecția datelor cu caracter personal.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.15

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
03.02.03.02	Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care sunt angajați ai spitalului.	C						
03.02.03.02.01	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la procedurile care asigură accesul pacientului la "a doua opinie medicală".	I						
03.02.05.01	Spitalul asigură condițiile și procedurile pentru înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.	C						
03.02.05.01.01	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.	I						
03.02.05.02	Spitalul asigură condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic și de cercetare.	C						
03.02.05.02.02	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare.	I						
03.03.01.01	Spitalul asigură pentru fiecare secție personalul medical cu competența specifică.	C						
03.03.01.01.01	Spitalul asigură necesarul de medici de specialitate în limita de competență a fiecărei secții/compartiment.	I						
03.03.01.01.02	Spitalul are reglementată modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.16

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	C						
01.03.01.01.03	Deciziile care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al angajaților în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor se iau prin consultarea cu reprezentanții angajaților.	I						
01.03.01.01.04	La nivelul serviciului resurse umane există evidența noxelor și a locurilor de muncă expuse la acestea.	I						
01.03.01.03	Conducerea spitalului asigură elaborarea și implementarea unui plan anual de selecție, recrutare și dezvoltare profesională a personalului.	C						
01.03.01.03.03	Planul anual de selecție și recrutare a personalului are avizul/acordul reprezentanților angajaților.	I						
01.03.01.03.05	Planul anual de dezvoltare profesională a personalului are avizul/acordul reprezentanților angajaților.	I						
01.03.03.01	Armonizarea relațiilor dintre diferitele niveluri ale managementului spitalului și angajați se realizează prin implicarea angajaților în luarea deciziilor cu impact asupra realizării atribuțiilor, respectând mecanismele de dialog social.	C						
01.03.03.01.01	La nivelul spitalului sunt stabilite întâlniri periodice ale conducerii cu angajații, pentru discutarea problemelor privind condițiile de muncă.	I						
01.03.03.02	Nivelul de satisfacție al angajaților este evaluat periodic.	C						
01.03.03.02.03	Reprezentanții angajaților participă la analiza chestionarelor de satisfacție a acestora.	I						
01.03.03.03	Spitalul asigură respectarea cerințelor privind calitatea vieții profesionale.	C						
01.03.03.03.04	La nivelul spitalului există analiza anuală a calității vieții profesionale a angajaților.	I						
01.03.03.03.05	Reprezentatul angajaților participă ca invitat la sedințele comitetului director de analiză a calității vieții profesionale a angajaților.	I						

**LISTA DE VERIFICARE NR.16**

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.01	La nivelul spitalului sunt identificate activitățile cu risc de accidente de muncă.	I						
01.08.02.11.02	Reprezentanții angajaților participă la analiza periodică a activităților cu risc de accidente de muncă sau a accidentelor de muncă, după caz.	I						
01.08.02.11.07	La nivelul spitalului sunt organizate spații de odihnă și refacere pentru personal.	I						

Alte observatii:



## LISTA DE VERIFICARE NR.17

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.04.01	Spitalul respectă legislația în vigoare cu privire la securitatea datelor.	C						
01.05.04.01.02	Transmiterea datelor cu caracter personal/medical ale pacienților se realizează cu păstrarea confidențialității.	I						
01.05.04.01.03	Este reglementată modalitatea prin care proprietatea datelor este asigurată în raport cu terții colaboratori.	I						
01.05.04.01.06	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora).	I						
01.05.05.01	Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital.	C						
01.05.05.01.03	Spitalul are organizat un sistem de informare a personalului cu privire la noutățile legislative.	I						
03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.01.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestuia.	I						
03.01.01.02	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.	C						
03.01.01.02.01	La nivelul spitalului sunt identificate vulnerabilitățile din procesul de obținere al consimțământului informat.	I						
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de comunicare a datelor medicale ale pacienților către terți.	I						
03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	C						
03.01.02.03.01	La nivelul spitalului sunt identificate vulnerabilitățile referitoare la respectarea confidențialității datelor pacienților.	I						
03.01.02.03.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor pacienților.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.17

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	C						
03.02.01.01.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.	I						
03.02.02.01	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/apartinătorilor/împuțerniciților documentele medicale solicitate.	C						
03.02.02.01.01	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la condițiile specifice de eliberare a documentelor medicale solicitate de către pacienți/apartinători/împuțerniciți.	I						
03.02.02.02	Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția autorităților autorizate/altor institutii datele medicale personale ale pacientului.	C						
03.02.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de transmitere a datelor medicale ale pacientului către alte instituții / autorități.	I						
03.02.03.01	Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	C						
03.02.03.01.01	Spitalul are reglementată modalitatea privind "a doua opinie medicală" în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, la solicitarea pacientului, de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	I						
03.02.03.01.02	Spitalul are reglementată modalitatea privind "a doua opinie medicală" în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate, la solicitarea pacientului, de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	I						
03.02.04.02	Spitalul protejează pacientul de intruziunile externe.	C						
03.02.04.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate.	I						
03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	C						
03.03.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.	I						

LISTA DE VERIFICARE NR.17

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATHI / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
---------	-------	-----	----	----	-----	-----------------------	-----	--

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.18

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.01.01	Sistemul informațional integrează nevoia de informații și solicitările externe (formale sau informale) din toate sectoarelor de activitate.	C						
01.05.01.01.05	Interoperabilitatea informațională permite realizarea unui „tablou de bord” care susține actul decizional.	I						
01.05.01.02	Administrarea sistemului informatic asigură adaptarea acestuia la cerințele activității spitalului.	C						
01.05.01.02.02	Responsabilul cu sistemul informatic/administratorul de sistem are definit modul de monitorizare și optimizare a sistemului informatic.	I						
01.05.01.02.03	La nivelul spitalului există contracte de mentenanță pentru componentele sistemului informatic.	I						
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.02	Spitalul are organizat un sistem unitar de înregistrare a pacienților.	I						
01.05.02.01.03	Sistemul informatic este prevăzut cu mecanisme de identificare și transmitere cu prioritate a informațiilor critice către utilizatori și alertarea acestora.	I						
01.05.02.02	Circuitele și fluxurile informaționale conțin sisteme de alertare care previn apariția erorilor decizionale.	C						
01.05.02.02.01	Nivelele de acces la informații sunt definite pentru fiecare categorie de personal.	I						
01.05.02.02.02	Raportul anual de audit cuprinde constatări privind funcționalitatea tehnologiilor informaționale.	I						
01.05.04.02	Accesul la informații, prelucrarea și protecția acestora sunt reglementate pentru fiecare categorie profesională.	C						
01.05.04.02.01	Accesul la datele din sistemul informatic este reglementat la nivelul spitalului.	I						
01.05.04.02.02	Accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului sunt reglementate.	I						
01.05.04.02.03	Înregistrările permit identificarea utilizatorului și a momentului efectuării lor.	I						
01.05.04.02.04	Fiecare utilizator al sistemului informatic poate să-și gestioneze din contul său propria parolă.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.18

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.04.02.07	Manualul de utilizare pentru aplicațiile informatice utilizate în spital, cu ultima versiune în uz, în conformitate cu aplicația utilizată este accesibil personalului spitalului.	I						
01.05.04.03	Spitalul asigură sisteme de back-up al informației.	C						
01.05.04.03.01	Aplicațiile informatice sunt prevăzute cu sisteme automate de back-up al bazelor de date.	I						
01.05.04.03.02	Terminalele sistemului informatic sunt prevăzute cu sisteme de protecție la întreruperile furnizării de energie electrică (UPS).	I						
01.05.04.05	Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.	C						
01.05.04.05.04	Protecția sistemului informatic este reglementată la nivelul spitalului.	I						
01.05.04.05.05	Sistemul informatic al spitalului are protecție antivirus actualizată.	I						
01.05.04.05.06	Mediile de stocare (serverele pe care se stochează informațiile) se află în spații securizate și protejate.	I						
01.05.05.01	Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital.	C						
01.05.05.01.01	La nivelul spitalului există portal intranet.	I						
01.05.05.01.02	La nivelul portalului intranet există bibliotecă electronică accesibilă personalului.	I						
01.05.05.01.04	Reglementările interne aprobate la nivelul spitalului sunt disponibile și accesibile fiecărui angajat.	I						
01.05.05.02	Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.	C						
01.05.05.02.01	Structura portalului intranet de la nivelul spitalului conține o secțiune distinctă, dedicată instruirii și schimbului de informații profesionale între angajați.	I						
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.01	La nivelul spitalului există evidența datelor de contact ale medicilor din teritoriu și a serviciilor medicale și conexe.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.18

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATH / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.19

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.03	<i>La nivelul spitalului există evidența centralizată a tuturor documentelor, provenite din prezentări diferite, pentru fiecare pacient.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.07	<i>Arhivarea documentelor este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.08	<i>Există un nomenclator arhivistic aprobat conform legii.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.09	<i>Nomenclatorul arhivistic are menționate și documentele rezultate din activitatea structurii de management al calității serviciilor.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.05.10	<i>La nivelul spitalului este reglementată eliberarea duplicatelor documentelor.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.06	<i>Distrugerea documentelor/înregistrărilor se realizează cu păstrarea confidențialității și securității datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.06.01	<i>Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate este reglementată la nivelul spitalului.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.06.02	<i>Pentru distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate este desemnată, de fiecare dată, o comisie de casare.</i>	<i>I</i>						
01.05.04.06.03	<i>Fiecare episod de casare a documentelor spitalului este documentat.</i>	<i>I</i>						
03.02.01.02	<i>Consiliul etic este constituit, este funcțional și are reglementată activitatea la nivelul spitalului.</i>	<i>C</i>						
03.02.01.02.03	<i>Nomenclatorul arhivistic al spitalului este actualizat cu includerea documentelor rezultate din activitatea Consiliului etic.</i>	<i>I</i>						
03.02.02.01	<i>Spitalul reglementează modalitatea prin care se pun la dispoziția pacientului/aparținătorilor/imputerniciților documentele medicale solicitate.</i>	<i>C</i>						
03.02.02.01.01	<i>La nivelul spitalului există reglementare cu privire la condițiile specifice de eliberare a documentelor medicale solicitate de către pacienți/aparținători/imputerniciți.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

Semnătură evaluator .....

Pagina 95/272

Semnătură interlocutor .....

LISTA DE VERIFICARE NR.19

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATH / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI



## LISTA DE VERIFICARE NR.20

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.03.01.01	Acordarea asistenței medicale se face conform unei planificări stabilite de către medicul curant.	C						
02.03.01.01.03	Medicul curant are acces la informațiile necesare planificării pacienților la investigații paraclinice.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.04	Pentru situațiile de urgență survenite la pacienții internați, spitalul asigură accesul la servicii paraclinice 24/7.	I						
02.05.01.01	Secțiunile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.	C						
02.05.01.01.03	Este definită lista investigațiilor de efectuat și modul de asigurare a acestora în regim de urgență.	I						
02.05.01.01.04	Laboratoarele au stabilit timpul de emisie al rezultatelor/interpretărilor investigațiilor solicitate în regim normal și de urgență.	I						
02.05.02.02	Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.	C						
02.05.02.02.02	La nivelul spitalului există un sistem funcțional de comunicare/alertare a valorilor critice și a neconformităților pentru investigațiile solicitate, între laboratoare și medicii care au solicitat investigațiile.	I						
02.05.03.01	Laboratorul stabilește soluțiile de satisfacere a nevoilor de investigații în condiții de eficiență și eficacitate.	C						
02.05.03.01.02	La nivelul spitalului există rapoarte cu privire la efectuarea controlului intern de calitate și calibrarea/recalibrarea aparaturii laboratoarelor de analize medicale (ale spitalului sau ale laboratorului contractat).	I						
02.05.03.01.03	La nivelul spitalului există rapoarte cu privire la efectuarea controlului extern de calitate pentru toate analizele medicale efectuate în laboratorul propriu sau contractate.	I						
02.05.03.01.05	Solicitarea de investigații se face utilizând formulare tipizate.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.04	La nivelul spitalului transportul probelor recoltate este reglementat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.20

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.05.03.02.06	Spitalul utilizează sistem de transmitere electronică a rezultatelor de laborator către medicul prescriptor.	I						
03.02.03.01	Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	C						
03.02.03.01.01	Spitalul are reglementată modalitatea privind "a doua opinie medicală" în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, la solicitarea pacientului, de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.21

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.03	La nivelul spitalului există stabilit modul de informare al laboratorului clinic și al secțiilor cu privire la modificările disponibilității antibioticelor.	I						
02.09.01.03.04	La nivelul spitalului există evaluări/analize cu privire la farmacovigilența și farmacoepidemiologia în spital.	I						
02.09.01.03.05	La nivelul farmaciei există analize lunare al consumului de medicamente pentru fiecare medic în parte.	I						
02.09.01.03.07	La nivelul spitalului este reglementată eliberarea medicamentelor în regim de urgență.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.06	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la depozitarea, predarea spre distrugere și casarea medicamentelor expirate.	I						
02.09.02.04	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.	C						
02.09.02.04.01	Responsabilitățile privind monitorizarea trasabilității medicamentului sunt stabilite.	I						
02.09.02.04.03	Eticheta de identificare a preparatului magistral sau a celui elaborat conține numărul de înregistrare din registrele corespunzătoare, date de identificare ale persoanei care a preparat și a celei care a ambalat medicamentul magistral sau ofical, data de preparare, termenul de valabilitate și condițiile de păstrare.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						
02.10.01.01.09	La nivelul spitalului este stabilită lista cu antibiotice pentru antibioprolaxie, în funcție de antibioticorezistența analizată.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.21

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.03.01	<i>Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.</i>	<i>C</i>						
02.10.03.01.01	<i>La nivelul spitalului există planificarea aprovizionării cu antibiotice.</i>	<i>I</i>						
02.10.03.01.03	<i>La nivelul spitalului este reglementat modul de recuperare a antibioticelor neutilizate pe secții.</i>	<i>I</i>						
02.10.03.02	<i>Farmacia verifică respectarea bunelor practici în prescrierea și utilizarea antibioticelor.</i>	<i>C</i>						
02.10.03.02.01	<i>La nivelul spitalului există reglementare cu privire la respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității unităților de antibiotice prescrise, eliberate, administrate sau returnate.</i>	<i>I</i>						
02.10.05.01	<i>Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.</i>	<i>C</i>						
02.10.05.01.02	<i>Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.02	<i>Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.</i>	<i>C</i>						
02.12.02.02.02	<i>La nivelul spitalului este reglementat modul de monitorizare a depozitării, etichetării, prescrierii și utilizării medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.03	<i>Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.</i>	<i>C</i>						
02.12.02.03.01	<i>La nivelul spitalului este reglementat modalitatea de acces și depozitare a medicamentelor psihotrope și stupefiante.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.03.02	<i>La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de prescriere, eliberare și administrare a medicamentelor psihotrope și stupefiante.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.21

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.	C						
02.12.02.05.01	La nivelul spitalului este reglementată gestionarea soluțiilor concentrate de electroliți.	I						
02.12.02.05.02	La nivelul farmaciei există un spațiu bine delimitat, semnalizat vizibil și securizat, separat de celelalte soluții perfuzabile, pentru depozitarea soluțiilor concentrate de electroliți.	I						
02.12.02.05.04	La nivelul spitalului este utilizat un sistem de etichetare a soluțiilor de electroliți pentru identificarea corectă a pacienților.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.22

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.04.02.01	Bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului este întocmit cu fundamentarea cheltuielilor.	C						
01.04.02.01.04	La nivelul secției există analize periodice comparative ale consumurilor înregistrate pe diagnostic cu cele calculate la nivelul altor secții.	I						
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.02	La nivelul secției/ambulatoriului există analize periodice ale cheltuielilor directe.	I						
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.03	Spitalul asigură condiții pentru accesul medicilor la Dosarul Electronic al Pacientului (DES).	I						
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/apartinătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.04	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.01	La nivelul secției există un număr minim de paturi destinat internării urgențelor stabilit în funcție de rata medie lunară a acestora.	I						
02.02.01.03	Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.02.01.03.02	Evidența unităților sanitare recunoscute din punct de vedere al îndeplinirii criteriilor stabilite pentru acceptarea rezultatelor investigațiilor efectuate este accesibilă personalului medical.	I						
02.02.02.03	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.	C						
02.02.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de evaluare a durerii pe bază de scoruri.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.22

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.03.01.01	Acordarea asistenței medicale se face conform unei planificări stabilite de către medicul curant.	C						
02.03.01.01.02	La nivelul spitalului există criterii de prioritizare a accesului la investigații și la intervenții terapeutice.	I						
02.03.01.02	Elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament este făcută pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienței clinice de la nivelul spitalului și în funcție de capacitatea tehnico-materială a spitalului.	C						
02.03.01.02.01	La nivelul secțiilor există evidența patologieilor tratate pentru care sunt elaborate protocoale de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.02.02	Protocoalele de diagnostic și tratament cuprind referințele bibliografice care au stat la baza elaborării lor.	I						
02.03.01.02.03	Protocoalele de diagnostic și tratament conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora.	I						
02.03.01.03	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	C						
02.03.01.03.02	La nivelul secției există analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.04	Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.	C						
02.03.01.04.02	La nivelul secției există analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	C						
02.03.02.01.03	Există medici desemnați pentru consulturile interdisciplinare.	I						
02.03.02.01.05	La nivelul spitalului există o planificare a întâlnirilor între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite.	I						
02.03.02.01.06	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de asigurare a consultului psihiatric în caz de necesitate prin serviciu propriu de psihiatrie sau psihiatru de proximitate.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.22

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.03.02.04	Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR).	C						
02.03.02.04.01	La nivelul spitalului există protocol de depistare a pacienților cu boală cronică de rinichi.	I						
02.03.02.04.02	Creatinina și clearance-ul de creatinină sunt determinări uzuale la pacienții internați.	I						
02.03.02.04.03	Examenul sumar de urină este determinare uzuală la pacienții internați.	I						
02.03.02.04.05	În protocoalele clinice este precizată obligativitatea determinării raportului albumină (proteine)/creatinină în urină proaspăt emisă sau albuminurie (proteinurie) în urina din 24 ore, la bolnavii internați cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă/transplant).	I						
02.03.02.04.06	Există procedură de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog.	I						
02.03.02.05	Comisia multidisciplinară oncologică decide tratamentul pacientului oncologic.	C						
02.03.02.05.02	Secțiile cu competență de a trata cazuri oncologice au protocoale de diagnostic și/sau tratament specifice.	I						
02.03.03.01	Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical.	C						
02.03.03.01.03	Serviciul de gardă este asigurat, pentru fiecare secție cu paturi a spitalului.	I						
02.03.03.01.04	Pentru situațiile de urgență survenite la pacienții internați, spitalul asigură accesul la servicii paraclinice 24/7.	I						
02.03.03.01.05	Personalul medical utilizează criterii de evaluare pentru identificarea nevoii de îngrijiri paliative.	I						
02.03.05.02	Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității.	C						
02.03.05.02.01	La nivelul secției există analize periodice a respectării modalității de consemnare a informațiilor privind activitatea proprie - datele primite, evoluția pacienților, recomandările de tratament/consulturi/investigații etc.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.22

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.05.01.01	<i>Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.</i>	<i>C</i>						
02.05.01.01.02	<i>Setul minim de investigații pentru pacientul internat conține creatinina și clearanceul la creatinină pentru depistarea precoce a bolii cronice de rinichi.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.02	<i>Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.</i>	<i>C</i>						
02.05.02.02.02	<i>La nivelul spitalului există un sistem funcțional de comunicare/alertare a valorilor critice și a neconformităților pentru investigațiile solicitate, între laboratoare și medicii care au solicitat investigațiile.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.03	<i>Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.</i>	<i>C</i>						
02.05.02.03.02	<i>La nivelul spitalului există protocoale pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.03.03	<i>Interpretările și imaginile investigațiilor paraclinice sunt transmise medicului prescriptor în format electronic.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01	<i>Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.</i>	<i>C</i>						
02.09.01.01.01	<i>La nivelul spitalului este stabilită medicația cu risc de administrare.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.02	<i>La nivelul spitalului sunt reglementate condițiile de prescriere/administrare a medicației cu risc.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.05	<i>La nivelul secției este planificată verificarea condicilor de medicamente pentru eliminarea erorilor de prescriere-transcriere de la nivelul secțiilor.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.06	<i>Codificarea medicației eliberate din farmacie permite identificarea pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.09.01.01.07	<i>La nivelul spitalului există reglementare cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.22

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.09.01.01.08	Înregistrarea medicației în condica pentru prescripția medicamentelor este asumată prin semnare, parafare, este datată și permite identificarea secției.	I						
02.09.01.01.10	Prescrierea medicamentelor este reglementată în limitele competenței specialităților.	I						
02.09.01.02	Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației.	C						
02.09.01.02.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor.	I						
02.09.01.02.04	La nivelul spitalului există analize periodice a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.02	Medicii curanți au acces în timp real la informații cu privire la disponibilul de medicamente în farmacie.	I						
02.09.02.04	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.	C						
02.09.02.04.04	Registrele de evidență stupefiante sunt completate la zi și securizate în farmacie și pe secțiile din spital.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						
02.10.01.01.05	La nivelul spitalului există evidența antibioticelor disponibile, pentru medicii prescriptori.	I						
02.10.01.01.07	La nivelul spitalului este stabilită lista cu antibiotice de rezervă, în funcție de antibiotezistența analizată.	I						
02.10.01.01.08	La nivelul spitalului există evidența antibiotice oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibiotezistența.	I						
02.10.01.01.09	La nivelul spitalului este stabilită lista cu antibiotice pentru antibioprolaxie, în funcție de antibiotezistența analizată.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.22

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.	C						
02.10.05.01.01	În protocolul privind buna practică de utilizare a antibioticelor există precizări referitoare la antibioticorezistența locală și specificul patologiei tratate.	I						
02.10.05.01.02	Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.	I						
02.10.05.01.03	Spitalul a stabilit intervențiile, procedurile și manevrele care necesită antibioprofilaxie.	I						
02.10.05.02	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.	C						
02.10.05.02.03	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la reducerea consumului nejustificat de antibiotice.	I						
02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	C						
02.11.04.01.02	Semnarea cazurilor posibile/probabile/confirmate cu IAAM (conform Deciziei UE 506 din 2012) către SSPILAAM/CSPLAAM este reglementată.	I						
02.11.04.01.03	La nivelul secției, prevenirea infectării pacienților imunodeprimați este reglementată.	I						
02.12.02.02	Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.	C						
02.12.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de monitorizare a depozitării, etichetării, prescrierii și utilizării medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător.	I						
02.12.02.03	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.	C						
02.12.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementat modalitatea de acces și depozitare a medicamentelor psihotrope și stupefiante.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.22

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.02.03.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de prescriere, eliberare și administrare a medicamentelor psihotrope și stupefiante.	I						
02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.	C						
02.12.02.05.03	Soluțiile de electroliți, preparate pentru fiecare pacient în parte, sunt depozitate temporar pe secțiile unde vor fi utilizate, în condiții specifice de mediu și siguranță, separat de celelalte soluții perfuzabile.	I						
02.12.02.05.04	La nivelul spitalului este utilizat un sistem de etichetare a soluțiilor de electroliți pentru identificarea corectă a pacienților.	I						
02.12.02.05.06	Evenimentele adverse legate de administrarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt raportate voluntar, analizate și se iau măsuri pentru evitarea altor incidente similare.	I						
02.12.03.01	Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.	C						
02.12.03.01.02	La predarea și preluarea pacienților sunt consemnate, într-un document medical standardizat la nivel de spital, elementele de monitorizare și intervențiile de efectuat.	I						
02.12.03.01.03	Preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă este reglementată la nivelul spitalului.	I						
02.12.03.02	Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.	C						
02.12.03.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a preluării-predării pacienților.	I						
02.12.07.01	Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor.	C						
02.12.07.01.02	La nivelul spitalului este stabilit modul de evidențiere a pacienților cu risc de cădere.	I						
02.14.02.02	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.	C						
02.14.02.02.01	La nivelul spitalului se face dovada autoevaluării periodice a respectării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.22

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.15.01.02	Spitalul îndeplinește procedurile necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor.	C						
02.15.01.02.02	Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor este reglementată.	I						
02.15.02.01	Aparținătorii sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminența/survenirea decesului.	C						
02.15.02.01.02	La nivelul spitalului este reglementată comunicarea către aparținători a degradării stării pacientului sau în caz de deces.	I						
02.15.02.02	Demnitatea pacientului aflat în stare critică/fază terminală și convingerile sale spirituale/culturale, deciziile anterioare legate de acest eveniment sunt luate în considerare.	C						
02.15.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acces al aparținătorilor la pacienții aflați în stare terminală.	I						
02.15.02.03	Spitalul are reglementate activitățile necesar a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.	C						
02.15.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de izolare a pacientului decedat până la părăsirea secției.	I						
02.15.02.03.02	Comunicarea către aparținători a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului este reglementată la nivelul spitalului.	I						
02.15.02.03.04	La nivelul spitalului este reglementat modul de identificare a pacientului decedat.	I						
03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	C						
03.02.01.01.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.	I						
03.02.03.01	Spitalul reglementează condițiile în care pacienții pot beneficia de a doua opinie medicală de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	C						
03.02.03.01.02	Spitalul are reglementată modalitatea privind "a doua opinie medicală" în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate, la solicitarea pacientului, de la medici care nu sunt angajați ai spitalului.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.22

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	C						
03.03.01.02.01	La nivelul spitalului sunt stabilite criterii pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.	I						
03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	C						
03.03.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.	I						
03.03.02.01.02	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	I						
03.03.02.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.	C						
03.03.02.02.01	La nivelul spitalului sunt definite situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale, în afara specialității.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.23

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.02	<i>Documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament sunt păstrate în spații amenajate și dotate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01	<i>Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.01.02	<i>Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.11	<i>Semnalizarea camerelor, saloanelor și grupurilor sanitare permite identificarea acestora.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.12	<i>La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcasele obligatorii în limba română și marcase/inscripționări multilingvistice.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.13	<i>La nivelul spitalului există marcase/inscripționări accesibile nevăzătorilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.14	<i>Zonele cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.15	<i>Programul de vizită al pacienților este afișat în zonele de acces ale vizitatorilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.04	<i>Pictograma codificării vestimentare a fiecărei secții/ departament este afișată la loc vizibil.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06	<i>Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.06.04	<i>Informații privind condițiile de internare, respectiv externare, sunt puse la dispoziția pacienților/apartinătorilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06.05	<i>Programul serviciului de contravizită este afișat pe secții.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.23

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.02	La nivelul spitalului există un sistem de afișare a informațiilor privind furnizorii care oferă servicii medicale de Recuperare, de Îngrijiri la Domiciliu și de Îngrijiri Paliative.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.01	Regulile de comportament în spital sunt afișate vizibil în zone accesibile pacienților/apartinătorilor.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare pentru pacienți/apartinători.	I						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	I						
01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei tărgi sau a unui pat mobil.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I						
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I						
01.08.02.01.30	Ușile de evacuare în caz de urgență se deschid numai spre exterior.	I						
01.08.02.01.31	Trecerea dintr-un spațiu în altul, la nivelul ușilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc)	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.23

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01.33	Sistemul de deschidere al ușilor este accesibil și persoanelor cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.34	Ușile de acces la coridoare și scări au ferestre de vizualizare.	I						
01.08.02.01.36	Cazarmanentul utilizat în spital este lavabil și/sau de unică folosință.	I						
01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.	I						
01.08.02.01.38	Paturile în salon sunt dispuse astfel încât să asigure accesul personalului medical și pacienților, inclusiv cu cărucior și targă.	I						
01.08.02.01.39	Paturile secțiilor sunt adaptate patologiei specifice.	I						
01.08.02.01.40	Patul de spital asigură protecția împotriva căderilor accidentale.	I						
01.08.02.01.41	Fiecare pat are asigurată lumină artificială proprie.	I						
01.08.02.01.42	Fiecare pat are noptieră care permite hrănirea la pat.	I						
01.08.02.01.43	Ferestrele au sisteme antidefenestrare.	I						
01.08.02.01.44	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.45	Saloanele au grup sanitar propriu.	I						
01.08.02.01.46	Grupurile sanitare permit accesul și utilizarea facilă pentru persoane cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.49	Toate paturile din secțiile de ATI, cardiologie, ortopedie, neurologie, recuperare au facilități de mobilizare a pacientului.	I						
01.08.02.01.50	Spitalul asigură sisteme de monitorizare individuală a pacientului, fixe sau mobile, la nivelul fiecărei secții.	I						
01.08.02.01.64	La nivelul secției sunt afișate datele de contact ale unităților cu paturi cu care spitalul are încheiat protocol de colaborare în caz de urgență.	I						
01.08.02.01.79	Există infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților.	I						
01.08.02.01.87	Există cel puțin un pat asigurat cu sursă de oxigen și de aspirație pentru fiecare secție.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.23

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.02.04	Deșeurile înșepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.06	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.02	Există condiții pentru spălarea/dezinfecția mâinilor la intrare/ieșire pentru fiecare salon.	I						
01.09.01.01.03	Există sistem de alertare funcțional și accesibil la nivelul fiecărui grup sanitar.	I						
01.09.01.01.04	Spitalul asigură un sistem de alertare individual și funcțional pentru fiecare pat.	I						
01.09.01.01.05	Spitalul asigură paturi-cântar, fără mobilizarea pacientului, pentru patologiile care necesită această evaluare.	I						
01.09.01.02	Îngrijirile sunt acordate cu respectarea dreptului la intimitate.	C						
01.09.01.02.02	La nivelul secțiilor și spațiilor comune există grupuri sanitare pentru vizitatori.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.23

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.03.03	Există brancard cu suport lateral rabatabil, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.04	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	I						
01.09.01.04.05	Fiecare secție/compartiment are ploscar funcțional, pentru fiecare unitate de îngrijire (25-30 de paturi).	I						
01.09.01.04.06	Sunt asigurate ploști/bazine autoclavabile.	I						
01.09.01.08	Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.	C						
01.09.01.08.01	La nivelul secției există circuit separat pentru transportul alimentelor.	I						
01.09.01.08.02	Transportul alimentelor pe secție se face cu respectarea normelor de igienă.	I						
01.09.01.08.03	Transportul alimentelor pe secție se face cu mijloace de transport dedicate, care asigură menținerea temperaturii acestora.	I						
01.09.01.08.05	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de servire a mesei la patul pacientului.	I						
01.09.01.08.06	Accesul în oficiu/oficiile de distribuire a hranei este restricționat.	I						
01.09.01.08.07	Programul de servire a mesei este afișat pe secții.	I						
01.09.01.08.08	Meniul zilnic este afișat pe secții.	I						
01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	C						
01.09.01.09.05	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.23

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.10	Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.	C						
01.09.01.10.01	La nivelul secției există recipiente de culori diferite pentru colectarea selectivă, în funcție de probabilitatea de infestare microbiologică (septic/aseptic), a lenjeriei și efectelor de spital.	I						
01.09.02.04	Instituția evaluează și îmbunătățește constant mediului ambiant.	C						
01.09.02.04.01	Spitalul asigură spații de recreere pentru pacienți.	I						
01.09.02.04.02	La nivelul secției, temperatura ambientală este monitorizată și consemnată, în funcție de specificul serviciului.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.03	Există trusă de urgență în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.04	Medicamentele și soluțiile perfuzabile din trusa de urgență sunt în termen de valabilitate.	I						
02.01.03.01.05	Materialele sanitare din trusa de urgență sunt sigilate și sterile.	I						
02.01.03.01.06	Există balon Ruben funcțional în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.07	Există pipă Gudel/mască laringiană funcțională în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.08	Există laringoscop funcțional și sonde IOT sterile, de diferite dimensiuni în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.10	Instalația de oxigen și vacuum este funcțională.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație peste limitele admise per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	C						
02.11.02.05.03	La nivelul spitalului sunt stabilite condițiile de depozitare a lenjeriei curate.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.23

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.03	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I						
02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.04	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						
02.12.07.02	Informarea și educarea pacientului/apartinătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.	C						
02.12.07.02.01	Spitalul avertizează pacienții/apartinătorii cu privire la riscul de cădere.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.24

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.03.02.01	Nevoia de personal medical și auxiliar în secțiile/compartimentele cu paturi este stabilită în funcție de gradul de dependență al categoriilor de pacienți îngrijiți.	C						
01.03.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități.	I						
01.03.02.01.02	La nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi se determină gradul mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități.	I						
01.06.01.01	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.	C						
01.06.01.01.05	Există un sistem funcțional de programare telefonică a internărilor.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.48	Spitalul asigură paturi cu facilități de mobilizare a pacientului pentru a acoperi nevoile de îngrijire ale acestora.	I						
01.08.02.01.88	Numărul surse de oxigen și aspirație asigurat per număr paturi per secție/compartiment.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale modului de colectare a deșeurilor.	I						
01.09.01.06	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale.	C						
01.09.01.06.03	Sunt asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacient.	I						
01.09.01.06.04	Lista de masă realizată de asistența șefă este transmisă zilnic serviciului de bucătărie/dieteticianului.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.24

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.08	<i>Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.08.04	<i>La nivelul secției există personal nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienții.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.01	<i>Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.</i>	<i>C</i>						
02.01.02.01.01	<i>La nivelul secției există evidența zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili.</i>	<i>I</i>						
02.01.02.02	<i>Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.</i>	<i>C</i>						
02.01.02.02.03	<i>La nivelul spitalului este reglementată distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale.</i>	<i>I</i>						
02.02.01.01	<i>În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.</i>	<i>C</i>						
02.02.01.01.04	<i>Igienizarea generală și, după caz, locală, a pacienților este reglementată.</i>	<i>I</i>						
02.03.04.01	<i>Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.03.04.01.04	<i>Personalul este instruit în prevenirea și/sau tratarea escarelor și trombozelor.</i>	<i>I</i>						
02.03.04.02	<i>Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical, pe baza recomandărilor medicale.</i>	<i>C</i>						
02.03.04.02.01	<i>La nivelul secției există analize semestriale ale modului de utilizare a planului de îngrijiri.</i>	<i>I</i>						
02.03.04.02.02	<i>Planul de îngrijire are mențiuni referitoare la nevoilor spirituale, religioase și culturale, ale pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.03.04.05	<i>Necesarul de personal medical de îngrijire este stabilit în funcție de nevoia de îngrijire a pacientului.</i>	<i>C</i>						
02.03.04.05.01	<i>La nivelul secției, determinarea necesarului de personal de îngrijire se face ținând cont de scorul de dependență al pacienților.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.24

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.03.04.05.02	Numărul de pacienți alocat pentru îngrijire fiecărui asistent medical se face în funcție de timpul necesar îngrijirii acestora.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.02	Spitalul utilizează sistemul de recoltare vacumat pentru toate probele sanguine.	I						
02.05.03.02.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.04	La nivelul spitalului există personal nominalizat cu monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice, monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră.	I						
02.09.02.02.08	La nivelul spitalului este stabilit circuitul medicamentelor eliberate și neutilizate.	I						
02.09.02.02.10	La nivelul spitalului este reglementată activitatea de dizolvare/diluție pentru preparatele parenterale (soluții injectabile sau perfuzabile).	I						
02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.	C						
02.10.05.01.02	Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.03	La nivelul secției este reglementat modul de dezinfecție a saloanelor în care au fost internați pacienți infectați/colonizați cu bacterii multirezistente.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.24

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.01.03.04	La nivelul secției este reglementat modul de dezinfecție a paturilor și cazarmamentului.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.11	Există program de igienizare și dezinfectare a mijloacelor de transport utilizate în spital.	I						
02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	C						
02.11.02.05.01	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului nominalizat cu manevrarea lenjeriei.	I						
02.11.02.05.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la colectarea și manevrarea lenjeriei murdare	I						
02.11.02.05.03	La nivelul spitalului sunt stabilite condițiile de depozitare a lenjeriei curate.	I						
02.11.02.05.05	Registrul de autocontrol microbiologic al lenjeriei este completat la zi.	I						
02.12.02.05	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea soluțiilor concentrate de electroliți sunt respectate.	C						
02.12.02.05.05	La nivelul spitalului există nominalizat responsabil cu monitorizarea modului de gestionare a soluțiilor cu electroliți.	I						
02.12.03.01	Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.	C						
02.12.03.01.02	La predarea și preluarea pacienților sunt consemnate, într-un document medical standardizat la nivel de spital, elementele de monitorizare și intervențiile de efectuat.	I						
02.12.03.02	Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.	C						
02.12.03.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a preluării-predării pacienților.	I						
02.12.07.01	Spitalul identifică pacienții cu risc de cădere și ia măsuri pentru prevenirea și diminuarea consecințelor.	C						
02.12.07.01.02	La nivelul spitalului este stabilit modul de evidențiere a pacienților cu risc de cădere.	I						

LISTA DE VERIFICARE NR.24

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.07.02	Informarea și educarea pacientului/aparținătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.	C						
02.12.07.02.02	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la riscul de cădere al pacienților aflați în îngrijire.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.25

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.48	Spitalul asigură paturi cu facilități de mobilizare a pacientului pentru a acoperi nevoile de îngrijire ale acestora.	I						
01.08.02.01.96	La garderoba există facilități funcționale pentru toaletă și după caz decontaminarea/deparazitarea pacientului.	I						
01.08.02.01.97	Paturile rezervate pentru pacienții nou internați au așternuturi curate, pernă și pătură.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.08	Există persoană desemnată pentru însoțirea pacientului către garderobă.	I						
01.08.02.05.09	Garderoba este asigurată împotriva accesului necontrolat.	I						
01.08.02.05.10	Există persoană care însoțește pacientul de la locul de depozitare a efectelor personale, pe secție.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.06	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.06	În zona de internare există mijloace de transport al pacienților netransportabili (carucioare, targi)	I						
01.09.01.03.07	Pe secție există mijloace de transport al pacienților netransportabili (cărucioare, targi).	I						
01.09.01.03.08	La nivelul secției există brancardier angajat pentru însoțire/transportul pacienților internați pentru efectuarea investigațiilor.	I						
01.09.01.03.09	Este desemnată persoană care însoțește pacienții pentru efectuarea investigațiilor.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.25

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.09	<i>Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.</i>	C						
01.09.01.09.08	<i>Pacientului i se poate pune la dispoziție echipament de spital - pijama.</i>	I						
01.09.01.09.09	<i>Pacientului i se poate pune la dispoziție echipament de spital - halat.</i>	I						
01.09.01.09.10	<i>Pacientului i se poate pune la dispoziție echipament de spital - papuci.</i>	I						
02.01.02.01	<i>Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.</i>	C						
02.01.02.01.06	<i>Pe secție există paturi libere rezervate pacienților nou internați.</i>	I						
02.02.01.01	<i>În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.</i>	C						
02.02.01.01.05	<i>Pacientul este înregistrat la locul unde s-a făcut evaluarea inițială și s-a decis internarea.</i>	I						
02.02.01.01.06	<i>Înregistrarea pacientului la locul internării cuprinde ora prezentării și ora deciziei de internare.</i>	I						
02.02.01.01.07	<i>Intervalul de timp (exprimat în minute) dintre momentul prezentării până în momentul internării pe secție a pacientului.</i>	I						
02.02.01.01.08	<i>În FO este consemnata evaluarea inițială care precizează, după caz și riscurile pe care le prezintă pacientul (risc de cadere, agresivitate, infecțios)</i>	I						
02.02.01.01.09	<i>În FO sunt consemnate sunt consemnate nevoile speciale ale pacienților sau, după caz, absența lor.</i>	I						
02.03.05.02	<i>Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității.</i>	C						
02.03.05.02.05	<i>În FO este consemnata ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor.</i>	I						

LISTA DE VERIFICARE NR.25

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.15.01.01	Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică.	C						
02.15.01.01.01	În planificarea asistenței medicale întocmită de medicul curant este menționat momentul estimat al externării, însoțit de mențiunea că pacientul se poate externa singur sau cu însoțitor.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.26

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.02	Număr pacienți care declară ca au fost informați cu privire la regulile de comportament în spital per număr pacienți chestionați.	I						
01.06.02.03.03	Număr pacienți care declară ca au fost informați cu privire la regulile de igienă personală în spital per număr pacienți chestionați.	I						
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/apartinătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.01	Număr de pacienți care răspund că li s-a explicat pe înțelesul lor planul terapeutic per număr de pacienți chestionați.	I						
01.07.04.03	Spitalul utilizează analiza periodică a reclamațiilor primite pentru a îmbunătăți serviciile medicale furnizate.	C						
01.07.04.03.02	Număr pacienți care declară că au fost informați cu privire la modalitatea de depunere a sugestiilor și reclamațiilor per număr pacienți chestionați.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.07	Număr pacienți care afirmă că în salon, curățenia se face cel puțin de 2 ori pe zi per număr pacienți chestionați.	I						
01.09.01.04.08	Număr pacienți care afirmă că în salon, curățenia se face de câte ori este necesar pe zi per număr pacienți chestionați.	I						
02.01.04.01	Pacientul cu dizabilități sau nevoi speciale beneficiază de condiții adecvate de preluare.	C						
02.01.04.01.04	La nivelul spitalului există posibilitatea asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului.	I						
02.03.04.04	La externare se întocmește un plan de îngrijiri care se comunică atât pacientului/apartinătorilor, cât și medicului de familie/medicului care a trimis pacientul la internare.	C						
02.03.04.04.02	Număr de pacienți care răspund că li s-a explicat pe înțeles planul de îngrijiri per număr de pacienți chestionați.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.11	Număr pacienți care afirmă că au cumpărat medicamente sau alte materiale medicale per număr pacienți chestionați.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.26

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.12.02.01	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate.	C						
02.12.02.01.04	Număr pacienți care afirmă că au fost informați despre riscurile medicației prescrise și/sau a riscurilor asocierilor de medicamente per număr de pacienți chestionați.	I						
02.12.03.01	Predarea-preluarea cazului se face aplicând o modalitate de transfer a informațiilor și responsabilităților legate de pacient, stabilită la nivel de spital.	C						
02.12.03.01.04	Număr pacienți însoțiți de la serviciul internări până în salon de către personal desemnat în acest sens per număr pacienți chestionați.	I						
02.12.03.01.05	Număr pacienți însoțiți de la serviciul internări până în salon de către aparținători per număr pacienți chestionați.	I						
02.12.03.01.06	Număr pacienți însoțiți de către personal desemnat în acest sens în deplasarea prin spital per număr pacienți chestionați.	I						
02.12.07.02	Informarea și educarea pacientului/aparținătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.	C						
02.12.07.02.01	Spitalul avertizează pacienții/aparținătorii cu privire la riscul de cădere.	I						
02.15.01.01	Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică.	C						
02.15.01.01.03	Număr pacienți care declară că au fost informați despre data estimată a externării per număr pacienți chestionați.	I						
03.01.01.02	Identificarea vulnerabilităților în procesul obținerii consimțământului informat al pacienților este o preocupare a spitalului.	C						
03.01.01.02.03	Număr de pacienți care știu un efect advers sau risc pentru medicamentele sau procedurile terapeutice administrate per număr total pacienți chestionați.	I						
03.01.01.02.04	Număr de pacienți care cunosc scopul tratamentului administrat per număr total de pacienți chestionați.	I						

LISTA DE VERIFICARE NR.26

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
03.01.01.02.05	Număr de pacienți care cunosc identitatea personalului medical implicat în tratamentul administrat per număr total pacienți chestionați.	I						
03.01.01.02.06	Număr de pacienți care își cunosc diagnosticul stabilit per număr total pacienți chestionați.	I						

Alte observatii:



## LISTA DE VERIFICARE NR.27

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.03.02.03	Personalul care desfășoară activitate în unitate este calificat și autorizat, conform legii.	C						
01.03.02.03.04	Noul angajat este informat cu privire la responsabilitățile, drepturile asociate postului, procedurile și protocoalele utilizate în desfășurarea activității sale.	I						
01.03.02.03.05	Noul angajat este îndrumat/monitorizat în perioada de probă.	I						
01.05.02.01	Circuitele și fluxurile informaționale asigură transmiterea datelor în formatul necesar și în timp util.	C						
01.05.02.01.01	Personalul spitalului are acces în timp real la datele și informațiile necesare îndeplinirii responsabilităților.	I						
01.05.05.01	Sistemul informațional asigură documentarea și informarea angajaților din spital.	C						
01.05.05.01.01	La nivelul spitalului există portal intranet.	I						
01.05.05.01.02	La nivelul portalului intranet există bibliotecă electronică accesibilă personalului.	I						
01.05.05.01.03	Spitalul are organizat un sistem de informare a personalului cu privire la noutățile legislative.	I						
01.05.05.01.04	Reglementările interne aprobate la nivelul spitalului sunt disponibile și accesibile fiecărui angajat.	I						
01.05.05.02	Sistemul informațional susține procesul de instruire și dezvoltare profesională a angajaților din spital.	C						
01.05.05.02.01	Structura portalului intranet de la nivelul spitalului conține o secțiune distinctă, dedicată instruirii și schimbului de informații profesionale între angajați.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.04	Număr de angajați care declară ca au fost informați cu privire la modalitatea de completare și depunere a chestionarelor satisfacție a angajaților per număr angajați chestionați.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.27

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.01.01	Managementul spitalului adoptă măsuri pentru constituirea structurilor implicate în prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.01.05	Număr de angajați care afirmă că le-au fost prezentate Protocoalele și procedurile de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale per număr de angajați chestionați.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.11	Spitalul aplică un program aprobat de vaccinare anti-hepatită și antigripal pentru angajații spitalului.	I						
02.11.04.05	Spitalul respectă metodologiile naționale de supraveghere a bolilor transmisibile cu potențial nosocomial.	C						
02.11.04.05.02	Personalul medico-sanitar este informat și atenționat asupra potențialului evolutiv și a riscului nosocomial al bolilor transmisibile aflate în supraveghere epidemiologică.	I						
03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.01.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de obținere a consimțământului informat.	I						
03.01.02.03	Spitalul aplică măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate cu privire la respectarea confidențialității datelor medicale.	C						
03.01.02.03.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor cu privire la vulnerabilitățile referitoare la respectarea confidențialității datelor pacienților.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.27

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
---------	-------	-----	----	----	-----	-----------------	-----	---

## LISTA DE VERIFICARE NR.28

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.03	Copia decontului de cheltuieli al pacientului este anexată la FO.	I						
01.09.01.06	Alimentația pacientului este stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei sale.	C						
01.09.01.06.01	Dieta zilnică recomandată pacientului și factorii alergeni alimentari sunt consemnați în FO.	I						
02.02.01.01	În funcție de starea inițială se decide dacă spitalul poate prelua pacientul și modalitatea de rezolvare a cazului în regim de ambulator/spitalizare de zi/spitalizare continuă.	C						
02.02.01.01.02	Evaluarea pacienților din punct de vedere al riscului infecțios individual, parte a evaluării inițiale, este consemnată în documentele medicale.	I						
02.02.01.01.03	În FO sunt consemnate particularitățile imediate de îngrijire.	I						
02.02.02.02	Traseul pacientului este stabilit în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia.	C						
02.02.02.02.02	Particularitățile psihocomportamentale și socioeconomice ale pacientului, care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale, sunt înscrise în FO.	I						
02.02.02.02.03	Planul de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice cuprinde recomandările psihologului/asistentului social.	I						
02.03.01.01	Acordarea asistenței medicale se face conform unei planificări stabilite de către medicul curant.	C						
02.03.01.01.01	Planul de management al cazului (etapele de diagnostic și tratament) este consemnat în FO.	I						
02.03.02.02	Consulturile interdisciplinare sunt fundamentate și consemnate în foaia de observație (FO).	C						
02.03.02.02.01	Fundamentarea medicală a consultului interdisciplinar este consemnată în FO.	I						
02.03.02.02.02	Există consemnat în FO ora solicitării și ora efectuării consultului interdisciplinar.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.28

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.03.02.04	Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR).	C						
02.03.02.04.07	Scrisorile medicale pentru pacienții externați cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată conțin indicații de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (RFG).	I						
02.03.02.04.08	Numărul FO cu sumar de urină consemnat per numărul FO verificate.	I						
02.03.02.04.09	Numărul FO cu creatinina serică determinată per numărul FO verificate.	I						
02.03.02.04.10	Numărul pacienților cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă/transplant) care au consemnat în FO raportul albumină (proteine)/creatinină în urină per număr FO verificate.	I						
02.03.04.01	Personalul medical asigură îngrijirea completă și personalizată a pacientului.	C						
02.03.04.01.02	În planul de îngrijire este înregistrat scorul de dependență specific cazului îngrijit.	I						
02.03.04.01.03	Planul de îngrijire al pacientului are precizate sarcinile specifice fiecărei persoane în funcție de competență.	I						
02.03.04.02	Planul de îngrijire individualizat este întocmit de către asistentul medical, pe baza recomandărilor medicale.	C						
02.03.04.02.02	Planul de îngrijire are mențiuni referitoare la nevoile spirituale, religioase și culturale, ale pacientului.	I						
02.03.04.03	Planul de îngrijire este adaptat în funcție de evoluția pacientului.	C						
02.03.04.03.01	Evoluția pacienților este consemnată în planul de îngrijire.	I						
02.03.04.03.02	Ora la care se administrează efectiv tratamentul medicamentos este consemnată în planul de îngrijiri.	I						
02.03.04.04	La externare se întocmește un plan de îngrijiri care se comunică atât pacientului/aparținătorilor, cât și medicului de familie/medicului care a trimis pacientul la internare.	C						
02.03.04.04.01	Documentele de externare conțin descrierea planului de îngrijiri aplicat pe parcursul internării și recomandări pentru asigurarea continuității îngrijirilor.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.28

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.03.05.02	Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității.	C						
02.03.05.02.02	Ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate în documentele medicale ale pacientului.	I						
02.03.05.02.03	În FO este consemnată fundamentarea medicală a recomandărilor de investigații.	I						
02.03.05.02.04	Înregistrările din FO/planul de îngrijiri/documente medicale sunt scrise lizibil.	I						
02.05.02.02	Intervalele de referință ale rezultatelor examinărilor, valorile de alertă și valorile critice stabilite sunt comunicate odată cu transmiterea rezultatelor.	C						
02.05.02.02.01	Pe buletinul de rezultat al investigațiilor sunt precizate intervalele de referință, valorile de alertă și valorile critice pentru fiecare rezultat al investigațiilor.	I						
02.10.02.01	Prescrierea antibioticelor se face conform ghidurilor de antibioterapie recunoscute și rezultatului antibiogrammei, după caz.	C						
02.10.02.01.03	Tratamentul antibacterian este susținut de rezultatele examenelor microbiologice (identificarea microscopică a bacteriei, cultura bacteriană și antibiograma, după caz).	I						
02.10.02.01.05	Număr FO în care este consemnată antibiograma per număr de foi în care este consemnată administrarea antibioticoterapiei din FO verificate.	I						
02.10.02.02	Durata prescrierii se stabilește în funcție de evoluție și este documentată.	C						
02.10.02.02.01	Durata estimată a antibioterapiei este înscrisă în FO.	I						
02.10.02.02.02	Evaluarea reacției la 24 și 72 de ore la antibioterapie este înscrisă în FO.	I						
02.10.02.02.03	Prelungirea tratamentului cu antibiotice peste 7 zile este justificată în FO și avizată de șeful de secție.	I						
02.10.02.03	Înregistrările prescrierii unui antibiotic permit trasabilitatea utilizării acestuia.	C						
02.10.02.03.01	Data prescrierii și numele medicului prescriptor sunt înregistrate în FO.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.28

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.02.03.02	Prescrierea asocierii de antibiotice sau schimbarea tratamentului este justificată și semnată de medicul prescriptor.	I						
02.10.03.01	Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	C						
02.10.03.01.04	Ora eliberării antibioticelor din farmacie este stabilită pentru a asigura respectarea ritmului de administrare și este consemnată în documentele farmaciei și în FO.	I						
02.10.03.01.05	Ora administrării antibioticelor respectă recomandările de administrare specific fiecărui antibiotic și este consemnată în documentele medicale.	I						
02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	C						
02.11.04.01.04	Infecțiile de plagă operatorie sunt identificate și consemnate în FO de către medicul curant/chirurg operator.	I						
02.11.04.01.05	Riscul infecțios asociat manevrelor invazive este menționat în consimțământul informat al pacientului.	I						
02.11.04.02	Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.	C						
02.11.04.02.01	Există chestionar completat pentru fiecare pacient referitor la internările recente și/sau tratamentele cu antimicrobiene, pentru identificarea probabilității de fi colonizat/infectat cu microorganisme multidrogrezistente.	I						
02.11.04.02.02	În FO/documente medicale este consemnat statusul de purtător sănătos/colonizat/infectat cu germeni cu risc epidemiologic (microorganisme multidrogrezistente) în momentul transferului pacientului dintr-o secție în alta sau în altă unitate sanitară.	I						
02.11.04.02.03	Riscul epidemiologic al pacienților este consemnat în FO/documentele medicale de către medicul specialist epidemiolog sau infecționist, după caz.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.28

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.02.04	Medicul epidemiolog consemnează în FO recomandările privind măsurile de limitare a riscului infecțios în cazul pacienților colonizați/infecțați cu microorganisme multidrogrezistente.	I						
02.12.01.01.03	Identificarea pacienților cu risc crescut este realizată și consemnată în documentele medicale, la consultul inițial.	I						
02.12.02.01	Înregistrarea și comunicarea informațiilor legate de medicația pacientului contribuie la evitarea asocierilor incompatibile sau nerecomandate.	C						
02.12.02.01.01	Consemnarea medicației în FO/documente medicale este făcută lizibil de către medicul prescriptor și cuprinde mențiuni privind numele produselor, doza, modul, frecvența de administrare și după caz, precauțiile privind administrarea soluțiilor concentrate de electroliți și ritmul de administrare.	I						
02.12.02.01.02	În FO/documente medicale este consemnată medicația pacientului, indiferent de proveniența acesteia.	I						
02.12.02.01.03	În FO este consemnată medicația recomandată, în urma consulturilor interdisciplinare.	I						
02.15.01.01	Estimarea momentului externării se face la internarea pacientului și se actualizează în funcție de evoluția clinică.	C						
02.15.01.01.01	În planificarea asistenței medicale întocmită de medicul curant este menționat momentul estimat al externării, însoțit de mențiunea că pacientul se poate externa singur sau cu însoțitor.	I						
02.15.01.01.02	Modificările privind momentul estimat al externării sunt motivate și consemnate în FO.	I						
02.15.01.02	Spitalul îndeplinește procedurile necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor.	C						
02.15.01.02.01	În FO există semnătura pacientului/aparținătorului care confirmă primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.	I						
02.15.02.01	Aparținătorii sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminența/survenirea decesului.	C						
02.15.02.01.01	Datele de contact ale aparținătorilor sunt menționate în FO.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.28

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.15.02.02	Demnitatea pacientului aflat în stare critică/fază terminală și convingerile sale spirituale/culturale, deciziile anterioare legate de acest eveniment sunt luate în considerare.	C						
02.15.02.02.01	Necesitatea instituirii tratamentului paliativ, după caz, este consemnată în FO.	I						
03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.01.05	În FO este atașat consimțământul informat al pacientului cu privire la investigațiile și tratamentele recomandate.	I						
03.01.02.01	Spitalul utilizează proceduri unitare privind asigurarea confidențialității și verifică respectarea acestora de către personalul medical.	C						
03.01.02.01.02	Decizia pacienților, referitoare la accesul familiei/apartinătorilor la datele lor medicale este consemnată în documentele medicale.	I						
03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	C						
03.02.01.01.03	Echipa medicală consemnează în FO/documentele medicale decizia de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului.	I						
03.02.04.01	Spitalul reglementează modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți.	C						
03.02.04.01.03	Acordul pacientului/apartinătorilor pentru accesul mass-media la acesta și/sau la informațiile sale este consemnat în FO/documentele medicale.	I						
03.02.05.01	Spitalul asigură condițiile și procedurile pentru înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale.	C						
03.02.05.01.02	Înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, este motivată în FO.	I						
03.02.05.01.03	Înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, este pastrată, în original, atașată la FO.	I						

**LISTA DE VERIFICARE NR.28**

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
03.02.05.02	<i>Spitalul asigură condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, în scop medical, didactic și de cercetare.</i>	<i>C</i>						
03.02.05.02.03	<i>Există consimțământul informat al pacientului/aparținătorilor, după caz, cu privire la înregistrarea audio/foto/video în scop medical, didactic și de cercetare.</i>	<i>I</i>						
03.03.02.02	<i>Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.</i>	<i>C</i>						
03.03.02.02.03	<i>Situațiile privind depășirea competențelor medicale sunt consemnate în FO/documentele medicale.</i>	<i>I</i>						

Alte observatii:

--

## LISTA DE VERIFICARE NR.29

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.03	Există trusă de urgență în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.04	Medicamentele și soluțiile perfuzabile din trusa de urgență sunt în termen de valabilitate.	I						
02.01.03.01.05	Materialele sanitare din trusa de urgență sunt sigilate și sterile.	I						
02.01.03.01.06	Există balon Ruben funcțional în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.07	Există pipă Gudel/mască laringiană funcțională în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.08	Există laringoscop funcțional și sonde IOT sterile, de diferite dimensiuni în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.11	Timpul de răspuns între momentul semnalării urgenței și momentul în care prima persoană la locul urgenței în cadrul simulării urgenței în spital efectuată de evaluatori.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.30

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.01.04.01	Cercetarea științifică vizează obiectivele de dezvoltare a spitalului.	C						
01.01.04.01.02	Există parteneriate naționale și/sau internaționale pentru realizarea cercetării științifice.	I						
01.01.04.02	Inovația adusă prin cercetare îmbunătățește calitatea și performanța actului medical.	C						
01.01.04.02.02	Temele de cercetare sunt corelate cu obiectivele strategice ale spitalului.	I						
01.01.04.03	Institutul medical coordonează activitatea de inovare/cercetare a spitalelor cu activitate în domeniu.	C						
01.01.04.03.01	Institutul medical are stabilite activitățile de cercetare în domeniul managementului bolilor cu incidență crescută și impact semnificativ asupra sănătății populației.	I						
01.01.04.03.02	Institutul medical are stabilite activitățile de cercetare cu privire la tehnici terapeutice, în vederea reducerii expunerii pacientului la riscuri.	I						
01.01.04.03.03	Institutul medical are evidența activităților de cercetare desfășurate în spitalele cu activitate asemănătoare din vecinătate.	I						
03.01.01.01	Spitalul reglementează obținerea consimțământului informat.	C						
03.01.01.01.04	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de implicare a pacientului în procesul de învățământ medical.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.31

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.03	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	C						
01.06.01.03.14	Zonele cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis sunt semnalizate.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.03	Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I						
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.	I						
01.08.02.01.44	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.76	Ventilele și sistemele de siguranță pentru circulația gazelor și a aburului sunt funcționale.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.31

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.08	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de explozie.	C						
01.08.02.08.01	Zonele cu risc de explozie sunt identificate și marcate distinct, vizibil.	I						
01.08.02.08.02	În zonele cu risc de explozie accesul este restricționat.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.07	Instituția asigură calitativ și cantitativ hrana pentru pacienți, aparținători și personal medical, în condiții de siguranță a alimentului.	C						
01.09.01.07.01	Termenul de valabilitate al alimentelor utilizate este respectat.	I						
01.09.01.07.04	Personalul din serviciul de bucătărie utilizează echipament de protecție.	I						
01.09.01.07.05	Serviciul de bucătărie are spații amenajate și dotate pentru personalul propriu.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație peste limitele admise per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.03	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I						
02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I						

Alte observații:

Semnătură evaluator .....

Pagina 142/272

Semnătură interlocutor .....

LISTA DE VERIFICARE NR.31

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATHI / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.32

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.03	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	C						
01.06.01.03.14	Zonele cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis sunt semnalizate.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.03	Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I						
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.	I						
01.08.02.01.44	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.76	Ventilele și sistemele de siguranță pentru circulația gazelor și a aburului sunt funcționale.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.32

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	C						
01.09.01.09.06	În serviciul de spălătorie sunt asigurate și respectate circuite separate pentru lenjerie și efecte curate și murdare.	I						
01.09.01.10	Instituția asigură circuitul lenjeriei cu respectarea regulilor de igienă.	C						
01.09.01.10.02	Serviciul de spălătorie este dotat cu utilaje care permit detectarea automată a încărcăturii microbiene.	I						
01.09.01.10.04	Pentru diferențierea lenjeriei curate de cea utilizată se folosește un cod de culori.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație peste limitele admise per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.02.05	SSPLIAAM/CSPLIAAM monitorizează circuitul lenjeriei.	C						
02.11.02.05.03	La nivelul spitalului sunt stabilite condițiile de depozitare a lenjeriei curate.	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.03	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I						
02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.32

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATHI / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.33

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/apartinătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.04	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.89	Sistemul de backup gaze medicinale este asigurat în toate locațiile în care acestea sunt necesare.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.01	Evidența centralizată zilnică a paturilor libere din secții este comunicată UPU/CPU/camerei de gardă.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.15	La nivelul spitalului există stabilită lista medicamentelor necesare pentru serviciile medicale de urgență, conform nivelului de competență asumat de spital.	I						
02.01.03.02	Personalul medical angajat în unitatea de primiri urgențe/compartimentul de primiri urgențe (UPU/CPU) este calificat conform prevederilor legale și este instruit periodic în special în ce privește atitudinea în urgențele cu o incidență mai scăzută.	C						
02.01.03.02.03	Există planificarea instruirilor personalului care își desfășoară activitatea în UPU/CPU pentru urgențele cu incidență scăzută.	I						
02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.	C						
02.01.03.03.01	Triajul urgențelor în UPU/CPU/camera de gardă este reglementat și efectuat utilizând un scor pentru prioritizarea accesului pacienților la diagnostic și aplicarea tratamentului în urgență.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.33

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.03.03.02	Personalul desemnat pentru triajul urgențelor în UPU/CPU/camera de gardă este instruit și evaluat periodic.	I						
02.01.03.03.03	La nivelul spitalului este reglementat modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile.	I						
02.01.03.03.05	Timpul de prezentare la solicitare a medicilor specialiști de pe secții, în UPU/CPU/CG este analizat de către Consiliu medical.	I						
02.01.03.03.06	La nivelul UPU/CPU/camerei de gardă există evidența actualizată a numărului și locației unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile.	I						
02.01.03.03.07	Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.	I						
02.01.03.03.08	La nivelul spitalului există analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.	I						
02.01.03.03.09	Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.	I						
02.01.03.03.10	La nivelul spitalului există analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.	I						
02.01.03.03.11	Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.	I						
02.01.03.03.12	La nivelul spitalului există analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.	I						
02.01.03.03.13	Există personal desemnat în UPU/CPU/camera de gardă pentru spălarea, decontaminarea pacienților / personalului contaminat.	I						
02.01.03.03.14	Colaborarea dintre UPU /CPU/camera de gardă și serviciile de urgență prespitalicești este reglementată.	I						
02.01.03.03.15	Numărul de prezentări la UPU/CPU/cameră de gardă per număr de medici UPU/CPU/cameră de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.33

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.03.03.16	Număr internări de urgență per număr total internări, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.17	Număr internări per număr total prezentări în UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.18	Număr pacienți internați prin UPU/CPU/camera de gardă în perioada Luni-Joi inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.19	Număr pacienți internați UPU/CPU/camera de gardă în perioada Vineri-Duminică, inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.20	Număr pacienți internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.21	Număr pacienți consultați interdisciplinar la internare per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.22	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.	I						
02.01.03.03.23	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.	I						
02.01.03.03.24	Număr pacienți internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.25	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.	I						
02.01.03.03.26	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.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.33

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.03.03.27	Număr pacienți internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
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.	I						
02.01.03.03.29	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.	I						
02.01.03.03.30	Număr pacienți internați în urgență ca urmare a acutizării unei patologii cronice per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.31	Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.32	Număr pacienți transportați de SMURD la spital per total prezentări la UPU/CPU, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.33	Număr pacienți transportați de Ambulanțe private la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.02.01.02	Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.	C						
02.02.01.02.01	Există evidența patologieilor și a potențialelor nevoi speciale ale pacienților care depășesc nivelul de competență al spitalului.	I						
02.02.02.03	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.	C						
02.02.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de evaluare a durerii pe bază de scoruri.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.33

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.03.01.02	Elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament este făcută pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienței clinice de la nivelul spitalului și în funcție de capacitatea tehnico-materială a spitalului.	C						
02.03.01.02.01	La nivelul secțiilor există evidența patologiilor tratate pentru care sunt elaborate protocoale de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.03	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	C						
02.03.01.03.02	La nivelul secției există analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.04	Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.	C						
02.03.01.04.02	La nivelul secției există analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	C						
02.03.02.01.06	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de asigurare a consultului psihiatric în caz de necesitate prin serviciu propriu de psihiatrie sau psihiatru de proximitate.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.02	Spitalul utilizează sistemul de recoltare vacuumat pentru toate probele sanguine.	I						
02.05.03.02.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.	I						
02.05.03.02.06	Spitalul utilizează sistem de transmitere electronică a rezultatelor de laborator către medicul prescriptor.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.01	La nivelul spitalului este stabilită medicația cu risc de administrare.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.33

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.09.01.01.02	La nivelul spitalului sunt reglementate condițiile de prescriere/administrare a medicației cu risc.	I						
02.09.01.01.10	Prescrierea medicamentelor este reglementată în limitele competenței specialităților.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.02	Medicii curanți au acces în timp real la informații cu privire la disponibilul de medicamente în farmacie.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.12	Există monitorizare a termenelor de valabilitate a medicamentelor utilizate în acordarea serviciilor medicale de urgență stabilite pentru nivelul de competență asumat.	I						
02.09.02.04	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.	C						
02.09.02.04.04	Registrele de evidență stupefiante sunt completate la zi și securizate în farmacie și pe secțiile din spital.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						
02.10.01.01.05	La nivelul spitalului există evidența antibioticelor disponibile, pentru medicii prescriptori.	I						
02.10.01.01.07	La nivelul spitalului este stabilită lista cu antibiotice de rezervă, în funcție de antibioretrezistența analizată.	I						
02.10.01.01.08	La nivelul spitalului există evidența antibiotice oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibioretrezistența.	I						
02.10.01.01.09	La nivelul spitalului este stabilită lista cu antibiotice pentru antibioprolaxie, în funcție de antibioretrezistența analizată.	I						
02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.	C						
02.10.05.01.01	În protocolul privind buna practică de utilizare a antibioticelor există precizări referitoare la antibioretrezistența locală și specificul patologiei tratate.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.33

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.05.01.02	Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.	I						
02.10.05.02	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.	C						
02.10.05.02.03	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la reducerea consumului nejustificat de antibiotice.	I						
02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	C						
02.11.04.01.02	Semnarea cazurilor posibile/probabile/confirmate cu IAAM (conform Deciziei UE 506 din 2012) către SSPILAAM/CSPLIAAM este reglementată.	I						
02.12.02.02	Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.	C						
02.12.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de monitorizare a depozitării, etichetării, prescrierii și utilizării medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător.	I						
02.12.02.03	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.	C						
02.12.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementat modalitatea de acces și depozitare a medicamentelor psihotrope și stupefiante.	I						
02.12.02.03.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de prescriere, eliberare și administrare a medicamentelor psihotrope și stupefiante.	I						
02.12.03.02	Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.	C						
02.12.03.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a preluării-predării pacienților.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.33

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.14.02.02	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.	C						
02.14.02.02.01	La nivelul spitalului se face dovada autoevaluării periodice a respectării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament.	I						
02.15.02.01	Aparținătorii sunt alertați în caz de degradare a stării pacientului, inclusiv de iminența/survenirea decesului.	C						
02.15.02.01.02	La nivelul spitalului este reglementată comunicarea către aparținători a degradării stării pacientului sau în caz de deces.	I						
02.15.02.02	Demnitatea pacientului aflat în stare critică/fază terminală și convingerile sale spirituale/culturale, deciziile anterioare legate de acest eveniment sunt luate în considerare.	C						
02.15.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acces al aparținătorilor la pacienții aflați în stare terminală.	I						
02.15.02.03	Spitalul are reglementate activitățile necesar a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.	C						
02.15.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementat modul de izolare a pacientului decedat până la părăsirea secției.	I						
02.15.02.03.02	Comunicarea către aparținători a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului este reglementată la nivelul spitalului.	I						
03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	C						
03.02.01.01.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.	I						
03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	C						
03.03.01.02.01	La nivelul spitalului sunt stabilite criterii pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.	I						
03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	C						
03.03.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.33

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
03.03.02.01.02	<i>La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.</i>	<i>I</i>						
03.03.02.02	<i>Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.</i>	<i>C</i>						
03.03.02.02.01	<i>La nivelul spitalului sunt definite situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale, în afara specialității.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.34

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/apartinătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.04	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.89	Sistemul de backup gaze medicinale este asigurat în toate locațiile în care acestea sunt necesare.	I						
02.01.02.02	Sistemul de programare a pacienților este organizat astfel încât să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență.	C						
02.01.02.02.01	Evidența centralizată zilnică a paturilor libere din secții este comunicată UPU/CPU/camerei de gardă.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.15	La nivelul spitalului există stabilită lista medicamentelor necesare pentru serviciile medicale de urgență, conform nivelului de competență asumat de spital.	I						
02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.	C						
02.01.03.03.01	Triajul urgențelor în UPU/CPU/camera de gardă este reglementat și efectuat utilizând un scor pentru prioritizarea accesului pacienților la diagnostic și aplicarea tratamentului în urgență.	I						
02.01.03.03.02	Personalul desemnat pentru triajul urgențelor în UPU/CPU/camera de gardă este instruit și evaluat periodic.	I						
02.01.03.03.03	La nivelul spitalului este reglementat modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile.	I						
02.01.03.03.05	Timpul de prezentare la solicitare a medicilor specialiști de pe secții, în UPU/CPU/CG este analizat de către Consiliu medical.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.34

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.03.03.06	La nivelul UPU/CPU/camerei de gardă există evidența actualizată a numărului și locației unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile.	I						
02.01.03.03.07	Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.	I						
02.01.03.03.08	La nivelul spitalului există analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.	I						
02.01.03.03.09	Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.	I						
02.01.03.03.10	La nivelul spitalului există analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.	I						
02.01.03.03.11	Intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.	I						
02.01.03.03.12	La nivelul spitalului există analiza intervalului de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.	I						
02.01.03.03.13	Există personal desemnat în UPU/CPU/camera de gardă pentru spălarea, decontaminarea pacienților / personalului contaminat.	I						
02.01.03.03.14	Colaborarea dintre UPU /CPU/camera de gardă și serviciile de urgență prespitalicești este reglementată.	I						
02.01.03.03.15	Numărul de prezentări la UPU/CPU/cameră de gardă per număr de medici UPU/CPU/cameră de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.16	Număr internări de urgență per număr total internări, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.17	Număr internări per număr total prezentări în UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.18	Număr pacienți internați prin UPU/CPU/camera de gardă în perioada Luni-Joi inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.34

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.03.03.19	Număr pacienți internați UPU/CPU/camera de gardă în perioada Vineri-Duminică, inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.20	Număr pacienți internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.21	Număr pacienți consultați interdisciplinar la internare per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.22	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.	I						
02.01.03.03.24	Număr pacienți internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.25	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.	I						
02.01.03.03.27	Număr pacienți internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
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.	I						
02.01.03.03.30	Număr pacienți internați în urgență ca urmare a acutizării unei patologii cronice per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.31	Număr pacienți transportați de Ambulanță la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.01.03.03.33	Număr pacienți transportați de Ambulanțe private la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.34

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.02.01.02	Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.	C						
02.02.01.02.01	Există evidența patologiilor și a potențialelor nevoi speciale ale pacienților care depășesc nivelul de competență al spitalului.	I						
02.02.02.03	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.	C						
02.02.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de evaluare a durerii pe bază de scoruri.	I						
02.03.01.02	Elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament este făcută pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienței clinice de la nivelul spitalului și în funcție de capacitatea tehnico-materială a spitalului.	C						
02.03.01.02.01	La nivelul secțiilor există evidența patologiilor tratate pentru care sunt elaborate protocoale de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.03	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	C						
02.03.01.03.02	La nivelul secției există analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.04	Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.	C						
02.03.01.04.02	La nivelul secției există analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.02.01	Spitalul asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată.	C						
02.03.02.01.06	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de asigurare a consultului psihiatric în caz de necesitate prin serviciu propriu de psihiatrie sau psihiatru de proximitate.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.02	Spitalul utilizează sistemul de recoltare vacumat pentru toate probele sanguine.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.34

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.05.03.02.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.	I						
02.05.03.02.06	Spitalul utilizează sistem de transmitere electronică a rezultatelor de laborator către medicul prescriptor.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.01	La nivelul spitalului este stabilită medicația cu risc de administrare.	I						
02.09.01.01.02	La nivelul spitalului sunt reglementate condițiile de prescriere/administrare a medicației cu risc.	I						
02.09.01.01.10	Prescrierea medicamentelor este reglementată în limitele competenței specialităților.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.02	Medicii curanți au acces în timp real la informații cu privire la disponibilul de medicamente în farmacie.	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.12	Există monitorizare a termenelor de valabilitate a medicamentelor utilizate în acordarea serviciilor medicale de urgență stabilite pentru nivelul de competență asumat.	I						
02.09.02.04	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.	C						
02.09.02.04.04	Registrele de evidență stupefiante sunt completate la zi și securizate în farmacie și pe secțiile din spital.	I						
02.10.01.01	Spitalul a stabilit structurile funcționale cu atribuții în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor.	C						
02.10.01.01.05	La nivelul spitalului există evidența antibioticelor disponibile, pentru medicii prescriptori.	I						
02.10.01.01.07	La nivelul spitalului este stabilită lista cu antibiotice de rezervă, în funcție de antiobioticorezistența analizată.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.34

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.01.01.08	La nivelul spitalului există evidența antibioticelor oprite temporar de la utilizare în urma analizelor privind antibiotice rezistența.	I						
02.10.01.01.09	La nivelul spitalului este stabilită lista cu antibiotice pentru antibioprolaxie, în funcție de antibiotice rezistența analizată.	I						
02.10.05.01	Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioprolaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.	C						
02.10.05.01.01	În protocolul privind buna practică de utilizare a antibioticelor există precizări referitoare la antibiotice rezistența locală și specificul patologiei tratate.	I						
02.10.05.01.02	Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.	I						
02.10.05.02	Monitorizarea consumului de antibiotice și trasabilitatea prescrierii și utilizării antibioticelor sunt asigurate.	C						
02.10.05.02.03	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la reducerea consumului nejustificat de antibiotice.	I						
02.11.04.01	Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală.	C						
02.11.04.01.02	Semnarea cazurilor posibile/probabile/confirmate cu IAAM (conform Deciziei UE 506 din 2012) către SSPILAAM/CSPLAAM este reglementată.	I						
02.12.02.02	Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.	C						
02.12.02.02.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de monitorizare a depozitării, etichetării, prescrierii și utilizării medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.34

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.02.03	Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea medicamentelor psihotrope și stupefiante sunt respectate.	C						
02.12.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementat modalitatea de acces și depozitare a medicamentelor psihotrope și stupefiante.	I						
02.12.02.03.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de prescriere, eliberare și administrare a medicamentelor psihotrope și stupefiante.	I						
02.12.03.02	Modul de transfer a informațiilor și responsabilităților la predarea-preluarea cazului se monitorizează și se evaluează.	C						
02.12.03.02.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizare a preluării-predării pacienților.	I						
02.14.02.02	Spitalul urmărește îmbunătățirea activității medicale, utilizând protocoale de diagnostic și terapeutice.	C						
02.14.02.02.01	La nivelul spitalului se face dovada autoevaluării periodice a respectării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament.	I						
03.02.01.01	Spitalul reglementează prevenirea discriminării.	C						
03.02.01.01.02	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal.	I						
03.03.01.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.	C						
03.03.01.02.01	La nivelul spitalului sunt stabilite criterii pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.	I						
03.03.02.01	Spitalul reglementează condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	C						
03.03.02.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.	I						
03.03.02.01.02	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.	I						

LISTA DE VERIFICARE NR.34

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
03.03.02.02	Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru respectarea drepturilor pacientului în situațiile care impun depășirea competențelor.	C						
03.03.02.02.01	La nivelul spitalului sunt definite situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale, în afara specialității.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.35

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.02	<i>Documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament sunt păstrate în spații amenajate și dotate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.09	<i>Există semnalizări distincte, vizibile permanent pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.12	<i>La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcajele obligatorii în limba română și marcaje/inscripționări multilingvistice.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.13	<i>La nivelul spitalului există marcaje/inscripționări accesibile nevăzătorilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.14	<i>Zonele cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.04	<i>Pictograma codificării vestimentare a fiecărei secții/ departament este afișată la loc vizibil.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06	<i>Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.06.01	<i>La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind serviciile medicale și patologiiile tratate în spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06.02	<i>La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind drepturile și obligațiile pacienților și aparținătorilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06.04	<i>Informații privind condițiile de internare, respectiv externare, sunt puse la dispoziția pacienților/aparținătorilor.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.35

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.01	Regulile de comportament în spital sunt afișate vizibil în zone accesibile pacienților/aparținătorilor.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.07	Spațiul de așteptare UPU/CPU/cameră de gardă este separat delimitat de circuitul de acces al urgențelor.	I						
01.08.02.01.08	Circuitele de acces auto la UPU / CPU / CG sunt semnalizate pentru prevenirea accidentelor.	I						
01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare pentru pacienți/aparținători.	I						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	I						
01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei tărgi sau a unui pat mobil.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I						
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I						
01.08.02.01.30	Ușile de evacuare în caz de urgență se deschid numai spre exterior.	I						
01.08.02.01.31	Trecerea dintr-un spațiu în altul, la nivelul ușilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc)	I						
01.08.02.01.32	Căile de acces sunt prevăzute cu rampe adaptate (unghi mai mic de 25°) sau alte facilități de acces.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.35

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01.33	Sistemul de deschidere al ușilor este accesibil și persoanelor cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.34	Ușile de acces la coridoare și scări au ferestre de vizualizare.	I						
01.08.02.01.36	Cazarmanentul utilizat în spital este lavabil și/sau de unică folosință.	I						
01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.	I						
01.08.02.01.40	Patul de spital asigură protecția împotriva căderilor accidentale.	I						
01.08.02.01.43	Ferestrele au sisteme antidefenestrare.	I						
01.08.02.01.44	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.79	Există infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.08.02.05.07	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.06	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.35

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.03.03	Există brancard cu suporti laterali rabatabili, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	C						
01.09.01.09.05	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.03	Există trusă de urgență în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.04	Medicamentele și soluțiile perfuzabile din trusa de urgență sunt în termen de valabilitate.	I						
02.01.03.01.05	Materialele sanitare din trusa de urgență sunt sigilate și sterile.	I						
02.01.03.01.06	Există balon Ruben funcțional în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.07	Există pipă Gudel/mască laringiană funcțională în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.08	Există laringoscop funcțional și sonde IOT sterile, de diferite dimensiuni în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.10	Instalația de oxigen și vacuum este funcțională.	I						
02.01.03.03	Serviciul de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) este organizat eficient și eficient.	C						
02.01.03.03.04	Spațiul destinat triajului urgențelor în UPU/CPU/camera de gardă este definit și semnalizat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.35

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/apartinătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație peste limitele admise per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.03	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I						
02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.04	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						

Alte observații:



## LISTA DE VERIFICARE NR.36

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.54	Există acces separat în zona de spitalizare de zi față de zona de spitalizare continuă.	I						
01.08.02.01.55	Există acces facil din zona de spitalizare de zi în zona de ambulatoriu.	I						
01.08.02.01.56	Există acces facil din zona de spitalizare de zi în serviciul de urgență.	I						
01.08.02.01.57	Există acces facil din zona de spitalizare de zi la laboratoarele de investigații.	I						
01.08.02.01.58	Există acces facil din zona de spitalizare de zi în baza de tratament (ex: radioterapie etc)	I						
01.08.02.01.59	Există cabinet sau cabinete proprii de consultații în spitalizarea de zi.	I						
01.08.02.01.60	Există sală de așteptare proprie spitalizării de zi pentru adulți și copii, după caz.	I						
01.08.02.01.61	Există sală de așteptare proprie spitalizării de zi adaptată fluxului de pacienți.	I						
01.08.02.01.62	Există grupuri sanitare proprii pentru pacienți în spitalizarea de zi.	I						
01.08.02.01.63	Există grupuri sanitare proprii pentru personal în spitalizarea de zi.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.37

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.03.01.01	Conducerea spitalului stabilește necesarul de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.	C						
01.03.01.01.05	Număr medici specialiști ATI per număr de paturi ATI.	I						
01.03.01.01.06	Număr asistente medicale ATI per număr de paturi ATI.	I						
01.03.01.01.07	Număr personal auxiliar de îngrijire, în ATI per număr de paturi ATI.	I						
01.03.01.01.08	Număr medici specialiști ATI per număr mese de operație funcționale.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.52	Structurile de terapie intensivă au defibrilator funcțional, permanent încărcat și accesibil.	I						
01.08.02.01.89	Sistemul de backup gaze medicinale este asigurat în toate locațiile în care acestea sunt necesare.	I						
01.08.02.01.92	Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al structurii de terapie intensivă sunt reglementate.	I						
01.08.02.01.93	Vizitarea pacienților din structurile de terapie intensivă este reglementată.	I						
01.08.02.01.94	Accesul în structurile de terapie intensivă este reglementat.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.08	Anestezia și asistarea respirației pacientului infecto-contagios este reglementată.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.02	Triajul epidemiologic zilnic al personalului sanitar în "zona curată" a spitalului este consemnat.	I						
02.11.02.01.17	Accesul vizitatorilor/aparținătorilor în secțiile de ATI și neonatologie este condiționat de un triaj epidemiologic.	I						

LISTA DE VERIFICARE NR.37

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.02	Medicii curanți identifică pacienții cu risc infecțios și adoptă măsuri pentru limitarea acestuia.	C						
02.11.04.02.05	Protocolul specific pentru anestezia și asistarea respirației pacientului cu tuberculoză pulmonară și/sau colonizat cu microorganisme multidrogrezistente, prevede comunicarea cazului la SSPLIAAM/CSPLIAAM.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.38

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

## LISTA DE VERIFICARE NR.38

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01.31	Trecerea dintr-un spațiu în altul, la nivelul ușilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc)	I						
01.08.02.01.36	Cazarmanentul utilizat în spital este lavabil și/sau de unică folosință.	I						
01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.	I						
01.08.02.01.38	Paturile în salon sunt dispuse astfel încât să asigure accesul personalului medical și pacienților, inclusiv cu cărucior și targă.	I						
01.08.02.01.40	Patul de spital asigură protecția împotriva căderilor accidentale.	I						
01.08.02.01.41	Fiecare pat are asigurată lumină artificială proprie.	I						
01.08.02.01.49	Toate paturile din secțiile de ATI, cardiologie, ortopedie, neurologie, recuperare au facilități de mobilizare a pacientului.	I						
01.08.02.01.51	Structurile de terapie intensivă au rezervă de izolare cu grup sanitar propriu.	I						
01.08.02.01.52	Structurile de terapie intensivă au defibrilator funcțional, permanent încărcat și accesibil.	I						
01.08.02.01.53	Sistemul central de monitorizare al parametrilor biologici din structurile de terapie intensivă este funcțional.	I						
01.08.02.01.79	Există infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților.	I						
01.08.02.01.90	Terapia intensivă și blocul operator au pardoseală antistatică.	I						
01.08.02.01.95	În zona de acces din structurile de terapie intensivă este asigurat spațiu și echipament de protecție a vizitatorilor, inclusiv personal medical din alte secții.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înșepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.38

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.06	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I						
01.09.01.01	Condițiile hoteliere răspund particularităților fiecărui pacient.	C						
01.09.01.01.04	Spitalul asigură un sistem de alertare individual și funcțional pentru fiecare pat.	I						
01.09.01.01.05	Spitalul asigură paturi-cântar, fără mobilizarea pacientului, pentru patologiile care necesită această evaluare.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.03.03	Există brancard cu suport lateral rabatabil, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.05	Fiecare secție/compartiment are ploscar funcțional, pentru fiecare unitate de îngrijire (25-30 de paturi).	I						
01.09.01.04.06	Sunt asigurate ploști/bazine autoclavabile.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.38

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.08	Instituția asigură circuitele alimentelor cu respectarea regulilor de igienă.	C						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.03	Există trusă de urgență în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.04	Medicamentele și soluțiile perfuzabile din trusa de urgență sunt în termen de valabilitate.	I						
02.01.03.01.05	Materialele sanitare din trusa de urgență sunt sigilate și sterile.	I						
02.01.03.01.06	Există balon Rubin funcțional în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.07	Există pipă Gudel/mască laringiană funcțională în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.08	Există laringoscop funcțional și sonde IOT sterile, de diferite dimensiuni în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.10	Instalația de oxigen și vacuum este funcțională.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație peste limitele admise per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.03	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.38

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I						
02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.04	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						

Alte observatii:



## LISTA DE VERIFICARE NR.39

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.02	La nivelul spitalului există analize periodice ale modului de colectare a deșeurilor.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
02.13.01.02	Spitalul îndeplinește condițiile pentru asigurarea terapiei transfuzionale în condiții de siguranță.	C						
02.13.01.02.01	Spitalul are unitate de transfuzie sanguină autorizată.	I						
02.13.01.02.02	Planul anual de formare/dezvoltare profesională a personalului conține instruiți cu privire la activitatea transfuzională.	I						
02.13.01.02.03	Există evidența articolelor critice ale unității de transfuzie sanguină, cu specificațiile tehnice pentru acestea.	I						
02.13.01.02.04	Stocul de articole critice ale unității de transfuzie sanguină este asigurat conform reglementării.	I						
02.13.01.02.05	Există evidență a echipamentelor critice ale unității de transfuzie sanguină, cu specificațiile tehnice ale acestora.	I						
02.13.01.02.06	Există plan de calificare pentru echipamentele critice.	I						
02.13.01.02.07	Există rapoarte de calificare a echipamentelor critice.	I						
02.13.01.02.08	Există rapoarte de validare a procedurilor aplicate în utilizarea echipamentelor critice.	I						
02.13.01.02.09	Există planificare a activităților de verificare, calibrare, mentenanță, recalificare a echipamentelor critice ale unității de transfuzie sanguină.	I						
02.13.01.02.10	Activitățile de verificare, calibrare, mentenanță, recalificare a echipamentelor critice din unitatea de transfuzie sanguină sunt efectuate conform programărilor și consemnate în registre de evidență dedicate.	I						
02.13.01.02.11	Spitalul are reglementată activitatea de calificare, întreținere mentenanță, calibrare, validare a procedurilor, reparații și recalificare a echipamentelor critice de la nivelul unității de transfuzii sanguine.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.39

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.13.01.02.12	<i>La nivelul unității de transfuzie sanguină, frigiderule, congelatoarele, agitatoarele de trombocite au sistem de alarmă vizual și auditiv, sistem de alimentare electrică alternativă pentru situații de urgență (generator electric) și sistem de monitorizare automată a temperaturii.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.13	<i>Spitalul are un plan de urgență pentru asigurarea continuității activității unității de transfuzie sanguină, în cazul apariției unor disfuncționalități la nivelul personalului, echipamentului și a altor articole critice.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.14	<i>Rapoartele de monitorizare a temperaturii echipamentelor de stocare a sângelui și componentelor sanguine, a reactivilor, a probelor, a temperaturii ambientale din încăperea în care se efectuează testele pretransfuzionale sunt la zi.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.15	<i>Există reglementări aplicate cu privire la validarea loturilor de reactivi și a procedurilor de testare pretransfuzională.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.16	<i>Există evidențe ale efectuării controlului de calitate intern și ale participării la scheme de control extern pentru testele efectuate în unității de transfuzie sanguină.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.17	<i>Efectuarea controlului ultim pretransfuzional imediat înaintea începerii administrării transfuziei este reglementată.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.18	<i>Controlul ultim pretransfuzional imediat înaintea începerii administrării transfuziei este consemnat în documentele medicale (FO).</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.19	<i>Toate categoriile de personal implicate în activitatea transfuzională au fost instruite specific, în conformitate cu reglementările în vigoare.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.20	<i>Toate categoriile de personal implicate în activitatea transfuzională sunt evaluate referitor cunoașterea reglementărilor privind transfuzia de sânge total și componente sanguine.</i>	<i>I</i>						
02.13.01.02.21	<i>Personalul medical este instruit și informat referitor la procedura privind transfuzia de sânge total și componente sanguine.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.39

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.13.01.02.22	Există și sunt cunoscute de către medici protocoalele privind indicațiile tratamentului transfuzional în cazul anumitor categorii de pacienți, după caz, pentru nou-născuți, sugari, copii, pacienți politransfuzati, pacienți cu evidență a alloimunizării antieritrocitare, antitrombocitare, pacienți imunodepresați, anemici, leucemici etc.	I						
02.13.01.03	Structurile funcționale ale spitalului, cu atribuții în implementarea și monitorizarea utilizării corecte a terapiei transfuzionale, respectă modalitățile de lucru stabilite specific.	C						
02.13.01.03.01	La nivelul spitalului este constituită Comisia de transfuzie și hemovigilență.	I						
02.13.01.03.02	Există analize anuale ale îndeplinirii atribuțiilor Comisiei de transfuzie și hemovigilență.	I						
02.13.01.03.03	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de raportare a suspiciunilor de reacții adverse și, după caz, a erorilor/incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale, a reacțiilor adverse sau a celor asociate transfuziei.	I						
02.13.01.03.04	Completarea și transmiterea formularelor de raportare a reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale sunt reglementate și respectate.	I						
02.13.01.03.05	Există evidența reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale.	I						
02.13.01.03.06	Există evidența anchetelor desfășurate, a analizelor cauză-efect, a măsurilor preventive și corective adoptate ca urmare a reacțiilor adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale din spital.	I						
02.13.01.03.07	Personalul medical este informat cu privire la reacțiile adverse, a celor asociate transfuziei și/sau a incidentelor apărute în cursul activității transfuzionale interne sau externe spitalului, înregistrate și transmise comunității medicale.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.39

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.13.01.03.08	Unitatea de transfuzii monitorizează și analizează consumul de sânge și derivate, erorile, incidentele și reacțiile adverse asociate.	I						
02.13.01.03.09	Există evaluări trimestriale ale respectării protocoalelor privind indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional pentru fiecare pacient care a necesitat administrare de sânge și/sau componente sanguine.	I						
02.13.01.03.10	Rezultatele evaluărilor respectării protocoalelor privind indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional sunt analizate cu personalul medical implicat și sunt luate măsuri în consecință.	I						
02.13.01.03.11	Există documentare la zi referitoare la monitorizarea condițiilor specifice de stocare, conservare și transport a sângelui și componentelor sanguine.	I						
02.13.01.03.12	La nivelul UTS există analize trimestriale ale utilizării de sânge și componente sanguine specific fiecărui pacient care a beneficiat de terapie transfuzională (pe tip de patologie, tip terapie, evoluție patologie)	I						
02.13.01.03.13	La nivelul UTS este analizat periodic consumul de sânge total și componente sanguine, în vederea reducerii consumului nejustificat.	I						
02.13.01.03.14	Număr de instructaje pentru personalul medical și de îngrijiri, privind riscurile manipulării sângelui și a produselor din sânge, efectuate în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.13.01.03.15	Număr de cazuri de reacții adverse la transfuzii per număr de pacienți cărora li s-a administrat sânge și/sau componente sanguine, în anul calendaristic încheiat.	I						
02.13.01.03.16	Număr de incidente, inclusiv erori raportate în anul calendaristic încheiat.	I						
02.13.02.01	Prescrierea sângelui și derivatelor se face conform Ghidului Național de utilizare terapeutică rațională a sângelui și a componentelor sanguine umane.	C						
02.13.02.01.01	Spitalul are definite patologiile pentru care utilizează protocoale specifice de transfuzie.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.39

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.13.02.01.02	La nivelul spitalului este reglementat modul de prescriere a sângelui și a componentelor sanguine.	I						
02.13.02.02	Înregistrările aferente activității de transfuzie sanguină permit trasabilitatea procesului.	C						
02.13.02.02.01	Comisia de transfuzie și hemovigilență a stabilit documentele în care se înregistrează procesul de la prescriere până la administrare sau returnarea produsului neutilizat, după caz.	I						
02.13.02.02.02	Solicitarea de sânge și componente sanguine de către secții și departamente este reglementată.	I						
02.13.02.02.03	Indicația de sânge total și/sau componente sanguine se documentează în FO a pacientului care necesită această terapie, cu data prescrierii, numele medicului prescriptor, parafa și semnătura acestuia.	I						
02.13.02.02.04	Testarea și confirmarea compatibilității la nivelul unității de transfuzie sanguine este înregistrată și semnată de către personalul medical implicat.	I						
02.13.02.02.05	Identificarea pacientului și a unității/unităților eliberate în vederea transfuziei se face și se consemnează în FO/fișa transfuzională, de către personalul medical care administrează sângele total și/sau componentele sanguine.	I						
02.13.02.02.06	Evaluarea pacientului înaintea începerii administrării și monitorizarea acestuia în timpul și după încheierea transfuziei sunt documentate în FO/fișa transfuzională.	I						
02.13.02.03	Spitalul asigură necesarul de sânge total și componente sanguine, luând în considerare dinamica morbidității spitalizate, și monitorizează consumul și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	C						
02.13.02.03.01	La nivelul UTS există analize anuale ale consumului de sânge total și componente sanguine.	I						
02.13.02.03.02	La nivelul spitalului este planificată aprovizionarea cu sânge total și componente sanguine bazată pe constatările analizelor anuale referitoare la dinamica consumului.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.39

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.13.02.03.03	Unitatea de transfuzii sanguine dispune de un stoc de sânge total și componente sanguine pentru asigurarea tuturor solicitărilor clinicienilor, inclusiv pentru cazurile de urgență, stabilit pe baza analizei dinamicii necesarului transfuzional.	I						
02.13.02.03.04	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la transportul sângelui și componentelor sanguine de la centrul de transfuzii la unitatea de transfuzie sanguină și de la aceasta către secții.	I						
02.13.02.03.05	Recipientele dedicate transportului sângelui și componentelor sanguine sunt dotate cu sistem de măsurare și înregistrare a temperaturii.	I						
02.13.02.03.06	La nivelul spitalului, aprovizionarea cu sânge și componente sanguine în zilele libere, zilele de sărbătoare, pentru situațiile cu consum neprevăzut de mare, situații deosebite este reglementată.	I						
02.13.02.03.07	Modalitatea de recuperare a sângelui și/sau a componentelor sanguine neutilizate pe secții și de stabilire a destinației finale a acestora este reglementată.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.40

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.04.01.01	Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou-născutului și sugarului.	C						
02.04.01.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de promovare a alăptării nou-născuților și sugarilor.	I						
02.04.01.01.02	Programul de instruire destinat gravidei/lăuzei conține prevederi referitoare la importanța alăptării, cel puțin până la vârsta de 6 luni a copilului.	I						
02.04.01.01.03	Protocolul privind nașterea pe cale naturală prevede punerea în contact intim al nou-născutului cu mama imediat după naștere.	I						
02.04.01.01.04	La nivelul secției de obstetrică, protocolul privind punerea la sân a nou-născutului la termen și sănătos există și conține prevederi privind punerea la sân a acestuia în primele 2 ore după nașterea pe cale naturală și primele 4 ore după naștere prin operație cezariană.	I						
02.04.01.01.05	La nivelul secției de neo-natologie/obstetrică-ginecologie există protocol privind suspendarea temporară a alăptării din motive terapeutice.	I						
02.04.01.02	Mamele internate sunt informate în privința beneficiilor alăptării.	C						
02.04.01.02.01	Materialul informativ privind alăptarea, parte componentă a programului privind promovarea alimentației la sân, este înmănat tuturor gravidelor/lăuzelor internate.	I						
02.04.01.02.02	Există protocol implementat privind consilierea mamelor HIV-pozitive în legătură cu alimentația copilului, la nivelul maternității.	I						
02.04.01.03	Personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie este format continuu pentru dobândirea abilităților necesare implementării programului de promovare a alimentației la sân.	C						
02.04.01.03.01	Spitalul instruește anual personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie cu privire la promovarea alimentației sănătoase a nou-născutului și sugarului.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.40

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.04.01.03.02	În fișele de post ale personalului medical din secția de obstetrică-ginecologie și neo-natologie există atribuții cu privire la pregătirea, îndrumarea și urmărirea fiecărei mame cu privire la alimentația la sân.	I						
02.04.01.04	Spitalul asigură facilități pentru promovarea și susținerea alăptării.	C						
02.04.01.04.01	La nivelul secției de obstetrică-ginecologie și neo-natologie există rezerve în sistem „rooming in” pentru îngrijire mamă-copil.	I						
02.04.01.04.02	Rezerva în sistem „rooming in” este prevăzută cu sistem de supraveghere a mamei și copilului.	I						
02.04.01.04.03	Număr saloane cu sistem de îngrijire „rooming in” per număr total saloane în maternitate.	I						
02.04.02.01	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului.	C						
02.04.02.01.02	La nivelul secției sunt promovate programele de imunizare prin punerea la dispoziția pacienților de materiale informative.	I						
02.04.02.01.03	La nivelul spitalului sunt promovate programele de imunizare prin punerea la dispoziția publicului de materiale informative.	I						
02.04.02.02	Spitalul identifică malformațiile/deficiențele nou-născutului.	C						
02.04.02.02.01	La nivelul spitalului există protocol de diagnostic al posibilelor deficiențe ale nou-născutului depistabile la naștere.	I						
02.04.02.02.02	Spitalul asigură resursele materiale necesare identificării malformațiilor/deficiențelor nou-născutului.	I						
02.04.02.02.03	Spitalul asigură resursele necesare identificării intrauterine a malformațiilor.	I						
02.11.04.07	Spitalul de specialitate sau cu secție de obstetrică adoptă măsuri de prevenie a riscului infecțios prenatal.	C						
02.11.04.07.01	La nivelul spitalului sunt stabilite circumstanțele riscului infecțios prenatal.	I						
02.11.04.07.02	La nivelul spitalului este stabilită conduita în cazul infecțiilor cervico-vaginale la femeia însărcinată.	I						



LISTA DE VERIFICARE NR.40

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.07.03	La nivelul spitalului este reglementată depistarea portajului de streptococ beta-hemolitic la femeia însărcinată.	I						
02.11.04.07.05	La nivelul spitalului este reglementată investigarea microbiologică în ruptura prematură de membrane.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.41

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.04.01.01	Spitalul susține un program de alăptare ca metodă sănătoasă de alimentație a nou-născutului și sugarului.	C						
02.04.01.01.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de promovare a alăptării nou-născuților și sugarilor.	I						
02.04.01.01.05	La nivelul secției de neo-natologie/obstetrică-ginecologie există protocol privind suspendarea temporară a alăptării din motive terapeutice.	I						
02.04.01.02	Mamele internate sunt informate în privința beneficiilor alăptării.	C						
02.04.01.02.03	Epicriza din FO analizate conține recomandări privind continuarea sau după caz, inițierea alăptării după externare.	I						
02.04.01.03	Personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie este format continuu pentru dobândirea abilităților necesare implementării programului de promovare a alimentației la sân.	C						
02.04.01.03.01	Spitalul instruește anual personalul medical din secția/secțiile obstetrică-ginecologie și neo-natologie cu privire la promovarea alimentației sănătoase a nou-născutului și sugarului.	I						
02.04.01.03.02	În fișele de post ale personalului medical din secția de obstetrică-ginecologie și neo-natologie există atribuții cu privire la pregătirea, îndrumarea și urmărirea fiecărei mame cu privire la alimentația la sân.	I						
02.04.01.04	Spitalul asigură facilități pentru promovarea și susținerea alăptării.	C						
02.04.01.04.01	La nivelul secției de obstetrică-ginecologie și neo-natologie există rezerve în sistem „rooming in” pentru îngrijire mamă-copil.	I						
02.04.01.04.02	Rezerva în sistem „rooming in” este prevăzută cu sistem de supraveghere a mamei și copilului.	I						
02.04.01.04.03	Număr saloane cu sistem de îngrijire „rooming in” per număr total saloane în maternitate.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.41

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.04.02.01	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului.	C						
02.04.02.01.01	Există protocol privind consilierea mamelor cu TBC/Lues/HIV-pozitive în legătură cu monitorizarea stării de sănătate a nou-născuților.	I						
02.04.02.01.02	La nivelul secției sunt promovate programele de imunizare prin punerea la dispoziția pacienților de materiale informative.	I						
02.04.02.01.03	La nivelul spitalului sunt promovate programele de imunizare prin punerea la dispoziția publicului de materiale informative.	I						
02.04.02.01.04	Există analize periodice ale cazurilor de nou-născuți nevaccinați până la externare, care menționează și numărul de cazuri în care părinții refuză vaccinarea.	I						
02.04.02.02	Spitalul identifică malformațiile/deficiențele nou-născutului.	C						
02.04.02.02.02	Spitalul asigură resursele materiale necesare identificării malformațiilor/deficiențelor nou-născutului.	I						
02.04.02.02.04	Testarea după naștere a auzului, vederii și prezenței sau predispoziției pentru displazie de șold este efectuată tuturor nou-născuților și consemnată în documentele medicale.	I						
02.04.02.02.05	Există echipă funcțională multidisciplinară formată din medici, psihopedagogi, psihologi și părinți care asigură depistarea timpurie, recuperarea sau orientarea spre centre specializate a nou-născuților la care se suspicionează deficit/malformație.	I						
02.04.03.01	Spitalul asigură condiții adaptate îngrijirii copilului.	C						
02.04.03.01.03	Secțiile destinate îngrijirii copiilor sunt amenajate, adaptat categoriilor de vârstă.	I						
02.04.03.01.05	Biberoneria/bucătăria de lapte este autorizată.	I						
02.04.03.01.06	Sondele de alimentare enterală de unică folosință sunt existente în secțiile/ATI/TI/TIC nou-născuți și copii mici.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.02	Triajul epidemiologic zilnic al personalului sanitar în "zona curată" a spitalului este consemnat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.41

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.02.01.17	Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în secțiile de ATI și neonatologie este condiționat de un triaj epidemiologic.	I						
02.11.04.07	Spitalul de specialitate sau cu secție de obstetrică adoptă măsuri de prevenie a riscului infecțios prenatal.	C						
02.11.04.07.04	La nivelul spitalului este reglementată antibiopprofilaxia infecției cu streptococ beta-hemolitic la nou-născut.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.42

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.04.02.01	Spitalul previne bolile infectocontagioase ale nou-născutului.	C						
02.04.02.01.03	La nivelul spitalului sunt promovate programele de imunizare prin punerea la dispoziția publicului de materiale informative.	I						
02.04.03.01	Spitalul asigură condiții adaptate îngrijirii copilului.	C						
02.04.03.01.01	Spitalul asigură pentru copiii internați facilități de recreere în aer liber.	I						
02.04.03.01.02	Spitalul asigură pentru copiii internați facilități de recreere în interior.	I						
02.04.03.01.03	Secțiile destinate îngrijirii copiilor sunt amenajate, adaptat categoriilor de vârstă.	I						
02.04.03.01.04	Spitalul asigură pentru copiii cu spitalizare îndelungată, facilități de educație adecvată vârstei.	I						
02.04.03.01.05	Biberonerie/bucătăria de lapte este autorizată.	I						
02.04.03.01.06	Sondele de alimentare enterală de unică folosință sunt existente în secțiile/ATI/TI/TIC nou-născuți și copii mici.	I						
02.04.03.02	Spitalul asigură servicii de susținere a asistenței medicale pentru copii.	C						
02.04.03.02.01	Spitalul asigură asistență psihologică pentru copiii internați.	I						
02.04.03.02.02	Spitalul asigură asistență psihologică pentru aparținătorii/părinții copiilor internați.	I						
02.04.03.02.03	Spitalul asigură asistență socială pentru copiii internați.	I						
02.04.03.02.04	Spitalul asigură continuitatea asistenței psihologice pentru copii, după externare.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.42

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
---------	-------	-----	----	----	-----	-----------------	-----	---

## LISTA DE VERIFICARE NR.43

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.04	Accesul personalului în anumite zone ale secțiilor de psihiatrie se face numai cu însoțitor.	I						
02.01.05.01	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea nevoluntară a pacientului psihiatric.	C						
02.01.05.01.01	Spitalul are implementată procedura privind internarea pacientului în condițiile internării nevoluntare.	I						
02.01.05.01.02	Evaluarea situațiilor socio-profesionale și aprecierea consecințelor internării este consemnată în FO a pacientului psihiatric.	I						
02.01.05.02	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează internarea pacienților în vederea efectuării expertizei medico-legale psihiatrice.	C						
02.01.05.02.01	Spitalul are implementată procedura privind internarea pacientului pentru expertiza medico-legală psihiatrică.	I						
02.01.05.02.02	Spitalul are implementată procedura privind internarea pacientului aflat în arest/detenție în vederea expertizării medico-legale psihiatrice (EMLP).	I						
02.01.05.02.03	În FO a pacientului internat în vederea expertizei medico-legale psihiatrice există documentele justificative conform legii (ordonanță emisă de procuror/ bilet de trimitere de la IML / încheierea sau hotărârea instanței de judecată).	I						
02.01.05.02.04	Măsurile speciale de îngrijire și supraveghere a pacientului internat în vederea expertizei medico-legale psihiatrice, consemnate în registrului măsurilor de izolare și conținere, se regăsesc în FO.	I						
02.01.05.02.05	Spitalul are implementată procedura care reglementează statutul personalului Ministerului de Interne care asigură paza pacientului aflat în arest/detenție în vederea EMLP.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.43

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.05.03	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie reglementează preluarea în îngrijire a pacientului psihiatric arestat sau condamnat.	C						
02.01.05.03.01	Spitalul are implementată procedura privind internarea obligatorie a pacientului, conform art.110 CP, ca măsură de siguranță provizorie, pentru tratament și constituirea dosarului de transfer într-un spital de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță, regional.	I						
02.01.05.03.02	Spitalul are implementată procedura privind internarea obligatorie a pacientului, conform art.110 CP, ca măsură de siguranță definitivă.	I						
02.01.05.04	Spitalul de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie are prevăzute măsuri speciale, de prevenire și limitare a urmărilor unor manifestări comportamentale ale pacientului psihiatric, ce pot pune în pericol pacientul, pe cei din jur sau bunurile materiale.	C						
02.01.05.04.01	Spitalul asigură limitarea libertății de mișcare a pacientului psihiatric agresiv prin menținerea sa într-o zonă special amenajată și dotată, cu sistem de supraveghere continuă.	I						
02.01.05.04.02	Spitalul respectă reglementarea privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase, care pot deveni arme de auto- sau heteroagresiune.	I						
02.01.05.04.03	Spitalul respectă reglementarea referitoare la măsurile de izolare și contenționare pentru pacienții psihiatrici, inclusiv cei cu adicții.	I						
02.01.05.04.04	Izolarea și contenționarea pentru pacienții psihiatrici, inclusiv cei cu adicții este consemnată în documentele medicale și monitorizată.	I						
02.01.05.04.05	În spațiile dedicate internării nevoluntare a pacienților psihiatrici există mijloace tehnice de supraveghere (camere video de supraveghere conectate într-un sistem informatic integrat cu monitorizare permanentă).	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.43

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.05.04.06	Imobilizarea pacientului agresiv este efectuată cu ajutorul unui sistem de manșete (pentru cele patru membre și torace), conform reglementării specifice, pentru o perioadă de timp limitată.	I						
02.01.05.04.07	Izolarea pacientului agresiv se face într-o cameră special amenajată, la recomandarea medicului, pentru o perioadă de timp limitată.	I						
02.01.05.04.08	Decizia medicului de imobilizarea/izolarea pacientului agresiv este consemnată în FO.	I						
02.01.05.05	Externarea pacientului psihiatric din spitalele de psihiatrie sau cu secții de psihiatrie este reglementată și adaptată modalității de internare.	C						
02.01.05.05.01	Spitalul respectă procedura privind externarea și acompaniamentul pacientului internat nevoluntar de către aparținători.	I						
02.01.05.05.02	Spitalul respectă procedura privind externarea și acompaniamentul pacientului care a fost internat ca măsură de siguranță provizorie și/sau definitivă.	I						
02.01.05.05.03	Externarea pacientului, internat conform art.110 CP, se efectuează imediat ce a fost primită sentința penală de înlocuire a măsurii de siguranță a internării cu cea prevăzută de art.109 CP, respectiv cu obligarea la tratament ambulator.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.44

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.06.01.01	Pacienții aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie sunt tratați și monitorizați în vederea reducerii ratei de progresie a BCR.	C						
02.06.01.01.01	La nivelul secției de nefrologie există evidența pacienților cu BCR care s-au adresat spitalului.	I						
02.06.01.01.02	La nivelul secției de nefrologie există evidența medicilor de familie, cu date de contact actualizate, la care sunt înscrși pacienții cu BCR monitorizați de secție.	I						
02.06.01.01.03	Spitalul are reglementată modalitatea de colaborare cu medicii de familie pentru monitorizarea pacienților cu BCR.	I						
02.06.01.01.04	Există plan de monitorizare individualizat a pacienților cu BCR, actualizat și comunicat medicilor de familie în baza reglementării specifice a spitalului.	I						
02.06.01.01.05	La nivelul secției/compartimentului de nefrologie există criterii definite pentru internarea pacienților cu BCR.	I						
02.06.01.01.06	Număr pacienți cu BCR monitorizați de medicii de familie, în baza reglementării specifice a spitalului per total pacienți cu BCR aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.01.07	Număr pacienți cu BCR internați în urgență per număr total pacienți cu BCR internați, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02	Spitalul cu secții/compartimente de nefrologie se preocupă de pregătirea pacienților cu BCR pentru tratamentul de supleere renală.	C						
02.06.01.02.01	Secția/compartimentul de nefrologie al spitalului are protocoale de colaborare cu centrele de transplant.	I						
02.06.01.02.02	Pacienții cu BCR aflați în evidența secției de nefrologie sunt investigați în vederea transplantului.	I						
02.06.01.02.03	Există protocoale de colaborare pentru efectuarea fistulei arterio-venoase cu servicii de chirurgie vasculară/medic chirurg, cu competență în chirurgie vasculară.	I						
02.06.01.02.04	Există planificare a pacienților cu RFG cuprinsă între 15-20mL/min, pentru efectuarea fistulei arterio-venoase.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.44

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.06.01.02.05	Număr pacienți cu RFG sub 20mL/min, care sunt investigați pentru transplant renal per număr total pacienți cu RFG sub 20mL/min, aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02.06	Număr pacienți aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie care au început dializa pe fistulă arterio-venoasă per număr total pacienți inițiați în dializă în unitatea de dializă din spital, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02.07	Număr pacienți, cu RFG sub 30mL/min, evaluați serologic pentru infecții virale (VHB, VHC, HIV) per număr pacienți cu RFG sub 30mL/min, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02.08	Număr pacienți, cu RFG sub 30mL/min, vaccinați anti-VHB per total pacienți cu RFG sub 30mL/min, în anul calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02.09	Număr pacienți aflați în evidența secției de nefrologie echilibrați hematologic (Hb >10/dL) la inițierea dializei per numărul total pacienți aflați în evidența secției de nefrologie, la care a fost inițiată dializa, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.01.02.10	Număr pacienți aflați în evidența secției de nefrologie cu PTH cuprins între 200-500pg/mL, la inițierea dializei, per număr total pacienți aflați în evidența secției de nefrologie, la care a fost inițiată dializa, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.02.01	Unitatea care inițiază dializa decide asupra modalității de TSFR (hemodializă, dializă peritoneală, transplant renal) de comun acord cu pacienții și familiile lor.	C						
02.06.02.01.01	Număr pacienți care au început tratamentul prin hemodializă per număr pacienți aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie care au început TSFR, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.02.01.02	Număr pacienți care au început tratamentul prin dializă peritoneală per număr pacienți aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie care au început TSFR, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.44

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.06.02.01.03	Număr pacienți cu indicații de transplant renal, luați în evidență de centrele de transplant per număr pacienți cu RFG sub 20mL/min, aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie, în ultimul an calendarisitic încheiat.	I						
02.06.02.01.04	Număr pacienți care încep TSFR prin transplant pre-emptiv per număr pacienți aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie care au început TSFR, în ultimul an calendarisitic încheiat.	I						
02.06.02.01.05	Număr pacienți aflați în evidența secției/compartimentului de nefrologie, care au semnat un consimțământ informat înainte de inițierea tratamentului prin dializă (HD/DP) TSFR per număr pacienți aflați în evidența secției de nefrologie, la care a fost inițiată dializa, în ultimul an calendarisitic încheiat.	I						
02.06.02.02	Unitatea care inițiază dializa colaborează cu secțiile/compartimentele de nefrologie care recomandă inițierea tratamentului și cu centrele ambulatorii de dializă care continuă tratamentul prin dializă.	C						
02.06.02.02.02	Spitalul monitorizează complicațiile tratate în secțiile/compartimentele de nefrologie instalate în urma dializei efectuate în fiecare centru de dializă.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.45

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.06.02.02	Unitatea care inițiază dializa colaborează cu secțiile/compartimentele de nefrologie care recomandă inițierea tratamentului și cu centrele ambulatorii de dializă care continuă tratamentul prin dializă.	C						
02.06.02.02.01	Unitatea care inițiază dializa, are protocoale de colaborare cu centrele ambulatorii de dializă, pentru care pacienții optează pentru continuarea tratamentului.	I						
02.06.02.02.02	Spitalul monitorizează complicațiile tratate în secțiile/compartimentele de nefrologie instalate în urma dializei efectuate în fiecare centru de dializă.	I						
02.06.03.01	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi înregistrează și transmite on-line, în timp real, în formatul și cu frecvența solicitate de Registrul Renal Român toți parametri de monitorizare a performanței medicale a tratamentului prin dializă.	C						
02.06.03.01.01	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi are reglementată modalitatea de înregistrare și transmitere a parametrilor de monitorizare către Registrul Renal Român.	I						
02.06.03.01.02	Spitalul analizează corectitudinea transmiterii parametrilor de monitorizare către Registrul Renal Român și ia măsuri de îmbunătățire a acesteia.	I						
02.06.03.02	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează anemia pacienților dializați.	C						
02.06.03.02.01	Există un protocol de monitorizare și corectare a echilibrului fierului înainte de inițierea tratamentului cu agenți stimulatori ai eritropoiezei (ASE) la pacienții dializați (HD/DP).	I						
02.06.03.02.02	Număr pacienți (HD/DP), cu echilibru bun al fierului (TSAT >20%, feritină serică 100-200pg/mL), sub tratament cu ASE, per număr pacienți (HD/DP) tratați cu ASE în unitatea de dializă în ultimul an calendarisitic încheiat.	I						
02.06.03.02.03	Număr pacienți (HD/DP) care au necesitat transfuzii, per număr pacienți (HD/DP) tratați prin dializă, în ultimul an calendarisitic încheiat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.45

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.06.03.03	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează metabolismul mineral.	C						
02.06.03.03.01	Există un protocol de monitorizare a bilanțului fosfo-calcic al pacienților dializați (HD/DP).	I						
02.06.03.03.02	Număr pacienți (HD/DP) care au control bun al metabolismului fosfo-calcic (PTH 200-500pg/mL și fosfat <5,5mg/dL și calciu seric 8,8-11mg/dL) per număr pacienți tratați prin dializă (HD/DP), în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.04	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi controlează acidoza.	C						
02.06.03.04.01	Există un protocol de monitorizare a acidozei la pacienții dializați (HD/DP).	I						
02.06.03.04.02	Numărul pacienților (HD/DP) care au control bun al acidozei (bicarbonat seric >20mEq/L) per număr pacienți tratați prin dializă (HD/DP) în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.05	Unitatea de dializă, în regim de spitalizare de zi monitorizează riscul infecțios specific pacientului dializat.	C						
02.06.03.05.01	Există protocol de monitorizare serologică a hepatitei.	I						
02.06.03.05.02	Incidența seroconversiei VHC (confirmată prin PCR) la bolnavii dializați (HD/DP) în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.05.03	Incidența seroconversiei VHB la bolnavii dializați (HD/DP) în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.05.04	Incidența seroconversiei HIV la bolnavii dializați (HD/DP) în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.05.05	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi are spații/saloane separate pentru tratamentul bolnavii pozitivi pentru AgHBs, VHC, HIV, semnalizate perceptibil doar pentru personal.	I						
02.06.03.06	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează starea de nutriție a pacienților dializați.	C						
02.06.03.06.01	Există un protocol de monitorizare a evoluției stării de nutriție a pacienților dializați.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.45

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.06.03.06.02	Număr pacienți (HD/DP) tratați în unitatea de dializă cu albumină serică > 1g/dL în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.06.03	Număr pacienți (HD/DP) tratați în unitatea de dializă cu SGA B și C în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.06.04	Există o planificare a pacienților dializați, în vederea monitorizării evoluției.	I						
02.06.03.06.05	Planificarea pacienților dializați, în vederea monitorizării evoluției este respectată.	I						
02.06.03.06.06	Număr bolnavi (HD/DP) cu fișe de monitorizare lunare completate (sau raportate Registrului Renal Român) per număr pacienți dializați, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.06.07	Număr pacienți tratați în unitatea de dializă, care au cateter venos central venos după 6 luni de la inițierea dializei, per număr pacienți care au început dializa pe cateter venos central, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.06.08	Număr pacienți internați la nefrologie per număr pacienți dializați (HD/DP), în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.07	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi monitorizează eficiența dializei (HD/DP).	C						
02.06.03.07.01	Număr pacienți care au efectuat 3 ședințe de dializă pe săptămână, totalizând minimum 12 ore, per număr pacienți dializați în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.07.02	Număr pacienți care au efectuat mai puțin 3 ședințe de dializă pe săptămână per număr pacienți dializați în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.07.03	Număr pacienți HD cu determinare lunară a Kt/V per număr pacienți tratați prin dializă HD în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.07.04	Număr pacienți DP cu determinare lunară a Kt/V per număr pacienți tratați prin dializă DP în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.07.05	Număr pacienți cu Kt/V sub 1,3 HD, per număr pacienți tratați prin HD, în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.45

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.06.03.07.06	Număr pacienți cu Kt/V sub 1,3 DP, per număr pacienți tratați prin DP, în unitatea de dializă, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						
02.06.03.08	Unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi se preocupă de creșterea calității vieții pacienților.	C						
02.06.03.08.01	Număr pacienți hemodializați care locuiesc la o distanță mai mică de 50 de km de unitatea de dializă în regim de spitalizare de zi per număr pacienți aflați în tratament în ultimul an calendaristic.	I						
02.06.03.08.02	Numărul de ture de dializă per zi prin care unitatea asigură dializa pacienților.	I						
02.06.03.08.03	Există evaluarea semestrială a unității de dializă cu privire la percepția pacienților dializați asupra calității vieții (SF-36).	I						
02.06.03.09	Unitatea de dializă are o politică de creștere a autonomiei pacienților.	C						
02.06.03.09.01	Unitatea de dializă poate asigura dializă peritoneală automată (DPA).	I						
02.06.03.09.02	Unitatea de dializă poate asigura dializă peritoneală continuă (DPCA).	I						
02.06.03.09.03	Unitatea de dializă poate asigura auto-hemodializă la domiciliu.	I						
02.06.03.09.04	Unitatea de dializă are protocoale de colaborare cu centrele de transplant renal.	I						
02.06.03.09.05	Unitatea de dializă are o evidență a pacienților cu indicație de transplant renal.	I						
02.06.03.09.06	Numărul pacienților aflați pe lista de așteptare pentru transplant renal, la data evaluării, per numărul pacienților dializați în unitate.	I						
02.06.03.09.07	Număr pacienți transplantați per numărul pacienților dializați în unitate, în ultimul an calendaristic încheiat.	I						

Alte observații:



LISTA DE VERIFICARE NR.45

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.46

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.01	Preparare diluțiilor sterile cu citostatice se realizează, doar în în farmacia spitalului, în locuri special amenajate, accesibile personalului autorizat.	I						
01.08.02.09.02	Prepararea substanțelor toxice/a diluțiilor sterile cu citostatice este efectuată sub protecția utilizării hotei cu flux laminar vertical, în spații special amenajate.	I						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.07	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.46

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.05.01	<i>Serviciile clinice au implementat reglementări de antibioticoterapie și antibioticoprofilaxie, specifice specialității și secției, pentru principalele situații clinice.</i>	<i>C</i>						
02.10.05.01.02	<i>Informații privind incompatibilitățile în soluții (injectabile sau perfuzabile) și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse sunt disponibile permanent pentru personalul medical.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04	<i>Reglementările specifice privind depozitarea și eliberarea citostaticele sunt respectate.</i>	<i>C</i>						
02.12.02.04.01	<i>Prepararea diluțiilor sterile cu citostatice se realizează, respectând regulile de bună practică de fabricație, doar de personal desemnat, pregătit special pentru această activitate, care are asigurate și respectă măsurile de prevenție/protecție și recuperare.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04.02	<i>Există spații cu dispozitive funcționale pentru igienizare/decontaminare personalului implicat în prepararea diluțiilor sterile cu citostatice.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04.03	<i>Diluțiile sterile cu citostatice sunt personalizate pentru fiecare pacient și ambalate, conform caracteristicilor produsului, pentru transport.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04.04	<i>Schema de tratament este înregistrată în registrul de evidență dizolvări pentru medicamentele sterile și este evaluată de farmacist, înainte de preparare.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04.05	<i>Medicamentele, solvenții, soluțiile perfuzabile utilizate la prepararea soluțiilor sterile sunt înregistrate în programul de gestiune cantitativ valorică al farmaciei, pe gestiuni, conform protocolului de dizolvare/diluție.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04.06	<i>Farmacistul clinician monitorizează și analizează respectarea reglementărilor de bună practică de fabricație în prepararea diluțiilor cu citostatice.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04.07	<i>Etichetarea diluțiilor sterile cu citostatice se face cu asigurarea dublei identificării a pacientului.</i>	<i>I</i>						
02.12.02.04.08	<i>Diluțiile sterile cu citostatice care nu se administrează imediat sunt păstrate în condiții de temperatură și siguranță conforme cu caracteristicile produsului.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.46

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.02.04.09	Transportul diluțiilor sterile cu citostatice se face de personal instruit în acest sens.	I						
02.12.02.04.10	Transportul diluțiilor sterile cu citostatice se face în condiții de temperatură și siguranță, conforme cu caracteristicile produsului.	I						
02.12.02.04.11	Activitățile cu risc profesional crescut în zona de preparare a diluțiilor sterile cu citostatice sunt identificate, monitorizate și se iau măsuri în consecință.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.47

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.07.01.01	Dotarea serviciului de radioterapie/medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice pacientului.	C						
02.07.01.01.01	La nivelul spitalului există evidența patologiilor pentru care se pot oferi servicii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.01.02	Utilizarea planului de tratament computerizat este o practică uzuală în radioterapie.	I						
02.07.01.01.03	La nivelul serviciului de radioterapie, în timpul procedurilor se utilizează mijloace de imobilizare specifice patologiei pacientului.	I						
02.07.01.01.04	Tehnicile de radioterapie utilizate permit tratamentul tumorilor mobile.	I						
02.07.01.01.05	La nivelul spitalului este reglementat modul de acțiune în cazul situațiilor de disfuncționalitate incidentală a aparaturii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.01.06	La nivelul spitalului este posibilă radioterapia intraoperatorie.	I						
02.07.01.02	Radioterapia/medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.	C						
02.07.01.02.01	La nivelul serviciului de radioterapie/medicină nucleară există evidența patologiilor tratate pentru care sunt elaborate protocoale terapeutice.	I						
02.07.01.02.02	Protocoalele terapeutice de radioterapie/medicină nucleară cuprind referințele bibliografice care au stat la baza elaborării lor.	I						
02.07.01.02.03	Protocoalele terapeutice de radioterapie/medicină nucleară conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora.	I						
02.07.01.02.04	În FO există informații despre investigațiile și tratamentele efectuate anterior de către pacient, specifice patologiei pentru care se solicită proceduri de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.02.05	La nivelul spitalului este definit setul minim de date care permite efectuarea în siguranță a procedurii de radioterapie.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.47

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.07.01.02.06	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la modul de completare a datelor înscrise în formularul de solicitare a efectuării procedurii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.02.07	În recomandarea pentru efectuarea procedurii de radioterapie sunt precizate obligatoriu tipul de procedură, coordonatele geometrice ale iradierii, dozele de iradiere pentru administrare și durata tratamentului.	I						
02.07.01.02.08	În foaia de tratament de radioterapie sunt consemnate precizări cu privire la identificarea pacientului, coordonatele geometrice ale iradierii, doza de iradiere pe fracție, ziua și ora administrării.	I						
02.07.01.02.09	Situațiile de expunere mărită sau nedorită, accidente sau complicații post-radioterapie sunt reglementate specific.	I						
02.07.01.02.10	Abaterile radioterapiei de la recomandările inițiale sunt consemnate în documentele medicale.	I						
02.07.01.02.11	Expunerea la radiații a pacientului este înregistrată în Dosarul Electronic de Sănătate, cu specificarea dozei pentru fiecare episod de expunere și a datei calendaristice a expunerii.	I						
02.07.01.02.12	Înregistrările dozelor și datelor calendaristice de expunere la radiații sunt înregistrate distinct în documentele înmânate pacientului.	I						
02.07.01.02.13	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de iradiere transcorporeală.	I						
02.07.02.01	Radioterapia/medicina nucleară utilizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.	C						
02.07.02.01.01	La nivelul spitalului există posibilitatea evaluării răspunsului intracelular la tratamentul oncologic.	I						
02.07.02.01.02	Monitorizarea dozelor de expunere ale pacientului pentru încadrarea în intervalul terapeutic acceptat este reglementată la nivelul serviciului de radioterapie/medicină nucleară.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.47

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.07.02.01.03	La nivelul spitalului există analize periodice ale concordanței recomandărilor privind radioterapia și tratamentul efectiv menționat în foaia de tratament a pacientului.	I						
02.07.02.01.04	La nivelul spitalului este reglementat modul de recalculare a dozelor de administrat pacientului în cazul nefuncționării incidentale a aparaturii de radioterapie.	I						
02.07.02.02	Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată și îmbunătățită constant.	C						
02.07.02.02.01	La nivelul spitalului este definit setul de indicatori pentru evaluarea eficacității și eficienței utilizării protocoalelor de radioterapie / medicină nucleară.	I						
02.07.02.02.02	La nivelul spitalului se desfășoară autoevaluări semestriale ale indicatorilor de eficacitate și eficiență ai utilizării protocoalelor de radioterapie / medicină nucleară.	I						
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.	C						
02.12.05.01.01	La nivelul spitalului există analize periodice ale recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații cu respectarea limitării expunerii nejustificate a pacientului.	I						
02.12.05.01.02	La nivelul spitalului există protocoale specifice prin care se stabilește nivelul dozei de iradiere.	I						
02.12.05.01.03	Personalul supus radiațiilor utilizează echipament de protecție, inclusiv dozimetre.	I						
02.12.05.01.04	La nivelul spitalului este planificată verificarea periodică a dozimetrelor distribuite personalului expus la radiații.	I						
02.12.05.01.05	Data și doza per episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrate în FO/documentele medicale.	I						
02.12.05.01.06	Doza totală de expunere la radiații a pacientului este consemnată în FO/documentele medicale la externare.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.47

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.	C						
02.12.05.03.01	Planul de tratament computerizat este o practică uzuală în radioterapie.	I						
02.12.05.03.02	Planul de tratament în radioterapie este individualizat și are menționate volumele de iradiat și a organelor care trebuie protejate.	I						
02.12.05.03.04	În cazul nefuncționării incidentale a aparaturii de radioterapie, recalcularea dozelor de administrat pacienților este reglementată la nivelul spitalului.	I						
02.12.05.03.07	Serviciul de radioterapie utilizează în cursul efectuării iradierii, după caz, mijloace de imobilizare personalizate pentru pacienți.	I						
02.12.05.03.08	Controlul dozimetric al pacientului cu brahiterapie este o practică uzuală.	I						
02.12.05.03.09	În cazul implanturilor permanente la pacientul cu brahiterapie, sunt evaluate dozele cu risc de iradiere pentru membri familiei și persoanele din anturaj.	I						
02.12.05.03.10	În cazul implanturilor permanente în brahiterapie, sunt înmânate pacientului/aparținătorilor instrucțiuni scrise privind regulile de comportament după spitalizare.	I						

Alte observații:



## LISTA DE VERIFICARE NR.48

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.10	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.	C						
01.08.02.10.01	Personalul care manevrează produse radioactive utilizează echipament de protecție.	I						
01.08.02.10.02	Există dovada instructajelor periodice ale personalul care manevrează produse radioactive.	I						
01.08.02.10.03	Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere este reglementată.	I						
02.07.01.01	Dotarea serviciului de radioterapie/medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice pacientului.	C						
02.07.01.01.01	La nivelul spitalului există evidența patologiilor pentru care se pot oferi servicii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.01.05	La nivelul spitalului este reglementat modul de acțiune în cazul situațiilor de disfuncționalitate incidentală a aparaturii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.02	Radioterapia/medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.	C						
02.07.01.02.01	La nivelul serviciului de radioterapie/medicină nucleară există evidența patologiilor tratate pentru care sunt elaborate protocoale terapeutice.	I						
02.07.01.02.02	Protocoalele terapeutice de radioterapie/medicină nucleară cuprind referințele bibliografice care au stat la baza elaborării lor.	I						
02.07.01.02.03	Protocoalele terapeutice de radioterapie/medicină nucleară conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora.	I						
02.07.01.02.06	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la modul de completare a datelor înscrise în formularul de solicitare a efectuării procedurii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.02.01	Radioterapia/medicina nucleară utilizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.	C						
02.07.02.01.02	Monitorizarea dozelor de expunere ale pacientului pentru încadrarea în intervalul terapeutic acceptat este reglementată la nivelul serviciului de radioterapie/medicină nucleară.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.48

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.07.02.02	Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată și îmbunătățită constant.	C						
02.07.02.02.01	La nivelul spitalului este definit setul de indicatori pentru evaluarea eficacității și eficienței utilizării protocoalelor de radioterapie / medicină nucleară.	I						
02.07.02.02.02	La nivelul spitalului se desfășoară autoevaluări semestriale ale indicatorilor de eficacitate și eficiență ai utilizării protocoalelor de radioterapie / medicină nucleară.	I						
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.	C						
02.12.05.01.01	La nivelul spitalului există analize periodice ale recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații cu respectarea limitării expunerii nejustificate a pacientului.	I						
02.12.05.01.02	La nivelul spitalului există protocoale specifice prin care se stabilește nivelul dozei de iradiere.	I						
02.12.05.01.03	Personalul supus radiațiilor utilizează echipament de protecție, inclusiv dozimetre.	I						
02.12.05.01.04	La nivelul spitalului este planificată verificarea periodică a dozimetrelor distribuite personalului expus la radiații.	I						
02.12.05.01.05	Data și doza per episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrate în FO/documentele medicale.	I						
02.12.05.01.06	Doza totală de expunere la radiații a pacientului este consemnată în FO/documentele medicale la externare.	I						
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.	C						
02.12.05.03.03	Cantitatea de izotopi radioactivi administrată pentru tratamentul nuclear este individualizată.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.48

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.49

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.08.01.01	Nevoile de îngrijiri paliative la pacienții cu boală cronică progresivă sunt identificate prompt și se iau măsuri adecvate.	C						
02.08.01.01.01	La nivelul spitalului există protocol de evaluare a nevoilor de îngrijiri paliative.	I						
02.08.01.01.02	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de utilizare a scorurilor de evaluare a durerii pentru pacienții cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative.	I						
02.08.01.01.03	Nevoile de îngrijire paliativă ale pacientului sunt înscrise în FO/documentele medicale.	I						
02.08.01.02	Internarea pacienților cu boală cronică progresivă și nevoi de îngrijiri paliative se face pe baza deciziei unei comisii multidisciplinare.	C						
02.08.01.02.01	Activitatea comisiei multidisciplinare de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative este reglementată la nivelul spitalului.	I						
02.08.01.02.02	La nivelul spitalului sunt definite criteriile de eligibilitate pentru internarea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative.	I						
02.08.01.03	Personalul implicat în îngrijirea pacienților cu boli cronice progresive are pregătire recunoscută în îngrijiri paliative.	C						
02.08.01.03.01	Cel puțin un medic din fiecare secție/compartiment de îngrijire pacienți cu boli cronice progresive are competență/supraspecializare/atestat în îngrijiri paliative.	I						
02.08.01.03.02	50% din medicii organizației, care au în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive, au absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de 3 zile.	I						
02.08.01.03.03	50% din asistentele care au în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive au absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de 3 zile.	I						
02.08.01.04	Durerea și celelalte simptome specifice bolilor cronice progresive sunt controlate prin metode adecvate.	C						
02.08.01.04.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de monitorizarea a durerii în bolile cronice progresive.	I						
02.08.01.04.02	Adaptarea tratamentului cu morfină orală, cutanată (plasture) și injectabilă a pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative este documentată în FO.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.49

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.08.01.05	<i>Pacienții cu boli cronice progresive "cazuri complexe" primesc îngrijire paliativă specializată.</i>	<i>C</i>						
02.08.01.05.01	<i>La nivelul spitalului există reglementare cu privire la transferul pacienților, considerați "cazuri complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată.</i>	<i>I</i>						
02.08.01.05.02	<i>La nivelul spitalului sunt încheiate parteneriate cu furnizori specializați în îngrijirea "cazurilor complexe", pentru a primi îngrijire paliativă specializată.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.01	<i>Infrastructura de îngrijire paliativă este adaptată nevoilor speciale ale pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cu grad ridicat de dependență, respectând intimitatea acestuia.</i>	<i>C</i>						
02.08.02.01.01	<i>Saloanele de îngrijire paliativă asigură confort și intimitate pentru pacient și aparținător.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.01.02	<i>Spitalul asigură igienizarea/îmbăierea pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative, imobilizați la pat.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.02	<i>Infrastructura permite desfășurarea serviciilor conexe de îngrijire paliativă.</i>	<i>C</i>						
02.08.02.02.01	<i>La nivelul secției/compartimentului de îngrijiri paliative există spații pentru terapii complementare.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.02.02	<i>La nivelul secției/compartimentului de îngrijiri paliative există dotări specifice: paturi mobile, saltele antiescară (minim 1 la 3 paturi), elevatoare, cadre de ambulație, măsuțe pentru mâncare, wc mobil, fotolii rulante.</i>	<i>I</i>						
02.08.02.02.03	<i>La nivelul secției/compartimentului de îngrijiri paliative există dotarea minim obligatorie: aspirator de secreții, glucometru, tensiometru, stetoscop, termometru, instalație de oxigen/aparat concentrator de oxigen, pulsoximetru, seringi automate/injectomate.</i>	<i>I</i>						
02.08.03.01	<i>La primirea pacientului în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative se efectuează o evaluare comprehensivă a pacientului/familiei/aparținătorilor.</i>	<i>C</i>						
02.08.03.01.01	<i>FO adaptată pentru paliatie conține elemente integrate de evaluare psihosocială a pacientului, familiei, aparținătorilor, după caz.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.49

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.08.03.01.02	Concluziile evaluării/planul de management al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative, cuprind nevoile din domeniile fizic, psiho-emoțional, social și spiritual.	I						
02.08.03.01.03	La nivelul secției/compatimentului de îngrijiri paliative există reglementare cu privire la evaluarea impactului durerii pe calitatea vieții pacientului.	I						
02.08.03.02	Obiectivele îngrijirii paliative, înțelegerea diagnosticului și prognosticului sunt evaluate împreună cu pacientul/familia/aparținătorii și documentate.	C						
02.08.03.02.01	Medicul curant documentează în FO aprecierea sa legată de gradul de înțelegere al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative în legătură cu diagnosticul și prognosticul comunicat acestuia.	I						
02.08.03.02.02	Medicul curant documentează în FO aprecierea sa legată de gradul de înțelegere al familiei/aparținătorilor în legătură cu diagnosticul și prognosticul pacientului cu boală cronică progresivă/nevoi de îngrijiri paliative.	I						
02.08.03.03	Semnele și simptomele stării terminale se evaluează folosind scale standardizate și se documentează.	C						
02.08.03.03.01	La nivelul secției/compatimentului de îngrijiri paliative este definit un scor de evaluare clinică a stării terminale.	I						
02.08.03.03.02	Scorurile de evaluare clinică a stării terminale sunt validate de către Consiliul medical.	I						
02.08.03.04	Planul de management al pacientului cu nevoi de îngrijiri paliative este elaborat de echipa pluridisciplinară, pe baza protocoalelor specifice, și actualizat în funcție de evoluția patologiei sau nevoilor în schimbare ale pacientului/familiei/aparținătorilor.	C						
02.08.03.04.01	La nivelul secției/compatimentului de îngrijiri paliative este reglementată activitatea echipei pluridisciplinare.	I						
02.08.03.04.02	Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative este formată din medic, asistent medical, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.49

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.08.03.05	Comunicarea echipei medicale cu pacientul/familia/apartinătorii este permanentă și parte definitorie a îngrijirii paliative.	C						
02.08.03.05.01	În FO sunt consemnate opțiunile specifice exprimate și asumate de către pacient cu privire la comunicarea evoluției bolii sale către acesta și/sau familie/apartinători.	I						
02.08.03.05.02	În FO sunt consemnate întâlnirile de consiliere cu pacientul/apartinătorii.	I						
02.08.03.06	La externare, continuitatea îngrijirilor pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative se face luând în considerare opțiunile pacientului.	C						
02.08.03.06.01	Opțiunile pacientului privind continuitatea îngrijirilor sunt consemnate în documentele medicale la externare.	I						
02.08.03.06.02	La nivelul secției/compartimentului de îngrijiri paliative este stabilită modalitatea de comunicare cu medicii de familie, alți specialiști implicați în îngrijirea pacientului în ambulatoriu, cu echipe de îngrijire paliativă la domiciliu, centre de zi, alte unități de îngrijire paliativă.	I						
02.08.04.01	Structura minimă a echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative este compusă din: medic cu competență în paliativă, farmacist clinician, asistenți medicali, infirmiere, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual.	C						
02.08.04.01.01	Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative are minim un medic pentru fiecare 12 paturi.	I						
02.08.04.01.02	Numărul de asistenți medicali din echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative se stabilește în funcție de nevoia de îngrijire a pacienților, dar nu mai puțin de un asistent medical la 8 paturi pe tură.	I						
02.08.04.01.03	Numărul de infirmiere din echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative se stabilește în funcție de nevoia de îngrijire a pacienților, dar nu mai puțin de o infirmieră la 8 paturi pe tură.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.49

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.08.04.02	<i>Echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative include, în funcție de necesitățile pacienților și alți specialiști, precum: kinetoterapeut, terapeut ocupațional, terapeut prin joc, dietetician, voluntari etc.</i>	<i>C</i>						
02.08.04.02.01	<i>Medicul curant stabilește terapii conexe, documentate în FO, în funcție de necesitățile și evoluția pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.02.02	<i>Medicul curant, împreună cu dieteticianul, stabilește și documentează în FO, dieta pentru fiecare pacient, în funcție de necesitățile și evoluția pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.02.03	<i>Personalul conex din echipa pluridisciplinară de îngrijiri paliative este calificat și a absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de 3 zile.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03	<i>Membrii echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative din serviciile de îngrijire paliativă participă la programe de instruire continuă.</i>	<i>C</i>						
02.08.04.03.01	<i>Medicul/medicii din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire medicală continuă de paliatie de minim 4 ore per an.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.02	<i>Toți asistenții medicali din serviciile de îngrijire paliativă au urmat un curs de 36 ore (introductiv și avansat în îngrijiri paliative).</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.03	<i>Toți asistenții medicali din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire medicală continuă de paliatie de minim 4 ore per an.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.04	<i>Asistenții șefi din serviciile de îngrijire paliativă au urmat un curs aprofundat de 6-8 săptămâni de îngrijiri paliative/program de specializare în îngrijiri paliative/masterat în îngrijiri paliative.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.05	<i>Asistenții șefi din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire medicală continuă de paliatie de minim 4 ore per an.</i>	<i>I</i>						
02.08.04.03.06	<i>Asistentul social care lucrează în serviciile de îngrijire paliativă deține licență în asistență socială și curs de 36 ore (introductiv și avansat în îngrijiri paliative).</i>	<i>I</i>						



## LISTA DE VERIFICARE NR.49

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.08.04.03.07	Asistentul social din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliatie de minim 4 ore per an.	I						
02.08.04.03.08	Psihologul care lucrează în serviciile de îngrijire paliativă deține diplomă de licență, atestat în consiliere și/sau psihoterapie la nivel de psiholog specialist și curs de 36 ore (introductiv și avansat în îngrijiri paliative).	I						
02.08.04.03.09	Psihologul din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliatie de minim 4 ore per an.	I						
02.08.04.03.10	Îndrumătorul spiritual care lucrează în serviciile de îngrijire paliativă a urmat un curs de 36 ore (introductiv și avansat în îngrijiri paliative).	I						
02.08.04.03.11	Îndrumătorul spiritual din serviciile de îngrijire paliativă urmează un program de pregătire continuă specifică de paliatie de minim 4 ore per an.	I						
02.08.04.03.12	La nivelul secției/compartimentului de îngrijire paliativă există instruire periodică ale personalului de îngrijire.	I						
02.08.04.04	Instituția are un program coerent de monitorizare și menținere a sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.	C						
02.08.04.04.01	Menținerea sănătății ocupaționale a personalului din serviciile de îngrijire paliativă este reglementată la nivelul spitalului.	I						
02.08.04.04.02	La nivelul secției/compartimentului de îngrijiri paliative sunt planificate activități de diminuarea riscului de instalare a sindromului epuizării profesionale (burnout).	I						
02.08.04.04.03	Repartizarea individuală și pe echipă a cazurilor din serviciile de îngrijire paliativă este reglementată în vederea prevenirii suprasolicitării, a instalării sindromului epuizării profesionale.	I						
02.08.05.01	Starea terminală este identificată și comunicată familiei/apartinătorilor.	C						
02.08.05.01.01	Starea terminală este constatată și înregistrată în documentele medicale.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.49

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.08.05.01.02	La nivelul secției/compartimentului de îngrijiri paliative este reglementată modalitatea de comunicare cu privire la starea terminală a pacientului, cu respectarea opțiunilor specifice făcute de către acesta.	I						
02.08.05.02	Personalul medical respectă protocolul de stare terminală.	C						
02.08.05.02.01	La nivelul spitalului există reglementare privind starea terminală.	I						
02.08.05.02.02	La nivelul spitalului sunt definite categoriile de aparținători cu risc de doliu patologic.	I						
02.08.05.02.03	La nivelul spitalului există serviciu de doliu.	I						
02.08.05.02.04	Aparținătorii care beneficiază de serviciu de doliu oferit de spital sunt înscrși în registrul de doliu al spitalului.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.50

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.07.04	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de prelevare de organe/țesuturi/celule.	C						
02.12.07.04.02	Spitalul are reglementată activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.04.03	Spitalul are protocol pentru declararea morții cerebrale.	I						
02.12.07.04.04	Spitalul are protocol pentru susținerea funcțiilor vitale ale potențialilor donatori în vederea prelevării de celule, țesuturi și organe.	I						
02.12.07.04.05	Solicitarea și obținerea consimțământului pentru prelevarea de organe la pacienții aflați în moarte cerebrală este reglementată.	I						
02.12.07.04.06	Spitalul are reglementare privind comunicarea cu Agenția Națională de Transplant în legătură cu potențialul donator de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.04.07	Spitalul are nominalizată o Comisie pentru declararea morții cerebrale.	I						
02.12.07.04.08	În planul anual de formare/dezvoltare profesională sunt programate cursuri/instruiri cu privire la declararea morții cerebrale.	I						
02.12.07.04.09	Spitalul are echipă multidisciplinară cu competențe profesionale certificate, pentru prelevare de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.04.10	Există procedură de activare a echipelor implicate în activitatea de prelevare de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.04.11	Există protocol privind testarea donatorului înainte de prelevarea de celule, țesuturi sau organe, inclusiv a compatibilității donator - primitor.	I						
02.12.07.04.12	Protecția datelor cu caracter personal a donatorilor de organe este reglementată.	I						
02.12.07.06	La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.	C						
02.12.07.06.01	Spitalul are stabiliți indicatori de monitorizare a activității de prelevare/transplant de organe/țesuturi/celule.	I						

Alte observatii:

Semnătură evaluator .....

Pagina 219/272

Semnătură interlocutor .....

LISTA DE VERIFICARE NR.50

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.51

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.07.05	Spitalul asigură condițiile necesare pentru desfășurarea activităților de transplant de organe/țesuturi/celule.	C						
02.12.07.05.02	Spitalul are reglementată activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.05.03	Spitalul are echipă multidisciplinară cu competențe profesionale certificate, pentru transplantul de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.05.05	Există sistem de activare a echipelor implicate în activitatea de transplant de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.06	La nivelul spitalului este organizată monitorizarea activității de prelevare și/sau transplant, în conformitate cu cerințele Agenției Naționale de Transplant.	C						
02.12.07.06.01	Spitalul are stabiliți indicatori de monitorizare a activității de prelevare/transplant de organe/țesuturi/celule.	I						
02.12.07.06.02	Există o bază de date cu situația la zi a tuturor pacienților care au fost transplantați în spital.	I						
02.12.07.06.03	La nivelul spitalului există analize anuale a ratei de supraviețuire a tuturor pacienților care au fost transplantați în spital, pe fiecare patologie în parte.	I						
02.12.07.06.04	Număr de pacienți transplantați decedați până la externare per număr total pacienți transplantați, în ultimul an calendaristic.	I						
02.12.07.06.05	Număr de pacienți transplantați decedați după momentul externării per număr total pacienți transplantați, în ultimul an calendaristic.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.52

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.89	Sistemul de backup gaze medicinale este asigurat în toate locațiile în care acestea sunt necesare.	I						
01.08.02.01.91	Sistemul de eliminare a gazelor anestezice este funcțional în toate spațiile în care acestea se utilizează.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.04	Circuitul pacienților, în blocul operator/sala de nașteri este reglementat.	I						
02.11.01.03	Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.	C						
02.11.01.03.16	Planificarea intervențiilor chirurgicale este reglementată și se face în funcție de riscul infecțios și gradul de urgență.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.02	Triajul epidemiologic zilnic al personalului sanitar în "zona curată" a spitalului este consemnat.	I						
02.11.02.01.03	Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive și în sălile de naștere pe perioada desfășurării activității specifice este reglementat.	I						
02.11.02.01.04	Blocul operator/sala de nașteri are reglementări proprii de organizare și funcționare.	I						
02.11.02.01.05	Circuitele blocului operator/sălii de nașteri sunt reglementate pentru asigurarea gradului de sterilitate optim.	I						
02.11.02.01.06	Circuitul personalului, în blocul operator/sala de nașteri/sterilizare este reglementat.	I						
02.11.02.01.07	Circuitul instrumentarului și materialelor sanitare, în blocul operator / sala de nașteri este reglementat.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.52

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.03	Trasabilitatea proceselor privind buna utilizare a dispozitivelor medicale, materialelor sanitare și echipamentelor de multiplă folosință este asigurată și supravegheată pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.04.03.02	La nivelul blocului operator există evidența datelor limită de valabilitate a sterilizării aparatelor, dispozitivelor și materialelor sanitare care trebuie să fie sterile pentru utilizare.	I						
02.12.04.01	În practica chirurgicală și anestezică sunt utilizate liste de verificare specifice prin care se consemnează elemente de identificare pentru fiecare caz în parte.	C						
02.12.04.01.01	Există liste de verificare a procedurilor chirurgicale și anestezice completate în întregime pentru fiecare pacient operat.	I						
02.12.04.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la modul și gradul de completare al listelor de verificare utilizate în practica chirurgicală/anestezică.	I						
02.12.04.02	În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice.	C						
02.12.04.02.01	Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator este completat la zi.	I						
02.12.04.03	Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.	C						
02.12.04.03.01	Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie.	I						
02.12.04.03.03	La nivelul spitalului este reglementat planul de acțiune în caz de abateri de la programul operator.	I						
02.12.04.03.04	La nivelul spitalului este stabilită modalitatea de monitorizare a respectării intervalului de timp dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie.	I						

Alte observatii:

LISTA DE VERIFICARE NR.52

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATHI / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI



## LISTA DE VERIFICARE NR.53

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.03	Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.	C						
01.06.01.03.14	Zonele cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis sunt semnalizate.	I						
01.06.01.04	Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.	C						
01.06.01.04.03	Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei tărgi sau a unui pat mobil.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I						
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I						
01.08.02.01.30	Ușile de evacuare în caz de urgență se deschid numai spre exterior.	I						
01.08.02.01.31	Trecerea dintr-un spațiu în altul, la nivelul ușilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc)	I						
01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.	I						
01.08.02.01.74	Ferestrele sălilor de operație sunt fixe.	I						
01.08.02.01.76	Ventilele și sistemele de siguranță pentru circulația gazelor și a aburului sunt funcționale.	I						
01.08.02.01.90	Terapia intensivă și blocul operator au pardoseală antistatică.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.53

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înșepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.06	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.05	Blocul operator / sala de nașteri are mijloace proprii de transport al pacienților, utilizate exclusiv intern.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație peste limitele admise per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.53

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.03	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I						
02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.04	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						
02.12.04.03.04	La nivelul spitalului este stabilită modalitatea de monitorizare a respectării intervalului de timp dintre două intervenții chirurgicale succesive din aceeași sală operatorie.	I						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.54

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.05	<i>Instituția asigură și își asumă calitatea sterilizării.</i>	<i>C</i>						
01.09.01.05.01	<i>La nivelul structurii este reglementat modul de desfășurare al activităților legate de procesul de sterilizare.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.05.02	<i>La nivelul spitalului sunt definite circuitele sectorului de sterilizare.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.05.03	<i>Personalul din serviciul de sterilizarea utilizează echipament de protecție.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.05.04	<i>La nivelul structurii există nomenclator cu instrumente și dispozitive medicale, cu precizarea numărului de resterilizări admisibile pentru fiecare.</i>	<i>I</i>						
01.09.01.05.05	<i>Există consemnări cu privire la verificarea integrității prin inspecție vizuală a produselor de sterilizat (instrumente, dispozitive medicale și/sau material moale) înainte de sortarea și împachetarea în vederea sterilizării.</i>	<i>I</i>						
02.11.01.03	<i>Activitatea de supraveghere, prevenție și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a bolilor transmisibile este organizată și coordonată până la nivelul fiecărei structuri.</i>	<i>C</i>						
02.11.01.03.05	<i>Există condiții pentru sterilizarea paturilor și cazarmamentului.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04	<i>Calitatea sterilizării este verificată și supravegheată.</i>	<i>C</i>						
02.11.02.04.01	<i>La nivelul structurii există registrul de evidență a operațiunilor de predezinfecție, curățare/dezinfecție a dispozitivelor medicale reutilizabile, completat la zi.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.02	<i>La nivelul structurii există registrul operațiunilor de sterilizare termică, completat la zi.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.03	<i>La nivelul structurii există registrul operațiunilor de sterilizare chimică, completat la zi.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.04	<i>La nivelul spitalului este reglementat modul de verificare a sterilizării de către serviciul de sterilizare și SSPLIAAM/CSPLIAAM.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.05	<i>La nivelul spitalului se fac verificări ale eficienței sterilizării materialului moale și dispozitivelor medicale reutilizabile.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.06	<i>Validarea procesului de sterilizare are în vedere la fiecare șarjă, utilizarea a minim unui indicator biologic adaptat tipului de agent de inactivare în parte (abur, plasma, formaldehida, ETO etc).</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.54

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.02.04.07	La nivelul serviciului de sterilizare există evidența testării periodice a puterii de penetrabilitate a aburului prin metoda Bowie-Dick.	I						
02.11.02.04.08	Pachetele cu material moale sterilizat conțin în interior minim un indicator de proces.	I						
02.11.02.04.09	Fiecare recipient folosit la sterilizarea chimică are consemnată data constituirii substanței folosite la sterilizare și termenul de valabilitate al acesteia/data expirării.	I						
02.11.02.04.10	Igienizarea/decontaminarea/dezinfecția spațiilor și echipamentelor de la nivelul structurii este reglementată.	I						
02.11.02.04.11	La nivelul spitalului este realizat circuitul dedicat serviciului de sterilizare prin separarea fizică a zonelor de proces (zona murdară, curată și zona sterilă).	I						
02.11.02.04.12	Zonele serviciului de sterilizare sunt separate sugestiv prin semnalizare vizuală.	I						
02.11.02.04.13	Zonele funcționale în cadrul serviciului de sterilizare au un sistem de acces tip filtru pentru personal pentru evitarea contaminării încrucișate.	I						
02.11.02.04.14	La nivelul spitalului există un sistem de trasabilitate al instrumentelor/truselor și a materialului moale procesat în cadrul serviciului de sterilizare.	I						
02.11.02.04.15	La nivelul structurii există planificarea instruirilor periodice ale personalului care operează procese de spălare-dezinfecție și sterilizare chimică sau cu echipamente automate.	I						
02.11.02.04.16	Serviciul de sterilizare utilizează o modalitate de codificare a truselor dedicate diferitelor specialități medicale.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.54

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
---------	-------	-----	----	----	-----	-----------------------	-----	--

## LISTA DE VERIFICARE NR.55

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.10	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.	C						
01.08.02.10.01	Personalul care manevrează produse radioactive utilizează echipament de protecție.	I						
01.08.02.10.02	Există dovada instructajelor periodice ale personalul care manevrează produse radioactive.	I						
01.08.02.10.03	Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere este reglementată.	I						
02.03.01.02	Elaborarea protocoalelor de diagnostic și tratament este făcută pe baza principiilor medicinei bazate pe dovezi, a experienței clinice de la nivelul spitalului și în funcție de capacitatea tehnico-materială a spitalului.	C						
02.03.01.02.01	La nivelul secțiilor există evidența patologiilor tratate pentru care sunt elaborate protocoale de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.03	Protocoalele de diagnostic și tratament sunt utilizate individualizat, conform particularităților cazului.	C						
02.03.01.03.02	La nivelul secției există analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.03.01.04	Evaluarea eficienței și eficacității protocoalelor se efectuează periodic.	C						
02.03.01.04.02	La nivelul secției există analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocoalelor de diagnostic și tratament.	I						
02.07.01.01	Dotarea serviciului de radioterapie/medicină nucleară asigură nevoile de tratament specifice pacientului.	C						
02.07.01.01.01	La nivelul spitalului există evidența patologiilor pentru care se pot oferi servicii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.01.02	Utilizarea planului de tratament computerizat este o practică uzuală în radioterapie.	I						
02.07.01.01.04	Tehnicile de radioterapie utilizate permit tratamentul tumorilor mobile.	I						
02.07.01.01.05	La nivelul spitalului este reglementat modul de acțiune în cazul situațiilor de disfuncționalitate incidentală a aparaturii de radioterapie/medicină nucleară.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.55

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.07.01.01.06	La nivelul spitalului este posibilă radioterapia intraoperatorie.	I						
02.07.01.02	Radioterapia/medicina nucleară respectă regulile de bună practică specifice.	C						
02.07.01.02.02	Protocoalele terapeutice de radioterapie/medicină nucleară cuprind referințele bibliografice care au stat la baza elaborării lor.	I						
02.07.01.02.03	Protocoalele terapeutice de radioterapie/medicină nucleară conțin precizări referitoare la resursele tehnico-materiale necesare aplicării acestora.	I						
02.07.01.02.04	În FO există informații despre investigațiile și tratamentele efectuate anterior de către pacient, specifice patologiei pentru care se solicită proceduri de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.02.05	La nivelul spitalului este definit setul minim de date care permite efectuarea în siguranță a procedurii de radioterapie.	I						
02.07.01.02.06	La nivelul spitalului există analize periodice cu privire la modul de completare a datelor înscrise în formularul de solicitare a efectuării procedurii de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.01.02.07	În recomandarea pentru efectuarea procedurii de radioterapie sunt precizate obligatoriu tipul de procedură, coordonatele geometrice ale iradierii, dozele de iradiere pentru administrare și durata tratamentului.	I						
02.07.01.02.08	În foaia de tratament de radioterapie sunt consemnate precizări cu privire la identificarea pacientului, coordonatele geometrice ale iradierii, doza de iradiere pe fracție, ziua și ora administrării.	I						
02.07.01.02.09	Situațiile de expunere mărită sau nedorită, accidente sau complicații post-radioterapie sunt reglementate specific.	I						
02.07.01.02.10	Abaterile radioterapiei de la recomandările inițiale sunt consemnate în documentele medicale.	I						
02.07.01.02.11	Expunerea la radiații a pacientului este înregistrată în Dosarul Electronic de Sănătate, cu specificarea dozei pentru fiecare episod de expunere și a datei calendaristice a expunerii.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.55

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.07.01.02.12	Înregistrările dozelor și datelor calendaristice de expunere la radiații sunt înregistrate distinct în documentele înmânate pacientului.	I						
02.07.01.02.13	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de iradiere transcorporeală.	I						
02.07.02.01	Radioterapia/medicina nucleară utilizată în tratamentul pacientului oncologic este monitorizată.	C						
02.07.02.01.01	La nivelul spitalului există posibilitatea evaluării răspunsului intracelular la tratamentul oncologic.	I						
02.07.02.01.02	Monitorizarea dozelor de expunere ale pacientului pentru încadrarea în intervalul terapeutic acceptat este reglementată la nivelul serviciului de radioterapie/medicină nucleară.	I						
02.07.02.01.03	La nivelul spitalului există analize periodice ale concordanței recomandărilor privind radioterapia și tratamentul efectiv menționat în foaia de tratament a pacientului.	I						
02.07.02.01.04	La nivelul spitalului este reglementat modul de recalculare a dozelor de administrat pacientului în cazul nefuncționării incidentale a aparaturii de radioterapie.	I						
02.07.02.02	Practica de radioterapie/medicină nucleară este evaluată și îmbunătățită constant.	C						
02.07.02.02.01	La nivelul spitalului este definit setul de indicatori pentru evaluarea eficacității și eficienței utilizării protocoalelor de radioterapie / medicină nucleară.	I						
02.07.02.02.02	La nivelul spitalului se desfășoară autoevaluări semestriale ale indicatorilor de eficacitate și eficiență ai utilizării protocoalelor de radioterapie / medicină nucleară.	I						
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.	C						
02.12.05.01.01	La nivelul spitalului există analize periodice ale recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații cu respectarea limitării expunerii nejustificate a pacientului.	I						
02.12.05.01.02	La nivelul spitalului există protocoale specifice prin care se stabilește nivelul dozei de iradiere.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.55

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.05.01.03	Personalul supus radiațiilor utilizează echipament de protecție, inclusiv dozimetre.	I						
02.12.05.01.04	La nivelul spitalului este planificată verificarea periodică a dozimetrelor distribuite personalului expus la radiații.	I						
02.12.05.01.05	Data și doza per episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrate în FO/documentele medicale.	I						
02.12.05.01.06	Doza totală de expunere la radiații a pacientului este consemnată în FO/documentele medicale la externare.	I						
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.	C						
02.12.05.03.01	Planul de tratament computerizat este o practică uzuală în radioterapie.	I						
02.12.05.03.02	Planul de tratament în radioterapie este individualizat și are menționate volumele de iradiat și a organelor care trebuie protejate.	I						
02.12.05.03.04	În cazul nefuncționării incidentale a aparaturii de radioterapie, recalcularea dozelor de administrat pacienților este reglementată la nivelul spitalului.	I						
02.12.05.03.07	Serviciul de radioterapie utilizează în cursul efectuării iradierii, după caz, mijloace de imobilizare personalizate pentru pacienți.	I						
02.12.05.03.08	Controlul dozimetric al pacientului cu brahiterapie este o practică uzuală.	I						
02.12.05.03.09	În cazul implanturilor permanente la pacientul cu brahiterapie, sunt evaluate dozele cu risc de iradiere pentru membri familiei și persoanele din anturaj.	I						
02.12.05.03.10	În cazul implanturilor permanente în brahiterapie, sunt înmânate pacientului/aparținătorilor instrucțiuni scrise privind regulile de comportament după spitalizare.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.55

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.05.05	<i>Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.</i>	<i>C</i>						
02.12.05.05.01	<i>La nivelul spitalului există formular de informare cu privire la riscul expunerii la radiații și acord pentru persoanele care ajută voluntar pacientul.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.05.02	<i>Persoanele care ajuta în mod voluntar pacientul supus radiațiilor utilizează echipament de protecție, inclusiv dozimetre.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

## LISTA DE VERIFICARE NR.56

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.02	<i>Documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament sunt păstrate în spații amenajate și dotate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01	<i>Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.01.02	<i>Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.02	<i>Spitalul are sistem funcțional de programare al solicitanților în spațiile de așteptare de la Recepție, Biroul internări, Ambulatoriu, bază de tratament, după caz.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.11	<i>Semnalizarea camerelor, saloanelor și grupurilor sanitare permite identificarea acestora.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.12	<i>La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcasele obligatorii în limba română și marcase/inscripționări multilingvistice.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.13	<i>La nivelul spitalului există marcase/inscripționări accesibile nevăzătorilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.14	<i>Zonele cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.04	<i>Pictograma codificării vestimentare a fiecărei secții/ departament este afișată la loc vizibil.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06	<i>Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.06.01	<i>La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind serviciile medicale și patologiile tratate în spital.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.56

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.06.02	La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind drepturile și obligațiile pacienților și aparținătorilor.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.01	Regulile de comportament în spital sunt afișate vizibil în zone accesibile pacienților/aparținătorilor.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare pentru pacienți/aparținători.	I						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	I						
01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei tărgi sau a unui pat mobil.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I						
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I						
01.08.02.01.30	Ușile de evacuare în caz de urgență se deschid numai spre exterior.	I						
01.08.02.01.31	Trecerea dintr-un spațiu în altul, la nivelul ușilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc)	I						
01.08.02.01.32	Căile de acces sunt prevăzute cu rampe adaptate (unghi mai mic de 25°) sau alte facilități de acces.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.56

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01.33	Sistemul de deschidere al ușilor este accesibil și persoanelor cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.34	Ușile de acces la coridoare și scări au ferestre de vizualizare.	I						
01.08.02.01.36	Cazarmanentul utilizat în spital este lavabil și/sau de unică folosință.	I						
01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.	I						
01.08.02.01.43	Ferestrele au sisteme antidefenestrare.	I						
01.08.02.01.44	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.46	Grupurile sanitare permit accesul și utilizarea facilă pentru persoane cu dizabilități.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.08.02.10	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.	C						
01.08.02.10.01	Personalul care manevrează produse radioactive utilizează echipament de protecție.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.06	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.56

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	C						
01.09.01.09.05	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.03	Există trusă de urgență în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.04	Medicamentele și soluțiile perfuzabile din trusa de urgență sunt în termen de valabilitate.	I						
02.01.03.01.05	Materialele sanitare din trusa de urgență sunt sigilate și sterile.	I						
02.01.03.01.06	Există balon Ruben funcțional în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.07	Există pipă Gudel/mască laringiană funcțională în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.08	Există laringoscop funcțional și sonde IOT sterile, de diferite dimensiuni în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație peste limitele admise per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.56

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.03	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I						
02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.04	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.	C						
02.12.05.01.03	Personalul supus radiațiilor utilizează echipament de protecție, inclusiv dozimetre.	I						
02.12.05.03	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radioterapie/medicină nucleară urmăresc stabilirea, adaptarea și actualizarea planului de tratament individualizat.	C						
02.12.05.03.01	Planul de tratament computerizat este o practică uzuală în radioterapie.	I						

Alte observații:



LISTA DE VERIFICARE NR.56

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
---------	-------	-----	----	----	-----	-----------------------	-----	--

## LISTA DE VERIFICARE NR.57

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.02	<i>Documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament sunt păstrate în spații amenajate și dotate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01	<i>Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.01.02	<i>Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.02	<i>Spitalul are sistem funcțional de programare al solicitanților în spațiile de așteptare de la Recepție, Biroul internări, Ambulatoriu, bază de tratament, după caz.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.11	<i>Semnalizarea camerelor, saloanelor și grupurilor sanitare permite identificarea acestora.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.12	<i>La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcasele obligatorii în limba română și marcase/inscripționări multilingvistice.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.13	<i>La nivelul spitalului există marcase/inscripționări accesibile nevăzătorilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.14	<i>Zonele cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.04	<i>Pictograma codificării vestimentare a fiecărei secții/ departament este afișată la loc vizibil.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.06	<i>Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.06.01	<i>La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind serviciile medicale și patologiile tratate în spital.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.57

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.06.02	La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind drepturile și obligațiile pacienților și aparținătorilor.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.01	Regulile de comportament în spital sunt afișate vizibil în zone accesibile pacienților/aparținătorilor.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare pentru pacienți/aparținători.	I						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	I						
01.08.02.01.18	Coridoarele au lățimea care să permită întoarcerea unei tărgi sau a unui pat mobil.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I						
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I						
01.08.02.01.30	Ușile de evacuare în caz de urgență se deschid numai spre exterior.	I						
01.08.02.01.31	Trecerea dintr-un spațiu în altul, la nivelul ușilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc)	I						
01.08.02.01.32	Căile de acces sunt prevăzute cu rampe adaptate (unghi mai mic de 25°) sau alte facilități de acces.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.57

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01.33	Sistemul de deschidere al ușilor este accesibil și persoanelor cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.34	Ușile de acces la coridoare și scări au ferestre de vizualizare.	I						
01.08.02.01.36	Cazarmanentul utilizat în spital este lavabil și/sau de unică folosință.	I						
01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.	I						
01.08.02.01.43	Ferestrele au sisteme antidefenestrare.	I						
01.08.02.01.44	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.46	Grupurile sanitare permit accesul și utilizarea facilă pentru persoane cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.65	Bazinele de hidroterapie au asigurate echipamente de salvare, accesibile.	I						
01.08.02.01.66	La bazinele de hidroterapie, pentru siguranța pacienților, există personal cu pregătire în salvare de la înec.	I						
01.08.02.01.67	Bazinele de hidroterapie au sistem de supraveghere video.	I						
01.08.02.01.68	Pavimentele din zona de hidroterapie sunt acoperite cu materiale antiderapante.	I						
01.08.02.01.69	Accesul în zona de hidroterapie se face supravegheat, cu încălțăminte antiderapantă și cu însoțitor, după caz.	I						
01.08.02.01.70	Zonele cu risc fizic ale spațiilor de hidroterapie sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.71	Zona de hidroterapie are elevatoare funcționale pentru pacienți.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înșepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.11	Spitalul are prevăzute măsuri pentru siguranța fizică a angajaților.	C						
01.08.02.11.06	Există sisteme de elevare și/sau de transport mecanizat ale pacienților.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.57

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinsecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	C						
01.09.01.09.05	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.03	Există trusă de urgență în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.04	Medicamentele și soluțiile perfuzabile din trusa de urgență sunt în termen de valabilitate.	I						
02.01.03.01.05	Materialele sanitare din trusa de urgență sunt sigilate și sterile.	I						
02.01.03.01.06	Există balon Ruben funcțional în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.07	Există pipă Gudel/mască laringiană funcțională în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.08	Există laringoscop funcțional și sonde IOT sterile, de diferite dimensiuni în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.	I						
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/aparținătorilor (ex.: buton panică personal)	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.57

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație peste limitele admise per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.03	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I						
02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.04	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.58

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.02	Prepararea substanțelor toxice/a diluțiilor sterile cu citostatice este efectuată sub protecția utilizării hotei cu flux laminar vertical, în spații special amenajate.	I						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
02.03.02.04	Spitalul se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi (BCR).	C						
02.03.02.04.04	Laboratorul calculează rata filtrării glomerulare (RFG) plecând de la creatinina serică.	I						
02.05.01.01	Secțiile definesc și estimează nevoia de servicii paraclinice în funcție de nivelul de competență a spitalului.	C						
02.05.01.01.02	Setul minim de investigații pentru pacientul internat conține creatinina și clearanceul la creatinină pentru depistarea precoce a bolii cronice de rinichi.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.58

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	C						
02.05.02.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice a neconformităților aferente activității laboratorului datorate aparaturii existente.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.01	La nivelul spitalului este utilizat un sistem de identificare a probelor/segmentului de investigat.	I						
02.05.03.02.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.	I						
02.05.03.02.05	Spitalul utilizează soluții de automatizare a fluxurilor operaționale de transport probe/rezultate între sectoarele de activitate.	I						
02.10.04.01	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate a investigațiilor pentru detectarea antibioticorezistenței.	C						
02.10.04.01.01	Laboratorul de microbiologie are control extern de calitate al investigațiilor pentru determinarea antibioticorezistenței.	I						
02.10.04.01.02	Laboratorul de microbiologie are proceduri de control al antibioticorezistenței și de alertare în cazul apariției unui profil particular de antibioticorezistență.	I						
02.10.04.01.03	Identificarea tulpinilor de microorganisme producătoare de enzime inhibitorii de antibiotice (ESBL, MRSA etc.) este menționată cu atenționare în rezultatele antibiogramelor.	I						
02.10.04.01.04	Laboratorul clinic identifică germenii din produse patologice, cu încadrarea acestora în subgrupe.	I						
02.10.04.01.05	Laboratorul clinic monitorizează tendința de evoluție a bacteriilor multidrog rezistente (MDR).	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.58

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.04.02	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic colaborează cu Serviciul/Compartimentelor de Prevenire a Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale (SPLIAAM/CPLIAAM), farmacia, clinicienii și managementul spitalului cu privire la datele de monitorizare a antibioticorezistenței.	C						
02.10.04.02.02	Laboratorul de microbiologie informează secțiile, farmacia și SPLIAAM/CPLIAAM cu privire la schimbările profilului antibioticorezistenței în spital.	I						
02.11.01.02	Managementul spitalului asigură condițiile de implementare a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea, prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale.	C						
02.11.01.02.01	Există o structură a compartimentului de microbiologie din laboratorul clinic dedicată supravegherii IAAM.	I						
02.12.06.01	Laboratorul clinic identifică și evaluează riscurile microbiologice.	C						
02.12.06.01.01	La nivelul laboratorului sunt identificate riscurile microbiologice și sunt înregistrate în registrul riscurilor de la nivelul spitalului.	I						
02.12.06.01.02	La nivelul laboratorului este implementată o modalitate de monitorizare a riscurilor microbiologice specifice activităților proprii.	I						
02.12.06.02	Riscurile microbiologice ale laboratorului clinic sunt analizate și se stabilesc reguli de bună practică.	C						
02.12.06.02.01	Există analiza semestrială a riscurilor microbiologice de la nivelul laboratorului.	I						
02.12.06.02.02	Laboratorul stabilește instrucțiuni de lucru pe baza analizei riscurilor microbiologice proprii identificate.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.58

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATHI / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.59

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.02	Prepararea substanțelor toxice/a diluțiilor sterile cu citostatice este efectuată sub protecția utilizării hotei cu flux laminar vertical, în spații special amenajate.	I						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
02.15.02.03	Spitalul are reglementate activitățile necesare a fi desfășurate în situațiile de deces al pacientului.	C						
02.15.02.03.03	Spitalul are asigurat serviciul de prosectură.	I						
02.15.02.03.04	La nivelul spitalului este reglementat modul de identificare a pacientului decedat.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.59

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATHI / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.60

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înșepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.08.02.10	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de iradiere.	C						
01.08.02.10.01	Personalul care manevrează produse radioactive utilizează echipament de protecție.	I						
01.08.02.10.02	Există dovada instructajelor periodice ale personalul care manevrează produse radioactive.	I						
01.08.02.10.03	Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere este reglementată.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.02	La nivelul spitalului există evidența zilnică a locurilor disponibile pentru programare la investigații imagistice și prin proceduri invazive.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.60

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.05.02.01	Monitorizarea și analiza neconformităților sunt utilizate pentru îmbunătățirea activității paraclinice.	C						
02.05.02.01.02	La nivelul spitalului există analize periodice a neconformităților aferente activității laboratorului datorate aparaturii existente.	I						
02.05.02.03	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.	C						
02.05.02.03.02	La nivelul spitalului există protocoale pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională.	I						
02.05.02.03.03	Interpretările și imaginile investigațiilor paraclinice sunt transmise medicului prescriptor în format electronic.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.01	La nivelul spitalului este utilizat un sistem de identificare a probelor/segmentului de investigat.	I						
02.05.03.02.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.03	Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive și în sălile de naștere pe perioada desfășurării activității specifice este reglementat.	I						
02.12.04.03	Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.	C						
02.12.04.03.01	Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.60

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.05.01	Principiile generale privind radioprotecția în radiodiagnostic, radiologie intervențională, radioterapie și medicină nucleară sunt aplicate corect și constant.	C						
02.12.05.01.01	La nivelul spitalului există analize periodice ale recomandărilor privind manevrele cu expunere la radiații cu respectarea limitării expunerii nejustificate a pacientului.	I						
02.12.05.01.02	La nivelul spitalului există protocoale specifice prin care se stabilește nivelul dozei de iradiere.	I						
02.12.05.01.03	Personalul supus radiațiilor utilizează echipament de protecție, inclusiv dozimetre.	I						
02.12.05.01.04	La nivelul spitalului este planificată verificarea periodică a dozimetrelor distribuite personalului expus la radiații.	I						
02.12.05.01.05	Data și doza per episod de expunere la radiații a pacientului sunt înregistrate în FO/documentele medicale.	I						
02.12.05.01.06	Doza totală de expunere la radiații a pacientului este consemnată în FO/documentele medicale la externare.	I						
02.12.05.02	Principiile de radioprotecție privind procedurile de radiodiagnostic urmăresc calitatea imaginii, minimum de expunere și delimitarea precisă a zonei.	C						
02.12.05.02.02	Recomandările de investigare radiologică/imagistică medicală cuprind mențiuni precise cu privire la zona de examinat și, după caz, incidențele solicitate.	I						
02.12.05.04	Principiile de radioprotecție privind radiologia intervențională urmăresc utilizarea protocoalelor specifice în vederea optimizării timpului de intervenție.	C						
02.12.05.04.01	Protocoalele specifice utilizate în radiologia intervențională conțin mențiuni cu privire la durata intervenției în raport cu timpul de expunere la radiații.	I						
02.12.05.04.02	Protocoalele specifice utilizate în radiologia intervențională sunt analizate anual în vederea reducerii timpului de expunere la radiații.	I						

**LISTA DE VERIFICARE NR.60**

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.05.05	<i>Persoanele care ajută voluntar un pacient sunt informate asupra riscurilor asociate expunerii voluntare și li se asigură protecția necesară.</i>	<i>C</i>						
02.12.05.05.01	<i>La nivelul spitalului există formular de informare cu privire la riscul expunerii la radiații și acord pentru persoanele care ajută voluntar pacientul.</i>	<i>I</i>						
02.12.05.05.02	<i>Persoanele care ajuta în mod voluntar pacientul supus radiațiilor utilizează echipament de protecție, inclusiv dozimetre.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

--



## LISTA DE VERIFICARE NR.61

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.05	Instituția asigură și își asumă calitatea sterilizării.	C						
01.09.01.05.01	La nivelul structurii este reglementat modul de desfășurare al activităților legate de procesul de sterilizare.	I						
01.09.01.05.04	La nivelul structurii există nomenclator cu instrumente și dispozitive medicale, cu precizarea numărului de resterilizări admisibile pentru fiecare.	I						
01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	C						
01.09.01.09.05	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.02	La nivelul spitalului există evidența zilnică a locurilor disponibile pentru programare la investigații imagistice și prin proceduri invazive.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.61

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.05.02.03	<i>Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.</i>	<i>C</i>						
02.05.02.03.02	<i>La nivelul spitalului există protocoale pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională.</i>	<i>I</i>						
02.05.02.03.03	<i>Interpretările și imaginile investigațiilor paraclinice sunt transmise medicului prescriptor în format electronic.</i>	<i>I</i>						
02.05.03.02	<i>Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.</i>	<i>C</i>						
02.05.03.02.03	<i>La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.01	<i>Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.</i>	<i>C</i>						
02.11.02.01.03	<i>Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive și în sălile de naștere pe perioada desfășurării activității specifice este reglementat.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04	<i>Calitatea sterilizării este verificată și supravegheată.</i>	<i>C</i>						
02.11.02.04.01	<i>La nivelul structurii există registrul de evidență a operațiunilor de predezinfecție, curățare/dezinfecție a dispozitivelor medicale reutilizabile, completat la zi.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.03	<i>La nivelul structurii există registrul operațiunilor de sterilizare chimică, completat la zi.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.09	<i>Fiecare recipient folosit la sterilizarea chimică are consemnată data constituirii substanței folosite la sterilizare și termenul de valabilitate al acesteia/data expirării.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.10	<i>Igienizarea/decontaminarea/dezinfecția spațiilor și echipamentelor de la nivelul structurii este reglementată.</i>	<i>I</i>						
02.11.02.04.15	<i>La nivelul structurii există planificarea instruirilor periodice ale personalului care operează procese de spălare-dezinfecție și sterilizare chimică sau cu echipamente automate.</i>	<i>I</i>						

LISTA DE VERIFICARE NR.61

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.04.03	Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate.	C						
02.12.04.03.01	Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie.	I						

Alte observatii:

## LISTA DE VERIFICARE NR.62

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.16	La nivelul spitalului este asigurat stocul stabilit de medicamente necesare pentru serviciile medicale de urgență.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.06	Codificarea medicației eliberate din farmacie permite identificarea pacientului.	I						
02.09.01.01.07	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile.	I						
02.09.01.01.09	Eliberarea medicamentelor cu costuri mari se face doar cu aprobarea prealabilă a managementului.	I						
02.09.01.02	Farmacologul/Farmacistul clinician este implicat activ în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației.	C						
02.09.01.02.05	Farmacistul clinician supervizează activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale special stabilite de Consiliul medical.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.62

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.09.02.02	Organizarea activității farmaceutice se face pe baza unor proceduri și instrucțiuni de lucru specifice.	C						
02.09.02.02.04	La nivelul spitalului există personal nominalizat cu monitorizarea mișcării medicamentelor și produselor farmaceutice, monitorizarea termenelor de valabilitate și retragerea produselor farmaceutice care expiră.	I						
02.09.02.02.05	La nivelul spitalului există reglementare cu privire la modul de atenționare a sefilor de secție referitor la medicația cu mișcare încetinită.	I						
02.09.02.02.10	La nivelul spitalului este reglementată activitatea de dizolvare/diluție pentru preparatele parenterale (soluții injectabile sau perfuzabile).	I						
02.09.02.02.11	Soluțiile sterile sunt preparate în farmacie, într-un spațiu special amenajat (separat, izolat, aseptice).	I						
02.09.02.04	Circuitul informațional al produselor farmaceutice este respectat.	C						
02.09.02.04.02	Seria și lotul substanțelor utilizate la prepararea magistralelor sunt înregistrate în registrul preparatelor magistrale și al produselor elaborate.	I						
02.09.02.04.04	Registrele de evidență stupefiante sunt completate la zi și securizate în farmacie și pe secțiile din spital.	I						
02.09.02.04.05	Înregistrările monitorizării temperaturii și umidității pentru fiecare încăpere a farmaciei și înregistrările de temperatură pentru instalațiile frigorifice sunt completate la zi.	I						
02.09.02.05	Medicația din studiile clinice este păstrată și gestionată în condiții optime de farmacia spitalului/farmacistul șef, utilizarea ei fiind monitorizată de farmacologul/farmacistul clinician.	C						
02.09.02.05.01	Medicația din studiile clinice este păstrată în farmacia spitalului, conform specificațiilor individuale și gestionată de către farmacistul-șef.	I						
02.09.02.05.02	Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice este reglementată.	I						
02.09.02.05.03	Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice se efectuează de către farmacistul-șef / farmacolog / farmacistul clinician, după caz.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.62

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.10.03.01	Farmacia asigură necesarul de antibiotice, luând în considerare evoluția antibioticorezistenței și monitorizează consumul de antibiotice și traseul complet al produselor eliberate, inclusiv al celor care nu au fost administrate.	C						
02.10.03.01.04	Ora eliberării antibioticelor din farmacie este stabilită pentru a asigura respectarea ritmului de administrare și este consemnată în documentele farmaciei și în FO.	I						
02.10.03.02	Farmacia verifică respectarea bunelor practici în prescrierea și utilizarea antibioticelor.	C						
02.10.03.02.02	Pentru monitorizarea globală, farmacia exprimă consumul de antibiotice pe secții și pe spital sub forma DDD.	I						
02.10.03.03	Farmacia informează periodic prescriptorii și conducerea spitalului cu privire la antibioticele disponibile, precum și consumul de antibiotice realizat pe secții/compartimente cu paturi și pe medici.	C						
02.10.03.03.01	Farmacia informează lunar prescriptorii cu privire la antibioticele disponibile.	I						
02.10.03.03.02	Spitalul are definite și comunicate medicilor curanți antibioticele cu regim special.	I						
02.10.03.03.03	Farmacia informează lunar consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice și returul acestora, pentru fiecare secție.	I						
02.10.03.03.04	Farmacia informează lunar consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice per medic.	I						
02.10.04.01	Compartimentul de microbiologie al laboratorului clinic are proceduri de control intern de calitate a investigațiilor pentru detectarea antibioticorezistenței.	C						
02.10.04.01.06	Antibioticele/antifungicele utilizate pentru executarea antibiogramelor/antifungigramei sunt disponibile în farmacia spitalului.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.62

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATH / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI

## LISTA DE VERIFICARE NR.63

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.04.03.01	Spitalul are implementată o metodologie de monitorizare a costurilor serviciilor.	C						
01.04.03.01.02	La nivelul secției/ambulatoriului există analize periodice ale cheltuielilor directe.	I						
01.06.01.01	Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.	C						
01.06.01.01.04	Există un sistem funcțional de programare telefonică a consultațiilor.	I						
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.03	Spitalul asigură condiții pentru accesul medicilor la Dosarul Electronic al Pacientului (DES).	I						
01.06.03.01	Comunicarea personalului cu pacientul/aparținătorii urmărește educarea acestora în vederea implicării în luarea și respectarea deciziilor terapeutice.	C						
01.06.03.01.04	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente.	I						
02.01.02.01	Primirea și consultul pacientului programat sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.01.02.01.03	La nivelul spitalului există evidența zilnică a locurilor disponibile pentru programarea consultațiilor.	I						
02.02.01.02	Spitalul are organizată o modalitate de orientare a pacienților care depășesc competențele acestuia și facilitează accesul la serviciile de care au nevoie.	C						
02.02.01.02.01	Există evidența patologiilor și a potențialelor nevoi speciale ale pacienților care depășesc nivelul de competență al spitalului.	I						
02.02.01.03	Recunoașterea rezultatelor investigațiilor efectuate în alte unități sanitare, precum și repetarea acestora sunt reglementate la nivelul spitalului.	C						
02.02.01.03.02	Evidența unităților sanitare recunoscute din punct de vedere al îndeplinirii criteriilor stabilite pentru acceptarea rezultatelor investigațiilor efectuate este accesibilă personalului medical.	I						



## LISTA DE VERIFICARE NR.63

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.02.02.03	Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale.	C						
02.02.02.03.01	La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de evaluare a durerii pe bază de scoruri.	I						
02.04.03.02	Spitalul asigură servicii de susținere a asistenței medicale pentru copii.	C						
02.04.03.02.04	Spitalul asigură continuitatea asistenței psihologice pentru copii, după externare.	I						
02.05.02.03	Practicile de radiodiagnostic, radiologie intervențională și explorări funcționale sunt centrate pe nevoile pacientului, monitorizate și evaluate periodic.	C						
02.05.02.03.02	La nivelul spitalului există protocoale pentru pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor de radiodiagnostic, imagistic, a explorărilor funcționale și a manoperelor în radiologia intervențională.	I						
02.05.02.03.03	Interpretările și imaginile investigațiilor paraclinice sunt transmise medicului prescriptor în format electronic.	I						
02.05.03.02	Spitalul reglementează condițiile necesare desfășurării proceselor de preexaminare și postexaminare de laborator.	C						
02.05.03.02.03	La nivelul spitalului există planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la recoltarea probelor și/sau pregătirea pacienților în vederea efectuării investigațiilor paraclinice.	I						
02.05.03.02.06	Spitalul utilizează sistem de transmitere electronică a rezultatelor de laborator către medicul prescriptor.	I						
02.09.01.01	Condițiile de prescriere ale medicației în spital sunt stabilite și cunoscute la nivel de secție și farmacie.	C						
02.09.01.01.01	La nivelul spitalului este stabilită medicația cu risc de administrare.	I						
02.09.01.01.02	La nivelul spitalului sunt reglementate condițiile de prescriere/administrare a medicației cu risc.	I						
02.09.01.03	Farmacia asigură medicamentele necesare susținerii continuității actului medical.	C						
02.09.01.03.02	Medicii curanți au acces în timp real la informații cu privire la disponibilul de medicamente în farmacie.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.63

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.12.02.02	<i>Depozitarea și manipularea medicamentelor cu risc înalt sau a medicamentelor a/al căror denumire/ambalaj este asemănător, sunt reglementate în spital.</i>	<i>C</i>						
02.12.02.02.02	<i>La nivelul spitalului este reglementat modul de monitorizare a depozitării, etichetării, prescrierii și utilizării medicamentelor cu risc înalt și a celor cu denumire/ambalaj asemănător.</i>	<i>I</i>						
03.03.01.02	<i>Spitalul asigură instruirea personalului medical pentru prevenirea depășirii competențelor deținute.</i>	<i>C</i>						
03.03.01.02.01	<i>La nivelul spitalului sunt stabilite criterii pentru evaluarea modului în care personalul respectă limita de competență profesională.</i>	<i>I</i>						

Alte observații:

--

## LISTA DE VERIFICARE NR.64

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.05.04.05	<i>Păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor.</i>	<i>C</i>						
01.05.04.05.02	<i>Documentele medicale ale pacienților aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament sunt păstrate în spații amenajate și dotate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.01	<i>Spitalul pune la dispoziția publicului canale de comunicare variate.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.01.02	<i>Spitalul asigură materiale informative cu privire la educația sanitară și prevenție.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03	<i>Spitalul asigură condițiile necesare orientării cu ușurință.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.03.02	<i>Spitalul are sistem funcțional de programare al solicitanților în spațiile de așteptare de la Recepție, Biroul internări, Ambulatoriu, bază de tratament, după caz.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.09	<i>Există semnalizări distincte, vizibile permanent pentru Recepție / UPU/CPU / Cameră de gardă / Birou internări / Ambulatoriu.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.11	<i>Semnalizarea camerelor, saloanelor și grupurilor sanitare permite identificarea acestora.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.12	<i>La nivelul spitalului există, după caz, pe lângă marcajele obligatorii în limba română și marcaje/inscripționări multilingvistice.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.13	<i>La nivelul spitalului există marcaje/inscripționări accesibile nevăzătorilor.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.03.14	<i>Zonele cu trafic controlat, acces restricționat și/sau acces interzis sunt semnalizate.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04	<i>Spitalul asigură condițiile necesare identificării personalului.</i>	<i>C</i>						
01.06.01.04.01	<i>Personalul poartă ecuson care permite identificarea acestuia.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.03	<i>Personalul poartă echipament conform codificării stabilite de către spital.</i>	<i>I</i>						
01.06.01.04.04	<i>Pictograma codificării vestimentare a fiecărei secții/ departament este afișată la loc vizibil.</i>	<i>I</i>						

## LISTA DE VERIFICARE NR.64

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.06.01.06	Spitalul oferă informații privind activitatea medicală prestată.	C						
01.06.01.06.01	La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind serviciile medicale și patologiiile tratate în spital.	I						
01.06.01.06.02	La intrarea în spital există un sistem de afișare a informațiilor privind drepturile și obligațiile pacienților și aparținătorilor.	I						
01.06.01.06.03	Programului Ambulatoriului, detaliat pe servicii, este afișat.	I						
01.06.01.06.04	Informații privind condițiile de internare, respectiv externare, sunt puse la dispoziția pacienților/aparținătorilor.	I						
01.06.01.07	Comunicarea externă se realizează având în vedere continuitatea procesului de îngrijire.	C						
01.06.01.07.02	La nivelul spitalului există un sistem de afișare a informațiilor privind furnizorii care oferă servicii medicale de Recuperare, de Îngrijiri la Domiciliu și de Îngrijiri Paliative.	I						
01.06.02.03	Regulile interne sunt comunicate personalului și pacienților.	C						
01.06.02.03.01	Regulile de comportament în spital sunt afișate vizibil în zone accesibile pacienților/aparținătorilor.	I						
01.08.02.01	Sunt identificate locurile și condițiile cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor (risc de cădere, de alunecare, de lovire, electrocutare etc.) și sunt adoptate măsuri de prevenire.	C						
01.08.02.01.13	Spitalul asigură zone de așteptare pentru pacienți/aparținători.	I						
01.08.02.01.14	Marginile și colțurile obiectelor din încăperi sunt astfel realizate sau protejate pentru a evita accidentările.	I						
01.08.02.01.16	Pavimentele umede sunt semnalizate.	I						
01.08.02.01.17	Coridoarele sunt prevăzute cu mână curentă.	I						
01.08.02.01.24	Sectoarele de activitate ale spitalului sunt organizate astfel încât permit evacuarea pe minim două căi.	I						
01.08.02.01.25	Căile de evacuare sunt semnalizate 24/7.	I						
01.08.02.01.26	Ușile dedicate evacuării au sistem de declanșare a alarmei la incendiu, în momentul deschiderii lor.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.64

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.01.27	Planul de evacuare, particularizat pe zone, este afișat în fiecare încăpere sau spațiu care necesită evacuare.	I						
01.08.02.01.28	Informațiile pentru reacția la incendiu sau cutremur sunt afișate în fiecare încăpere sau spațiu populat.	I						
01.08.02.01.29	Lățimea ușilor permite accesul pacientului inclusiv cu cadru, cirje, fotoliu rulant.	I						
01.08.02.01.30	Ușile de evacuare în caz de urgență se deschid numai spre exterior.	I						
01.08.02.01.31	Trecerea dintr-un spațiu în altul, la nivelul ușilor, se face fără obstacole (praguri, cabluri etc)	I						
01.08.02.01.32	Căile de acces sunt prevăzute cu rampe adaptate (unghi mai mic de 25°) sau alte facilități de acces.	I						
01.08.02.01.33	Sistemul de deschidere al ușilor este accesibil și persoanelor cu dizabilități.	I						
01.08.02.01.34	Ușile de acces la coridoare și scări au ferestre de vizualizare.	I						
01.08.02.01.37	Accesul la sursele de curent/oxigen, se face fără a fi necesară utilizarea prelungitoarelor.	I						
01.08.02.01.43	Ferestrele au sisteme antidefenestrare.	I						
01.08.02.01.44	Ferestrele au plase de protecție împotriva insectelor.	I						
01.08.02.01.46	Grupurile sanitare permit accesul și utilizarea facilă pentru persoane cu dizabilități.	I						
01.08.02.02	Managementul deșeurilor respectă regulile pentru prevenirea contaminării toxice și infecțioase.	C						
01.08.02.02.03	Colectarea deșeurilor se face în containere separate în funcție de codurile de culori.	I						
01.08.02.02.04	Deșeurile înțepătoare-tăietoare sunt colectate în cutii standardizate.	I						
01.08.02.02.08	Locațiile și timpul de depozitare a deșeurilor respectă prevederile legale.	I						
01.08.02.05	La nivelul spitalului sunt adoptate măsuri de protecție, pază și securitate pentru bunuri și persoane.	C						
01.08.02.05.03	Este asigurată depozitarea securizată pentru: documente și medicamente cu regim special.	I						
01.08.02.05.07	Spitalul are un sistem exterior și interior (spații comune) de monitorizare și înregistrare video, funcțional.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.64

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
01.08.02.09	Spitalul implementează măsuri de gestionare a riscului de contaminare chimică și biologică.	C						
01.08.02.09.03	Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a substanțelor toxice utilizează echipament de protecție.	I						
01.09.01.03	Deplasarea pacienților în spital se realizează în condiții de siguranță și confort, cu respectarea circuitelor.	C						
01.09.01.03.02	Există mijloace de transport pentru pacienți (cărucioare și brancarde).	I						
01.09.01.04	Curățenia și dezinfecția spațiilor și a echipamentelor sunt reglementate și monitorizate.	C						
01.09.01.04.02	Programul de curățenie este afișat la loc vizibil în spațiile în care se efectuează.	I						
01.09.01.04.03	Igienizarea se realizează cu ustensile marcate distinct pentru fiecare tip de zonă/suprafață/operațiune.	I						
01.09.01.04.04	Există mașini și echipamente automate speciale pentru curățenia și dezinfecția spațiilor.	I						
01.09.01.09	Instituția asigură calitativ și cantitativ lenjerie și efecte pentru pacienți, aparținători și personal medical.	C						
01.09.01.09.05	În cabinetele de consultații și salile de tratamente se folosesc lenjerie și efecte de unică folosință.	I						
02.01.03.01	Spitalul asigură asistența medicală de urgență, în limitele competențelor sale, permanent.	C						
02.01.03.01.03	Există trusă de urgență în dotarea structurii.	I						
02.01.03.01.04	Medicamentele și soluțiile perfuzabile din trusa de urgență sunt în termen de valabilitate.	I						
02.01.03.01.05	Materialele sanitare din trusa de urgență sunt sigilate și sterile.	I						
02.01.03.01.06	Există balon Ruben funcțional în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.07	Există pipă Gudel/mască laringiană funcțională în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.08	Există laringoscop funcțional și sonde IOT sterile, de diferite dimensiuni în trusa de urgență.	I						
02.01.03.01.09	Există defibrilator în dotarea structurii.	I						

## LISTA DE VERIFICARE NR.64

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVAȚII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI
02.01.04.02	Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive.	C						
02.01.04.02.02	Există modalități de alertare a personalului de intervenție în caz de manifestări agresive ale pacienților/apartinătorilor (ex.: buton panică personal)	I						
02.11.02.01	Zonele cu risc infecțios sunt identificate și supravegheate pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale IAAM.	C						
02.11.02.01.18	Număr teste sanitație peste limitele admise per număr teste sanitație utilizate de evaluatori în timpul vizitei.	I						
02.11.04.04	SSPLIAAM/CSPLIAAM supraveghează respectarea regulilor de igienă a mâinilor.	C						
02.11.04.04.03	Instrucțiunile de spălare și dezinfecție a mâinilor sunt afișate vizibil la fiecare lavoar sau dozator pentru dezinfectarea mâinilor.	I						
02.11.04.04.05	Lavoarele au modalitate de închidere-deschidere a robinetului care să prevină contaminarea mâinilor după spălare (ex.: închiderea robinetului cu hârtia sau celulă fotoelectrică).	I						
02.11.04.04.06	Există prosoape de hârtie disponibile lângă lavoar.	I						
02.11.04.06	Spitalul gestionează riscul infecțios al personalului.	C						
02.11.04.06.03	Personalul medical utilizează mănuși de unică folosință la fiecare contact cu pacientul.	I						
02.11.04.06.04	Personalul medical își schimbă mănușile la fiecare activitate medicală și/sau de îngrijire, pentru fiecare pacient în parte.	I						
02.12.07.02	Informarea și educarea pacientului/apartinătorilor și personalului contribuie la diminuarea riscurilor de cădere.	C						
02.12.07.02.01	Spitalul avertizează pacienții/apartinătorii cu privire la riscul de cădere.	I						

Alte observații:

LISTA DE VERIFICARE NR.64

Cod nou	Enunț	Tip	DA	NU	N/A	Nu a fost cazul	NR.	OBSERVATII / ALTA MODALITATE DE VALIDARE A CERINTEI