



325400, CARANSEBES, Str. Piața 21 Decembrie 1989 nr. 2, Județul CARAȘ SEVERIN
 Cod fiscal : 3228209, Tel/Fax: +4(0255)516361, Tel/centrala:+4(0255)511423/511425/511426
 email: spital.caransebes@yahoo.com; secretariat@spital-caransebes.ro

Nr. 3248 din 26.03 2019

PROCEDURĂ PRIVIND COMPLETAREA SI COLECTAREA CHESTIONARELOR SATISFACTIEI PACIENTILOR

PAGINĂ DE GARDĂ

Procedură	Operatională	<input checked="" type="checkbox"/>	De sistem	<input type="checkbox"/>
Ediția II	Revizia 0			
Număr procedură/2019				
Domeniul de activitate reglementat	Medico-chirurgical	<input type="checkbox"/>	Nemedical	<input checked="" type="checkbox"/>
Cod Procedură PO.MC.....N.2019				
Exemplarul nr. 0				

Elaborat, Ec. Alina Dragomir	Data 13.03.2019	Semnătura
Verificat, Dir. Medical, Dr. Singh Bhupinder	Data	Semnătura
Verificat pentru conformitate, S.M.C. Ec. Alina Dragomir	Data 13.03.2019	Semnătura
Avizat, Președintele Comisiei de Monitorizare Dr. Singh Bhupinder	Data	Semnătura
Viză Juridic, (dacă se face referire la acte normative în vigoare) Jur. Alin Simeria	Data 13.03.2019	Semnătura
Aprobat, Manager, Ec. Octavian Dena	Data 26.03.2019	Semnătura

❖ În conformitate cu art. 6 alin. 2 din Ordinul 600/2018, în vederea îndeplinirii în condiții de regularitate, eficacitate, economicitate și eficiență a obiectivelor entităților publice, compartimentele elaborează proceduri documentate, în coordonarea Comisiei de monitorizare.

Procedurile documentate se semnează:

- ❖ la întocmire de către responsabilii de activitățile procedurale;
- ❖ la verificare de către conducătorul compartiment;
- ❖ la avizare de către președintele Comisiei de monitorizare;
- ❖ și se aprobă de către conducătorul entității publice sau, după caz, conform procedurii proprii stabilite la nivelul entității publice;
- ❖ și se vor verifica pentru conformitate de către Biroul de Management al Calității Serviciilor Medicale.

CUPRINS

Pagina de gardă
Scop/ Necesitatea elaborării
Domeniu de aplicare
Documente de referință
Definiții și abrevieri
Descrierea activității sau procesului
Identificarea, analiza și tratarea riscurilor
Responsabilități
Formular evidență modificări
Formular analiză procedură
Formular distribuie procedură

1. SCOP

Procedura are drept scop, cunoasterea modului de distribuie, completare si colectare a chestionarelor de satisfactie a pacientilor.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplica in toate sectiile/compartimentele, laboratorul de radiologie si imagistica medicala din cadrul S.M.U.C.

3. DOCUMENTE DE REFERINTA

- **Ord.M.S. nr.961/2016**, pentru aprobarea Normelor tehnice privind curatarea, dezinfectia si sterilizarea in unitatile sanitare .
- **Ordinul 600/2018** privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.
- **Ord.M.S. nr.914/2006** modificat si completat, privind conditiile pe care trebuie sa le indeplineasca un spital in vederea obtinerii autorizatiei sanitare de functionare cu modificarile si completarile ulterioare.

4. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

S.M.U.C.-Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes

P.O-Procedura operationala

S.M.C.- Sistem de Management al Calitatii

5. DESCRIEREA PROCEDURII

Asistenta sefa din cadrul fiecarei sectii/compartiment, va inmana la internare sau externare pacientului/apartinatorului un formular de CHESTIONAR DE SATISFACTIE PACIENT, explicandu-i modalitatea de completare, faptul ca aceasta activitate este benevola si anonima.

Va informa de asemenea pacientul/apartinatorul ca formularul completat, se depune in urna special amenajata, existenta in fiecare sectie, amplasata la loc vizibil.

In prima saptamana din luna, responsabilul cu colectarea chestionarelor din cadrul S.M.C., impreuna cu asistenta sefa din cadrul fiecarei sectii/compartiment, deschid urna in care s-au colectat chestionarele si pe baza unui proces verbal de predare-primire, chestionarele mai sus amintite se preiau de responsabilul S.M.C. si se analizeaza.

In urma studierii raspunsurilor pacientilor, se va elabora in 2 exemplare, o analiza a satisfatiei pacientilor, aferenta fiecarei sectii/compartiment. Un exemplar revine S.M.C., iar cel de-al doilea exemplar se va regasi indosariat impreuna cu procesul verbal de predare-primire, pe fiecare sectie/compartiment.

Analizele chestionarelor de pe fiecare sectie/compartiment, se vor centraliza intr-o sinteza ce va fi inmanata Comitetului Director si Consiliului Medical al spitalului.

Masurile de imbunatatire a serviciilor medicale reiesite din opinia pacientilor, vor fi puse in practica de cei desemnati de conducerea spitalului.

6. IDENTIFICAREA, ANALIZA SI TRATAREA RISCURILOR

Conducătorii compartimentelor cuprinse în primul nivel de conducere din structura organizatorică a entității publice, nominalizează responsabili cu riscurile și asigură cadrul organizațional și procedural pentru identificarea și evaluarea riscurilor, stabilirea strategiei de gestionare a riscurilor, monitorizarea implementării măsurilor de control, revizuirea și raportarea periodică a acestora.

7. RESPONSABILITATI

Managerul - prevede fondurile necesare pentru functionarea în bune condiții a secțiilor spitalului.

Director Medical - urmărește aplicarea prevederilor prezentei proceduri.

Asistenta medicala- responsabila cu aplicarea prevederilor prezentei proceduri.

FORMULAR DE EVIDENȚĂ A MODIFICĂRILOR

Ediția/ Revizia	Componenta revizuită, numărul și data	Numărul paginii unde efectuat modificarea	Descrierea modificării	Avizul șefului / coordonatorului structurii
Numărul și data ediției →	II	Toate	Adaptare la OSGG 600/ 2018, Ordin M.S. 446/ 2017	
Numărul și data reviziei 1 →				
Numărul și data reviziei 2 →				
Numărul și data reviziei 3 →				

FORMULAR DE ANALIZĂ A PROCEDURII

Denumirea structurii care exprimă punctul de vedere	Nume/ prenume șef/ coordonator	Avizul favorabil data /semnătura	Aviz nefavorabil precizarea explicită a obser
Secția Medicină Internă	As. Șulea Liliana	15.03.2019	
Secția Cardiologie	As. Agape Nadia	15.03.2019	
Secția Chirurgie Generală	As. Tatulea Elena	15.03.2019	
Secția Neurologie	As. Denz Anisoara	15.03.2019	
Secția Pediatrie	As. Cruceriu Natalia	15.03.2019	
Secția Obstetrica- Ginecologie	As. Hrelescu Margareta	15.03.2019	
Secția Pneumologie	As. Serbescu Marioara	15.03.2019	
Secția Psihiatrie	As. Muselin Rozeta	15.03.2019	
Compartiment O.R.L.	As. Mihuta Iliuta	15.03.2019	
Compartiment Dermatovenerologie	As. Mezin Gabriela	15.03.2019	
Compartiment Oftalmologie	As. Chinezu Nicoleta	15.03.2019	
Compartiment Boli Infectioase	As. Voicu Ion	15.03.2019	
Compartiment Primiri Urgente	As. Coltan Maria	15.03.2019	
Laborator radiologie/imagistica med.	Fz. Mitidoi Alina	15.03.2019	
Director medical	Dr.Singh Bhupinder	15.03.2019	

FORMULAR DE DISTRIBUIRE/ DIFUZARE

Nr. exemplar	Denumirea structurii care primește procedura	Numele/ prenumele persoanei care primește procedura	Data primirii semnatura	Data retragerii versiunii procedurii înlocuite	Data intrării în vigoare a noii proceduri
1	Sectia Medicină Internă	As. Șulea Liliana	26.03.2019		
2	Sectia Cardiologie	As. Agape Nadia	26.03.2019		
3	Sectia Chirurgie Generală	As. Tatulea Elena	26.03.2019		
4	Sectia Neurologie	As. Denz Anisoara	26.03.2019		
5	Sectia Pediatrie	As. Cruceriu Natalia	26.03.2019		
6	Sectia Obstetrica-Ginecologie	As. Hrelescu Margareta	26.03.2019		
7	Sectia Pneumologie	As. Serbescu Marioara	26.03.2019		
8	Sectia Psihiatrie	As. Muselin Rozeta	26.03.2019		
9	Compartiment O.R.L.	As. Mihuta Iliuta	26.03.2019		
10	Compartiment Dermatovenerologie	As. Mezin Gabriela	26.03.2019		
11	Compartiment Oftalmologie	As. Chinezu Nicoleta	26.03.2019		
12	Compartiment Infectioase	As. Voicu Ion	26.03.2019		
13	Compartiment Urgente	As. Coltan Maria	26.03.2019		
14	Laborator radiologie/imagistica med.	Fz. Mitidoi Alina	26.03.2019		
15	Director medical	Dr. Singh Bhupinder	26.03.2019		

CENTRALIZATOR INDICATORI DE EFICIENȚĂ ȘI EFICACITATE/RAPORT DE ANALIZĂ/ RISC REZIDUAL

Indicatori	Analiza rezultatelor implementării
Indicatori de eficiență	Analiza anuală a eficienței și eficacității/ Raport de analiză/ Risc rezidual
Indicatori de eficacitate	
Raportul de analiză, conținutul și propuneri de menținere, revizuire, actualizare sau abrogare a procedurii, după caz.	
Risc rezidual obținut comparativ cu riscul rezidual estimat, la 1 an.	Raportul de analiză a fost transmis către Data Semnatura