



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. 7162 din 08.07.2019

PROCEDURA OPERATIONALA PRIVIND SIGURANTA PACIENTILOR

PAGINĂ DE GARDĂ

Procedură	Operatională	x	De sistem
Ediția II Revizia 0			
Număr procedură 129/2019			
Domeniul de activitate reglementat	Medico-chirurgical	x	Nemedical
Cod Procedură PO.MC.129.MC.2019			
Exemplarul nr. 0			

Elaborat, Ec. Dragomir Alina	Data 08.07.2019	Semnătura
Verificat, Dir. Medical, Dr. SINGH Bhupinder	Data 08.07.2019	Semnătura B1-17
Verificat pentru conformitate, S.M.C. Ing. Cazacu Raluca Lavinia	Data 08.07.2019	Semnătura
Avizat, Președintele Comisiei de Monitorizare Dr. SINGH Bhupinder	Data 08.07.2019	Semnătura B1-17
Viză Juridic, (dacă se face referire la acte normative în vigoare) Jur. Alin Simeria	Data 08.07.2019	Semnătura
Aprobat, Manager, Ec. DENA Octavian	Data 08.07.2019	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

Scopul acestei proceduri este de a stabili:

1. modalitatea prin care se planifica și urmaresc activitatile medicale și non-medicale legate de siguranta pacientului;
2. cel mai sigur posibil serviciu medical;
3. cel mai sigur posibil mod de reactiune cand apar incidente de siguranta pacientului;
4. atingerea obiectivelor de management clinic și gestionarea riscurilor clinice;
5. modalitatea de raportare a incidentelor de siguranta pacientului.

2. DOMENIU DE APLICARE

Aceasta procedura se aplica de catre intreg personalul medical și non-medical al Spitalului MUNICIPAL DE URGENTA CARANSEBES care este implicat in administrarea, executarea și raportarea serviciului medical aplicat pacientului.

3. DEFINITII SI ABREVIERI

Siguranta pacientului (OMS) - libertatea pacientului de a nu fi supus vătămării inutile sau potientale asociate cu asistenta medicală, or siguranta pacientului presupune reducerea riscurilor vătămării inutile, asociate îngrijirilor medicale, la un minimum acceptabil

Siguranta pacientului (risc clinic) - identificarea, analiza și gestiunea riscurilor și incidentelor aflate in relatie cu pacientul, pentru a face ingrijirea acestuia mai sigura și minimizeza riscurile.

Eveniment advers =afectarea neintentionata și nedorita a sanatații, ranirea, imbolnavirea, dizabilitatea temporara sau permanenta a uneia sau mai multor persoane care piesc asistenta mdicala (eveniment considerat prevenibil)

Eveniment santinela/catastrofic – eveniment advers care are ca urmare vatamarea grava a sanatații pacientului cu consecinte pe termen lung, infirmitatea sau moartea pacientului și care reflecta deficiente serioase ale politicilor și procedurilor din unitatea sanitara, lipsa de interes pentru siguranta și organizatie cu grad de risc in acordarea serviciilor.

- Reflecta vatamarea grava a sanatații consecinta a erorilor
- Semnaleaza necesitatea investigarii imediate și adoptarea masurilor de corectie adecvate

Eveniment near-miss - incident sau potential incident care a fost evitat și nu a provocat daune

3.2. Abrevieri:

- 3.2.1. Ed. = Editie
- 3.2.2. Rev. = Revizie
- 3.2.3. PC = Presedintele Comisiei pentru monitorizarea, coordonarea și indrumarea metodologica cu privire la sistemele de control managerial
- 3.2.4. SCIM = Sistem de control intern/managerial
- 3.2.5. PC = Presedintele comisiei
- 3.2.6. HG = Hotarare de guvern
- 3.2.7. DM =Director medical

4. DOCUMENTE DE REFERINTA

- Standarde de acreditare ANMCS;
- Lege nr.176/2000 - privind dispozitivele medicale.
- Ordinul MS nr. 975/2012 privind organizarea structurii de management al calitatii serviciilor medicale în cadrul unităților sanitare cu paturi din rețeaua Ministerului Sănătății a autorităților administrației publice locale.
- LEGE nr. 95/2006 (republicată/actualizată 2016) - privind reforma în domeniul sănătății.
- Ordinul MS/CNAS nr. 1123/849/2016 - pentru aprobarea datelor, informațiilor și procedurilor operationale necesare utilizării și funcționării dosarului electronic de sănătate (DES) al pacientului;
- Ordinul ANMCS 639/2016 – pentru aprobarea metodologiei de monitorizare a unităților sanitare acreditate.
- Ordinul Nr. 446/2017 din 18 aprilie 2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- Ordinul 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;
Decizie de formare a Comisiei pentru monitorizarea, coordonarea și îndrumarea metodologică cu privire la sistemele de control managerial al *Spitalului Municipal de Urgenta Caransebes*;
- Ordinul MS nr. 1096/2016 - privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare.
- Ordinul MS nr. 1101/2016 - privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare.

5. RESPONSABILITATI

5.1 Responsabilitatea privind respectarea procedurilor/protocoalelor/instructiunilor de lucru/notelor interne, prevenirea erorilor medicale și implementării măsurilor aferente revine întregului colectiv medical și nemedical implicat în administrarea, executarea și raportarea serviciului medical.

5.2. Personalul de serviciu aduce la cunoștința evenimentului produs asistentei șef/coordonatoare și medicului șef/coordonator de secție care vor informa Directorul medical, Serviciul de Management al Calității și Managerul spitalului.

Raportarea către ANMCS a acestor evenimente este obligatoriu să fie făcută de către spital în maximum 24 de ore de la apariția lor și trebuie urmată, în maximum 30 de zile de la raportare, de un raport de analiză a cauzelor care au dus la apariția evenimentului și a măsurilor identificate pentru prevenirea repetării.

6. DESCRIEREA PROCEDURII

6.1. Generalitati

Eroarea medicală reprezintă eșecul realizării unei acțiuni planificate, sau eșecul în a atinge un obiectiv stabilit, situație în care pacientul suferă daune sau anumite afecțiuni, generând; agravarea stării de sănătate sau moartea acestuia.

Cele mai frecvente riscuri cu care se confruntă pacienții sunt:

- erori de medicație și transfuzie
- complicații chirurgicale;
- arsuri;
- întârzieri și erori în diagnosticare.

Principalele cauze ale erorilor medicale sunt legate de:

- lipsa de comunicare,
- fluxul informațional,
- fluxul de lucru,
- transferul de informații medicale,
- defectuni ale echipamentelor medicale,
- probleme ale pacienților și
- reglementări defectuoase.

În cadrul unui spital riscurile generate sunt diverse, complexe și interconectate, astfel încât analiza managementului de risc trebuie să aibă în vedere aspectele clinice (serviciul medical și erorile realizate de personalul medical), dar nu numai precum următoarele:

- riscul managementului defectuos;
- riscul tehnologic (echipamente medicale si conditii intraspitalicesti);
- riscul resursei umane;
- riscul de subfinantare;
- riscul de reglementare;
- riscul securitatii cibernetice.

6.2 Exemple de incidente legate de siguranta pacientului in cadrul Spitalului MUNICIPAL DE URGENTA CARANSEBES

6.2.1 Incidente in siguranta pacientului/evenimente adverse

- reactii asociate medicatiei recomandate/administrata in caz de necesitate;
- reactii asociate ingrijirilor medicale (alergii, complicatii respiratorii, hemoragii etc);
- reactii asociate diagnosticarii si tratarii pacientilor (diagnosticare intarziata, administrare eronata serviciu medical/persoana, loc etc);

6.2.2 Incidente in siguranta pacientului/eveniment santinela/catastrofic

- operarea unei alte parti a corpului in locul celei care necesita interventia
- Uitarea unui instrument post-operator in corpul pacientului
- Folosirea unei cai gresite de administrare a tratamentului
- Eroare de administrare a medicatiei:doza,concentratie,timp,calea de administrare,reactie hemolitica de incompatibilitate de sange
- Folosirea unor produse medicale sau echipamente contaminate
- Externarea unui minor si predarea acestuia unei alte persoane, alta decât reprezentantul legal
- Curentare,folosirea inadecvata a echipamentelor, arsuri, caderi
- Seducerea, asalt sexual, moartea unui pacient sau membru al personalului in interiorul spitalului
- Intarzieri in diagnostic
- Neindicarea testelor si analizelor adecvate
- Interpretarea inadecvata a rezultatelor si deficiente in urmarirea pacientului
- Greseli in prescrierea tratamentului
- Erori de profilaxie (neindicarea tratamentului profilactic, lipsa supravegherii si monitorizarii)
- Evadarea dintr-un mediu de siguranta a pacientilor psihici
- Administrarea intraveniasa a unei solutii de concentratie inadecvata
- Moartea unei mame prin hemoragie post - partum dupa cezariana
- Folosirea unei cai gresite a chimioterapiei

6.2.3 Incident de siguranta pacientului/near-miss

- posibila administrare a unei medicatii expirate
- posibila externare a unui alt pacient
- personal cu simptome de boala contagioasa inlocuit in timpul turei
- posibila identificare eronata a pacientilor
- identificarea la timp a unui echipament sau a unei prize defecte

Nota: exista cel putin 6 categorii de cauze a evenimentelor nedorite care produc afectarea starii de sanatate a pacientului (de la nesemnificativ la grav, de la temporara la definitiv) sau chiar moartea pacientilor:

- chirurgicale (ex: operarea unei alte parti a corpului, moartea intra sau imediat post-operator);
- produse sau echipamente contaminate;
- identificarea si supravegherea pacientului (ex: externarea unei alte persoane);
- managementul ingrijirilor (ex: eroare de medicatie, eroare de procedura);
- evenimente legate de mediul intraspitalicesc ex: curentare, scurgeri de gaze, arsuri, cadere);
- evenimente criminale (ex: agresiuni indiferent de natura lor).

6.3 Masuri de preventie:

6.3.1 *Implementarea unei culturi a sigurantei pacientului* prin comunicare si constientizare a riscurilor la care este expus pacientul in cadrul spitalului, permitand astfel:

- analiza greselilor/defectiunilor si descoperirea oportunitatilor de imbunatatire a calitatii serviciilor medicale;

- reducerea recurenței și severității datorită învățării din erori;
- mai puține evenimente nedorite (adverse/santinela/aproape eroare) datorită unui personal mai puțin stresat, culpabilizat, lipsit de încredere;
- reducerea timpului datorat revenirilor asupra erorilor;
- reducerea costurilor suplimentare generate de incidentele clinice;
- reducerea costurilor generate de tratarea reclamațiilor;

6.3.2 Leadership și participare activă a tuturor profesioniștilor în stabilirea procedurii corecte în locul corect al pacientului corect ca o prioritate de siguranță în Spitalul MUNICIPAL DE URGENTA CARANSEBES (vezi proceduri, protocoale, instrucțiuni de lucru specifice și vezi Fig. 1) urmând pașii:

- încurajarea unei culturi organizatorice deschise și juste (sondajul asupra siguranței pacientului);
- dezvoltarea unei echipe responsabile de managementul riscurilor (director medical, responsabilii de proces, șefi de compartimente) cu integrarea sarcinilor de gestiune de risc în fișa postului;
- implementarea activă a unui management al riscurilor (1. Lista proceselor, proprietarii de procese și riscurile aferente; 2. Lista activități și riscurile aferente per specialitate/compartiment; 3. Registrul de riscuri)
- promovarea comunicării și participării active a angajaților, pacienților și aparținătorilor;

Fig. 1: Realizarea procedurii corecte în locul corect la pacientul corect

Norma	Norma din organizație descrie standardul care asigură că sistematic se realizează procedura corectă în locul corect al pacientului corect (proceduri specifice / protocoale medicale / instrucțiuni de lucru)	
Specialistul	Diagnostic corect și planificarea procedurilor	Consimțământul informat: <ul style="list-style-type: none"> - informarea pacientului și familiei sale asupra justificării, planurilor, opțiunilor și riscurilor procedurii; - obținerea și documentarea consimțământului informat pentru toate procedurile, incluzând numele complet al procedurii, locul, planul sau preferințele pentru anestezie/investigatie/intervenție
Specialistul	Zona procedurii	Verificarea preventivă a procedurii: <ul style="list-style-type: none"> - asigurarea că specialiștii dețin informațiile actualizate despre starea pacientului și planurile procedurilor propuse și că obțin înregistrările despre pacient; - verificarea că sunt prezente toate documentele relevante, inclusiv documentul consimțământului informat și că sunt în mod corespunzător identificate pentru pacientul corect; - obținerea probelor de laborator și studiilor de diagnostic prin imagini pertinente și verificarea corectei identificări a pacientului în imagini.
Specialistul	Zona de așteptare	Marcarea locului procedurii: <ul style="list-style-type: none"> - marcarea de către persoana care efectuează procedura; - utilizarea unui marcator care nu se poate șterge ușor;
Pacienții	- pre-operatorie; - pre-investigatie; - pre-intervenție;	<ul style="list-style-type: none"> - marcarea inițialelor specialistului; - obținerea confirmării locului și marcatului de către pacient;
Specialistul	Sala de operații/investigatii /intervenții	Realizarea procesului „pauză de siguranță”: <ul style="list-style-type: none"> - verificarea că pacientul este cel corect (doi identificatori: Nume/Prenume sau CNP); - verificarea procedurii planificate; - verificarea locului procedurii; - verificarea poziționării corecte a pacientului în vederea operației/investigatiei/intervenției; - verificarea disponibilității echipamentelor/ instrumentelor/ materialelor special necesare
	Realizarea procedurii corecte	
Pacienții	Pacienții și familiile lor trebuie să participe în toate aspectele investigației/ intervenției/ serviciului medical aplicat pacientului. Furnizarea de informații către pacient asupra problemelor medicale și planurilor procedurilor propuse trebuie să se facă într-o manieră cât mai comprensibilă/mai ușor de înțeles.	

5.3.3 Audit intern privind implementarea corectă a procedurilor și protocoalelor care:

- prevăd verificarea, în etapa premergătoare procedurii, a pacientului, a procedurii și locului dorit și, dacă corespunde, a oricărui echipament;

- pretind persoanei care realizeaza procedura sa marcheze neechivoc etapele investigatiei/interventiei – a participarea pacientului, in scopul identificarii corecte a locului unde doreste sa se faca investigatia/interventia;
- pretind realizarea unei “pauze de siguranta” chiar inaintea declansarii procedurii medicale, la care participa intre personalul echipei (unde este cazul). Aceasta “pauza de siguranta” se face pentru a stabili un acord asupra pozitionarii pacientului, procedurii, locului si, dupa caz, asupra oricarei etape. “Pauza de siguranta” este definita ca fiind o perioada specifica in care nu se realizeaza nici o activitate clinica, pe durata acestui timp, toti membrii echipei verificand, in forma independenta, actiunea clinica iminenta;
- prin analiza inregistrarilor, eficientei procedurilor si protocoalelor medicale si a eventualelor reclamatii din partea pacientilor, apartinatorilor sau membrilor echipei medicale.

5.3.4 Formarea profesionala continua a personalului prin:

- participarea activa la analiza cauzelor radacina pentru evenimentele nedorite (adverse/santinela/aproape eroare);
- identificarea si implementarea colectiva a solutiilor pentru reducerea recurentei si severitatii erorilor in urma analizei incidentelor de siguranta a pacientului;
- instruirea periodica a echipei responsabile de managementul riscurilor (director medical, responsabilii de proces, sefi de compartimente).

5.4 Oportunitati de participare a pacientilor si apartinatorilor

- participarea pacientilor in toate punctele cheie ale procesului de verificare, pentru a confirma inca o data cu personalul efector al procedurii, intelegerea de catre acestia (pacientii) a procedurii planificate;
- participarea pacientilor la procesul de marcare a locului de interventie, intotdeauna cand este posibil;
- discutarea acestor teme pe timpul procesului consentimentului informat si confirmarea deciziilor in momentul semnarii consentimentului.

5.5 Bariere potentiale

- lipsa acordului specialistilor in ceea ce priveste centrarea pe standardizare si problemele de schimbare a culturii organizationale;
- nerecunoasterea riscurilor in mediile de desfasurare a procedurii, cu exceptia salii de operatii;
- reticenta asistentilor medicali si a celorlalte cadre sanitare de a chestiona medicul specialist, atunci cand este identificata o problema;
- resurse umane si cunostinte inadecvate care sa favorizeze procesele susceptibile de a fi imbunatatite;
- conduita “automatizata” pe timpul “pauzei de siguranta” (se indeplinesc formalitatile, insa fara o comunicare semnificativa si eficienta);
- insuficiente investigatii general acceptate, date si justificari economice referitoare la analizele cost/beneficiu sau returnul investitiei, pentru implementarea recomandarilor OMS.

5.6 Obiectivele referitoare la siguranta pacientului:

Solutiile adoptate privind siguranta pacientului sunt:

- identificarea corecta a pacientului;
- comunicarea adecvata pe timpul transferului pacientului, mostrelor biologice si documentelor acestuia intre diferite compartimente sau institutii;
- realizarea procedurii corecte la locul corect al pacientului corect;
- aplicarea/continuarea preciziei medicale in tranzitiile asistentiale;
- utilizarea corecta a echipamentelor/ instrumentelor medicale;
- utilizarea corecta a materialelor sterile sau de unica folosinta;
- imbunatatirea igienei mainilor;
- evitarea erorilor de conexiune a echipamentelor/aplicatiilor medicale la softul medical de baza.

Imbunatatirea identificarii corecte a pacientului

Identificarea corecta a pacientului trebuie initiata de la admiterea in evidenta unitatii sanitare. Datele de identificare obligatorii trebuie consemnate prin: nume/prenume complet si corect al pacientului, tipul documentului de identitate (BI, CI, certificat nastere, pasaport), numarul documentului de identitate, cod numeric personal, codul de bare personalizat, codul de asigurare medicala, sexul, varsta, data nasterii, adresa domiciliului, date de contact tip telefon sau adresa de e-mail.

Cele mai frecvente erori de identificare au fost definite la evaluarea documentelor, filmelor radiologice si esantioanelor biologice din etapa de pre-analitic, ex: documente/mostre fara marcaje, documente/mostre rau etichetate, mostre care nu au ajuns in conditiile pre-analitice necesare pentru procesare.

Strategia de minimizare a riscului de identificare eronata a pacientului se bazeaza pe:

- responsabilizarea intregului personal implicat in identificarea adecvata a pacientului;
- identificarea verbala a pacientului cu voce sonora si clara, pe timpul initierei admisiei si in momentul: prelevarii mostrelor biologice sau oricrei etape pre-analitice, prin cel putin 2 identificatori;
- standardizarea metodelor de identificare a pacientului (verbal si grafic/cod de bare personalizat in mod incrucisat) pentru a realiza coincidenta pacient corect/procedura corecta;
- existenta in protocoalele medicale a unor etape clare de identificare a pacientului pe tot parcursul procesului medical (pre-analitic, analitic, post-analitic) si in situatii de exceptie (pacienti cu acelasi nume/data nasterii/inconstienti etc);
 - o identificare verbala: nominalizare sonora;
 - o identificare grafica: acte de identitate, cod de bare, bilet de trimitere/buletin de servicii, fisa de internare de zi, scrisoare medicala etc
- coparticiparea pacientilor in toate etapele procesului medical si informarea acestuia asupra importantei si relevantei corecteii sale identificari;
- incurajarea realizarii etichetarii recipientilor pentru obtinerea mostrelor in prezenta pacientului;
- utilizarea unui sistem automatizat de identificare (cod de bare personalizat).

Pacientii susceptibili de verificare verbala a identitatii sunt:

- pacientii programati telefonic pentru programare la consultatie;
- pacientii care solicita punctual / prezențial programare la consultatie;
- pacientii aflati in consultatie directa la medic;
- mostre / investigatii non-invazive pentru pacientii neinternati: RX, spirometrie, EKG, ecografie etc)

Se identifica sigur si neechivoc pacientul inainte de:

- extragerea unei mostre pentru analiza;
- realizarea unei proceduri invazive;
- realizarea unei interventii chirurgicale;
- administrarea unui medicament;
- confirmarea unui exitus;
- transferul pacientului in cadrul circuitului intern sau extern;
- verificarea apartinatorului sau reprezentantului legal in cazul minorului sau pacientilor fara discernamant.

Responsabilitatea identificarii corecte a pacientului revine personalului medico-sanitar care are primul contact de natura profesionala cu pacientul. Toti ceilalti profesioniști sunt responsabili de a realiza verificarile precedente realizarii procedurilor de risc descrise anterior.

5.7 Monitorizarea evenimentelor nedorite (adverse/santinela/near-miss)

Spitalul MUNICIPAL DE URGENTA CARANSEBES monitorizeaza aparitia erorilor pe specialitate/serviciu/compartiment care pot genera riscuri pentru pacientii din spital , analizeaza cauzele in vederea identificarii si implementarii de solutii concrete pentru minimalizarea riscurilor (vezi Registrul de raportare evenimente adverse / santinela/ near-miss) si le raporteaza catre autoritatile.

Fiecare responsabil de proces/sef compartiment per specialitate/compartiment intocmeste o *lista proceselor/activitatilor desfasurate si riscurilor asociate* (Directorul medical stabileste echipa responsabila cu managementul riscurilor, care se intruneste anual pentru evaluarea/reevaluarea *registrurilor de riscuri* (clinice, SSM, PSI, tehnologice etc).

La aparitia unui incident de siguranta pacientului – advers, santinela, aproape eroare – personalul constator solicita completeaza in registrul de evidenta evenimentul, se intruneste echipa responsabila de managementul riscurilor vederea analizei cauzelor, se intocmeste documentatia necesara comunicarii, constientizarii erorilor medicale constata si implementarii masurilor considerate necesare.

5.8. Setul minim de date care permit analiza evenimentelor adverse care afecteaza siguranta pacientilor:

- Sectie/compartimente;
- Date pacienti;
- Descriere EAAAM;
- Diagnostic la internare;
- Diagnostic la 72 de ore;
- Consecintele asupra pacientului
- Tipul presupusului EAAAM
- Data aparitiei.

Conform ordinului ANMCS nr. 639/2016 pentru aprobarea metodologiei de monitorizare a unitatilor sanitare acreditate, incidentul de siguranta pacientului este comunicat in termen de maxim 24 ore de la producerea sa catre ANMCS. Raportul de analiza cauzelor si masurile de prevenire identificate de catre echipa responsabila de managementul riscurilor este transmis in termen de 30 de zile de la raportarea evenimentului.

7. EVIDENTE SI INREGISTRARI

- 7.1. Formular de raportare a evenimentelor adverse/santinela/near-miss
- 7.2. Registru riscuri
- 7.3. Raport declarare evenimente adverse

8. ANEXE

Nu se aplica.

9. DIFUZARE

Procedura este pusa la dispozitia utilizatorilor in format electronic pe baza Listei de difuzare.. Inregistrările generate de aceasta activitate se pastreaza/arhiveaza conform cerintelor SMC/SCIM de la nivelul spitalului (partial implementat).

FORMULAR DE EVIDENȚĂ A MODIFICĂRILOR

Ediția/ Revizia	Componenta revizuită, numărul și data	Numărul paginii unde s-a 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 observațiilor
Secția Medicină Internă	Dr. Susailu Octavian	08.07.2019	
Secția Cardiologie	Dr. Muntean Margareta	08.07.2019	
Secția Chirurgie Generală	Dr. Borean Gheorghe	08.07.2019	
Secția Neurologie	Dr. Mationi Ana	08.07.2019	
Secția Pediatrie	Dr. Codre Irina	08.07.2019	
Secția A.T.I.+U.T.S	Dr. Hana Catalin	08.07.2019	
Secția Obstetrică- Ginecologie	Dr. Mohaci Maria	08.07.2019	
Secția Pneumologie	Dr. Mihailica Marius	08.07.2019	
Secția Psihiatrie	Dr. Jura Monica	08.07.2019	
Compartiment O.R.L.	Dr. Tocuti Dan	08.07.2019	
Compartiment Dermatovenerologie	Dr. Paraschiv Aurelia	08.07.2019	
Compartiment Oftalmologie		08.07.2019	
Compartiment Neonatologie	Dr. Dozsa Victoria	08.07.2019	
Compartiment Boli Infecțioase	Dr. Ghita Gabriel	08.07.2019	
Compartiment Primiri Urgente	Dr. Baldea Aida	08.07.2019	
Laborator radiologie și imagistică	Dr. Grozavescu Calin	08.07.2019	
Serviciu anatomie patologică	Dr. Mateut Marius	08.07.2019	
Farmacie cu circuit închis	Farm. Popovici Rodica	08.07.2019	
Loc operator	Dr. Singh Bhupinder	08.07.2019	
Dispensar TB	Dr. Baneu Stana	08.07.2019	

FORMULAR DE DISTRIBUIRE/ DIFUZARE

Denumirea structurii care primește procedura	Numele/ prenumele și semnătura persoanei care primește procedura	Data primirii	Data retragerii versiunii procedurii înlocuite	Data intrării în vigoare a noii proceduri
Secția Medicină Internă	Dr. Susailu Octavian	09.07.2019		
Secția Cardiologie	Dr. Muntean Margareta	09.07.2019		
Secția Chirurgie Generală	Dr. Borcean Gheorghe	09.07.2019		
Secția Neurologie	Dr. Mationi Ana	09.07.2019		
Secția Pediatrie	Dr. Codre Irina	09.07.2019		
Secția A.T.I.+U.T.S	Dr. Hana Catalin	09.07.2019		
Secția Obstetrica- Ginecologie	Dr. Mohaci Maria	09.07.2019		
Secția Pneumologie	Dr. Mihailica Marius	09.07.2019		
Secția Psihiatrie	Dr. Jura Monica	09.07.2019		
Compartiment O.R.L.	Dr. Tocut Dan	09.07.2019		
Compartiment Dermatovenerologie	Dr. Paraschiv Aurelia	09.07.2019		
Compartiment Oftalmologie		09.07.2019		
Compartiment Neonatologie	Dr. Dozsa Victoria	09.07.2019		
Compartiment Boli Infectioase	Dr. Ghita Gabriel	09.07.2019		
Compartiment Primiri Urgente	Dr. Baldea Aida	09.07.2019		
Laborator radiologie și diagnostică	Dr. Grozavescu Calin	09.07.2019		
Serviciu anatomie patologică	Dr. Mateut Marius	09.07.2019		
Farmacie cu circuit închis	Farm. Popovici Rodica	09.07.2019		
Loc operator	Dr. Singh Bhupinder	09.07.2019		
Dispensar TB	Dr. Baneu Stana	09.07.2019		

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

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