 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 1 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

Nr. inregistrare: 401/23.12.2021

Pagina de gardă

Aprob,

Manager **Dr. Vîrjoghe Victor**



COMUNICAREA EXTERNA

Prezenta procedura a fost analizata si avizata in sedinta de Consiliu Medical cf. pr.vb.nr. 332/23.12.2021 si se transmite sectiilor prin intranet.

- Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea si aprobarea editiei sau dupa caz, a reviziei in cadrul editiei procedurii operationale:

PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ	Operațională	<input checked="" type="checkbox"/>	De sistem	<input type="checkbox"/>
EDIȚIA III REVIZIA 0				
DOMENIUL DE ACTIVITATE REGLEMENTAT	Medico - Chirurgical	<input checked="" type="checkbox"/>	Nemedical	<input type="checkbox"/>
COD PROCEDURĂ PO-MED- 16				
EXEMPLARUL NR. 1				
Elaborat: Dr.Draghici Alexandra	Data 23.12.2021		Semnătura	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificat Director medical: Dr.Sandu Carmen	Data 23.12.2021		Semnătura	<input checked="" type="checkbox"/>
Verificat BMC: Ing.Tecuceanu Cristina	Data 23.12.2021		Semnătura	<input checked="" type="checkbox"/>
Avizat juridic: Jr. Mocanu Simona	Data 23.12.2021		Semnătura	<input checked="" type="checkbox"/>
Avizat Comisie Monitorizare: Ec. Boernasu Dorina	Data 23.12.2021		Semnătura	<input checked="" type="checkbox"/>


2. SITUAȚIA EDIȚILOR SI A REVIZIILOR IN CADRUL EDIȚILOR PROCEDURII

Nrc rt.	Ediția/ Revizia	Data intrării în vigoare	Componenta modificată	Descriere modificare	Aviz șef/ coordonator structură
1	Ediția I/0	12.01.2015		Elaborare initiala	
2	Ediția II/0	04.11.2015		Revizuire standard de acreditare	
3.	Ediția III/0	23.12.2021		Revizuire standard de acreditare	

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea Intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este Interzisă

 <p>unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE</p> <p>CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	<p>PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16</p>	<p>Ediția: III</p> <p>Nr. de exemplare 2</p>
		<p>Revizia: 0</p> <p>Nr.de ex. : 2</p>
	<p>COMUNICAREA EXTERNA</p>	<p>Pagina 2 din exemplarul nr. 1</p>
		<p>Exemplar nr. 1</p>

3. SCOP

Procedura reglementează evidența unităților sanitare și administrative cu care spitalul colaborează, definește situațiile care impun comunicarea cu acestea precum și modalitatea de comunicare.

Procedura reglementează comunicarea externă cu pacienții și asociații ale acestora precum și alte părți interesate, în vederea transmiterii datelor și informațiilor esențiale pentru funcționarea proceselor conform misiunii Spitalului.

Procedura reglementează comunicarea externă în situații de criză, când a fost declanșat Planul alb- Cod roșu într-o altă unitate sanitară de pe teritoriul județului iar în cadrul CJSU (COMITETUL JUDEȚEAN PENTRU SITUATII DE URGENTA) se decide ca este necesară implicarea și altor resurse (unități sanitare cu paturi) la nivelul județului.

Procedura reglementează comunicarea în cazul transferului interclinic al pacientului critic

Procedura reglementează comunicarea externă în vederea asigurării continuității îngrijirilor

4. DOMENIUL DE APLICARE


4.1. Procedura se aplică în toate structurile organizaționale ale S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle, pentru:

- a face cunoscute angajaților: politica, strategiile și programele privind SCIM, obiectivele și țintele spitalului, procesele, cerințele, responsabilitățile, autoritățile și inter-relațiile spitalului cu alte unități administrative ;
- a coordona desfășurarea programelor și proceselor;
- a asigura conștientizarea, instruirea, consultarea, participarea și motivarea personalului;
- a primi documente, date și informații privind rezultatele obținute;
- a stabili măsuri de îmbunătățire continuă;
- a comunica, documenta și răspunde solicitărilor relevante ale tuturor părților interesate externe.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 3 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

5. DEFINITII SI ABREVIERI

5.1. Definitii:

Parte interesată = persoană/grup care are un interes referitor la performanța/succesul unei institutii (ex.: pacienti, proprietari, persoane dintr-un spital, furnizori, autorități, vecinătăți, syndicate, parteneri, societatea locală). Un grup poate fi un spital , o parte din aceasta sau mai mult decât un spital

Planul Alb = planul de răspuns al unităților sanitare cu paturi în cazul unui aflux masiv de pacienți în urma unui accident colectiv, a unei calamități, epidemii sau pandemii (ORDIN Nr. 2021/691 din 12 decembrie 2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

Plan Alb –de Cod Roșu = corespunde situației în care numărul foarte mare de victime depășește capacitatea cotidiană de gestionare a urgențelor la nivelul întregului spital care are în structură UPU/CPU . Este necesară mobilizarea unor resurse suplimentare la nivelul majorității secțiilor din spital dar cel puțin la secțiile: chirurgie generală, ortopedie, chirurgie plastică, ORL, Oftalmologie, neurochirurgie, Chirurgie toracică, ATI, Radiologie – Imagistică medicală, Laborator, Chirurgie Toracica si Neurochirurgie (acolo unde exista).

In caz de Declansare a Planului Alb –de Cod Roșu , pot fi solicitate și alocarea de resurse ale spitalelor de proximitate celor care au în structură UPU/CPU (Spitale Municipale, Orășenești, Spitale de monospecialitate, Spitale de boli cronice)

Matrice de comunicare (Diagramă de relații)= va include lista tuturor evenimentelor și a celor care răspund pentru fiecare dintre acestea, precum și cine anume va participa la procesul de comunicare

Pacient critic - pacient cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile necesitând investigații, intervenții și/sau îngrijiri medicale speciale acordate de către o echipă complexă, pluridisciplinară, într-o clinică sau secție de terapie intensivă generală sau specializată;

Transfer interclinic - transferul unui pacient între două unități sanitare, din care unitatea sanitară care primește pacientul este de un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât unitatea sanitară care trimite pacientul;

Spital sau unitate sanitară trimițătoare - oricare unitate sanitară cu paturi al cărei personal medical decide transferul unui pacient către o altă unitate sanitară cu paturi în vederea asigurării unor îngrijiri medicale de grad mai înalt de complexitate decât cele care sunt asigurate în acea unitate din cauza lipsei de competență și/sau dotare necesară;


Spital sau unitate sanitară primitoare - spital regional, spital județean sau o clinică universitară care poate asigura îngrijirile complexe și complete unui pacient transferat pentru o anumită patologie;

Medic responsabil de organizarea transferului - medic care răspunde, prin funcția și competența pe care le deține, de organizarea transferului la nivelul unității care solicită transferul sau la nivelul unității primitoare;

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a **S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle**.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este Interzisă

 <p>ANMCS unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	<p>PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16</p>	<p>Ediția: III Nr. de exemplare 2</p>
	<p>COMUNICAREA EXTERNA</p>	<p>Revizia: 0 Nr.de ex. : 2</p> <p>Pagina 4 din exemplarul nr. 1</p> <p>Exemplar nr. 1</p>

Acord de colaborare - acord care se semnează între unitățile potențial trimițătoare și unitățile potențial primitoare, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării prevederilor acestui ordin;

Pacient critic internat - pacient critic pentru care s-au completat și înregistrat actele de internare într-o unitate sanitară cu paturi, responsabilitatea asupra acestui pacient fiind preluată de o secție sau clinică din cadrul spitalului sau unității sanitare;

Pacient critic neinternat - pacient critic pentru care nu s-au înregistrat actele de internare, aflându-se în unitat de primiri urgențe sau compartimentul de primiri urgențe al unității sanitare respective, responsabilitatea asupra acestui pacient fiind a medicului din cadrul unității de primiri urgențe, al compartimentului de primiri urgențe sau, în lipsa unei structuri de primire a urgențelor cu personal propriu, a medicului care asigură gardă de urgență în unitatea sanitară respectivă;

Serviciul care efectuează transferul - serviciul care efectuează transferul cu mijloacele aflate în dotare și personal propriu sau serviciul care asigură personalul de transfer, utilizând mijloacele puse la dispoziție de un serviciu de urgență prespitalicească sau de o altă instituție care deține mijloacele necesare;

Unitate de terapie intensivă mobilă - o ambulanță tip C dotată complet cu echipamentele, medicamentele și materialele necesare acordării îngrijirilor la nivel de terapie intensivă de către personal competent și experimentat în domeniu;

Echipaj de urgență - echipaj de asistență medicală de urgență prespitalicească condus de un medic sau, după caz, de un asistent medical cu pregătire specifică, care deține în dotare echipamentele, materialele și medicamentele necesare îngrijirii corecte, pe durata transferului unui pacient critic, în condițiile minime necesare de siguranță, precum și competențele și experiența necesare îngrijirii pe durata transferului pacientului respectiv;


Persoanele responsabile de evaluarea pacienților și organizarea transferului - persoanele din ambele unită, sanitare, unitatea trimițătoare și unitatea primitoare, precum și persoanele din alte instituții implicate în organizarea transferului interclinic și efectuarea acestuia. Aceste persoane sunt desemnate, în prealabil, de conducerea unităților implicate după funcțiile și competențele necesare organizării unui transfer interclinic al unui pacient critic. Persoane care dețin funcțiile și competențele necesare organizării transferului se află în permanență în spital [de exemplu: medic șef de gardă din cadrul unității de primire a urgențelor (UPU), chirurg de gardă, internist de gardă etc.], ele neputând fi limitate la persoane cu funcții unice (șef de secție, director de spital etc.);

Pacient critic netransportabil - pacientul aflat în stop cardiorespirator sau pacientul care se află într-o stare critică care necesită investigație, intervenție imediată cu scopul salvării vieții și/sau îngrijiri complexe într-o secție de terapie intensivă, fără de care nu va supraviețui sau va suferi complicații ireversibile, cu condiția ca unitatea sanitară în care se află să aibă posibilitatea din punct de vedere al resurselor tehnico-materiale, precum și al resurselor umane de a acorda îngrijirile necesare. Dacă transportul unui pacient critic către o altă unitate reprezintă

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. *Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 <p>unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE</p> <p>CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	<p>PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16</p>	<p>Ediția: III</p> <p>Nr. de exemplare 2</p>
		<p>Revizia: 0</p> <p>Nr.de ex. : 2</p>
	<p>COMUNICAREA EXTERNA</p>	<p>Pagina 5 din exemplarul nr. 1</p>
		<p>Exemplar nr. 1</p>

unica șansă de diagnosticare și/sau rezolvare definitivă în vederea salvării vieții acestuia, pacientul este considerat transportabil indiferent de starea acestuia și riscurile posibil a apărea pe durata transportului, cu condiția asigurării condițiilor adecvate de transport din punct de vedere tehnic, precum și din punct de vedere al resurselor umane necesare.

Asociațiile de pacienți eligibile pentru a fi implicate în cadrul consiliilor de etică- acele asociații ori fundații legal constituite care au ca scop apărarea drepturilor pacienților sau care au activitate în domeniul eticii și integrității în sistemul de sănătate, cu experiență dovedită de minimum 3 ani.

5.2.Comunicare standardizată: utilizarea în procesul comunicării a unor tipare informaționale (Formulare tipizate, mesaje preformate)

Abrevieri:

SCIM = Sistem de control intern managerial

Comisie = Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial.

PC = Președintele Comisiei

SSO = Sănătate și Securitate Ocupațională

SU = Situații de urgență

CI = Coordonator implementare

RMC = Responsabil cu managementul calității

SMC = Sistem de management al calității

DC = Dispeceratul comun pentru situații de urgență

CJSU = Comitetul Județean pentru Situații de Urgență

MRT = Medicul Responsabil de Tură din UPU/CPU

RMM = Reprezentantul spitalului în relația cu mass-media

CCS = Comandamentul de Criză al Spitalului

SMURD = Serviciul Mobil de Urgență Reanimare și Descarcerare

DM = Directorul Medical

RSVTI = responsabil cu supravegherea și verificarea tehnică a instalațiilor .


RSU = cadru tehnic PSI desemnat

RPR = Responsabil cu Protecția Radiologică (pe Spital sau pe Laborator radioimagică, radiologie Rx intervențională, Medicină nucleară, radioterapie).

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Revizia: 0 Nr.de ex. : 2 Pagina 6 din exemplarul nr. 1 Exemplar nr. 1

In Spitalul Videle nu exista in structura organizatorica si functionala:

- Radiologie Interventionala
- Medicina Nucleara
- Radioterapie


6. DOCUMENTE DE REFERINTA

- SR CEN/TS 15224:2017 - "Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2015"
- SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular.”
- SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”
- Ordinul nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.
- Ordinul nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
- Legea nr. 95 / 2006 - privind reforma in domeniul sanatatii - TITLUL VII:Spitale. (republicata)
- Decizie de formare a Comisiei de monitorizare cu privire la sistemele de control intern managerial.
- Regulament de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial al S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle
- LEGEA nr.46 din 21 ianuarie 2003 a drepturilor pacientului,actualizată
- Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE,
- Legea nr. 190 din 18 iulie 2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor);
- Legea nr. 129 din 15 iunie 2018 pentru modificarea și completarea Legii nr. 102/2005 privind înființarea, organizarea și funcționarea Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, precum și pentru abrogarea Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date;
- Ordinul Președintelui A.N.M.C.S. nr. 639/2016 pentru aprobarea Metodologiei de monitorizare a unităților sanitare acreditate.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea Intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă


 <p>ANMCS unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	<p>PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16</p>	<p>Ediția: III</p> <p>Nr. de exemplare 2</p>
		<p>Revizia: 0</p> <p>Nr.de ex. : 2</p>
	<p>COMUNICAREA EXTERNA</p>	<p>Pagina 7 din exemplarul nr. 1</p>
		<p>Exemplar nr. 1</p>

- ORDIN Nr. 1078 din 27 iulie 2010 privind aprobarea regulamentului de organizare și funcționare și a structurii organizatorice ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București
- HOTĂRÂRE Nr. 140/2018 din 21 martie 2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019
- Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului
- Norme privind cerințele de baza de securitate radiologica, aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii, al ministrului educatiei nationale si al presedintelui Comisiei Nationale pentru Controlul Activitatilor Nucleare nr. 752/3.978/136/ 2018
- ORDIN nr. 2021 din 12 decembrie 2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății
- ORDIN nr. 1091 din 7 septembrie 2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic
- Ordinul nr. 145/2015 pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor consiliului de etică ce funcționează în cadrul spitalelor
- Ordinul nr. 1365/2008 privind organizarea serviciului de pază și a regimului de acces în unitățile sanitare publice cu paturi din rețeaua Ministerului Sănătății Publice
- Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, consolidata 2009
- Legea nr. 137 /29.dec.1995 Legea protecției mediului
- Hotărârea nr. 634/2015 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale pentru Achiziții Publice
- Regulamentul de organizare și funcționare a S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle 2020,actualizat in anul 2021 prin acte aditionale.
- Regulamentul Intern al S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle 2020,actualizat in anul 2021 prin acte aditionale.
- Bibliografie : Ghid de elaborare a Planului Alb pentru spitale

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea Intelectuală a S.C. *Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 8 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

7.RESPONSABILITATI

7.1. Manager

Stabilește metodele și căile de comunicare.

Asigură resursele necesare pentru asigurarea infrastructurii de comunicare și buna ei funcționare.

Comunică cu autoritățile pentru probleme privind cadrul legal și de reglementare.

Comunică cu autoritățile privind realizarea acțiunilor stabilite prin programul de conformare și/sau în urma controalelor efectuate.

Comunică cu pacienții, furnizorii și alte părți interesate pentru probleme care depășesc competența și autoritatea personalului subordonat.

Comunică cu personalul propriu în probleme privind serviciile, protecția mediului și SSO.

Numește prin decizie Comisia de monitorizarea cu privire la sistemul de control managerial.

Numește prin decizie Reprezentantul Spitalului în relațiile cu mass-media.

Aprobă Planul Alb al Spitalului și asigură resursele necesare operaționalizării acestuia

Se asigură de introducerea Planul Alb în Regulamentul de Ordine Interioara a spitalului

Respectă atribuțiile din Planul de intervenție în caz de incendii

7.2. Responsabili de procese (Medici curanți, Sefi servicii/birouri, RSVTI, Director îngrijiri, Director medical, Medici șefi secție/compartimente

Respectă principiile de comunicare stabilite și folosesc mijloacele de comunicare potrivit destinației și caracteristicilor acestora.

Comunicarea este standardizată utilizându-se formulare dedicate acestui scop.

Marea majoritate a formularelor standardizate sunt reglementate de legislația subsecventă scopului

Semnalează managementului/persoanelor abilitate orice deficiență de comunicare și propun acțiuni de îmbunătățire a proceselor din cadrul SCIM.

Comunică în limitele atribuțiilor și autorității cu care sunt investiți.

Folosesc mijloacele de comunicare potrivit competenței pe care o dețin.

Întrețin mijloacele de comunicare aflate în gestiunea lor.

Nu permit accesul persoanelor neautorizate la mijloacele de comunicație aflate în gestiunea lor.

Comunică pe cale ierarhică orice situație de pericol, incident sau accident

Respecta prevederile protocolului de transfer interclinic a pacientului critic


Respectă atribuțiile din Planul Alb al Spitalului

Respectă atribuțiile din Planul de intervenție în caz de incendii

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a *S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 9 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

7.3. PC :

Aduce la cunoștința angajaților și a părților interesate Politica spitalului.

Instruiește și conștientizează personalul în domeniul SCIM.

Primește, documentează și răspunde la comunicările relevante de la părțile interesate conform delegărilor de autoritate stabilite de Manager.

Informează conducerea spitalului asupra necesarului de resurse pentru buna derulare a procesului de comunicare.

Comunică cu instituțiile abilitate pe probleme legate de sistemul de control managerial

7.4. Responsabilul de Mediu / RM

Comunică personalului contractorilor care efectuează lucrări în numele spitalului sau în cadrul spitalului și vizitatorilor, de regulă prin instruire, aspectele de mediu specifice și cerințele care trebuie respectate pe durata efectuării lucrărilor sau vizitei.

Comunică cu autoritățile în probleme privind gestionarea deșeurilor.

Întocmește documentația pentru obținerea autorizației de mediu și întreprinde acțiunile necesare actualizărilor acesteia.

Întocmește rapoarte periodice, le supune aprobării Managerului și le transmite autorităților.

Comunică cu autoritățile abilitate privind mediul, gestionarea deșeurilor și substanțele periculoase prin participarea la controalele efectuate de către acestea în vederea verificării respectării cerințelor legale și a autorizării/reautorizării.

7.5. Responsabilii de SSO și SU

Comunică cu furnizorii și pacienții privind aspectele legate de funcționarea sistemului pentru probleme legate de sănătate și securitate ocupațională.

Comunică personalului contractorilor care efectuează lucrări în numele spitalului sau în cadrul spitalului și vizitatorilor, de regulă prin instruire, aspectele de SSO - SU specifice și cerințele care trebuie respectate pe durata efectuării lucrărilor sau vizitei.

Comunică cu autoritățile în probleme legate de sănătatea și securitatea ocupațională.


Întocmește documentația pentru obținerea de acorduri/ avize/ certificate constatatoare și întreprinde acțiunile necesare pentru aceasta.

Întocmește planul propriu de SSO, normativele pentru echipamente de protecție, etc., și le transmite părților interesate.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Revizia: 0 Nr.de ex. : 2 Pagina 10 din exemplarul nr. 1 Exemplar nr. 1

Comunică cu autoritățile abilitate privind problemele de SSO și SU prin participarea la controalele efectuate de către acestea în vederea verificării respectării cerințelor legale și a autorizării/reautorizării

Organizează simulări pentru Planul Alb al Spitalului
 Respectă atribuțiile din Planul de intervenție în caz de incendii

8.DESCRIEREA PROCEDURII OPERAȚIONALE

8.1. Generalități

8.1.1.Prin modul de derulare stabilit în cadrul S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle se realizează comunicarea externă cu pacienții, alte unități sanitare, unități administrative, furnizorii, instituțiile statului și alte părți interesate.


8.1.2.Conducerea spitalului a reglementat procesul de comunicare, astfel încât să asigure transmiterea eficace a datelor, informațiilor și deciziilor necesare desfășurării proceselor spitalului, prevenirii poluării și accidentelor, cunoașterii aspectelor de mediu ale pericolelor de SSO și intervenției în caz de incident sau accident.

8.1.3.Conducerea spitalului asigură comunicarea atât în interiorul spitalului, cât și cu părțile interesate din exterior și a stabilit căi și mijloace adecvate pentru asigurarea unei comunicări eficace, în conformitate cu matricea prezentată în Anexa 1.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a *S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 11 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

MATRICEA DE COMUNICARE


(DIAGRAMA DE RELATII-COMUNICARE EXTERNA)

Nr. crt	Grup țintă	Conținut	Responsabil comunicare
1.	Clienți(Pacienti)	<ul style="list-style-type: none"> - Bilete de trimitere, Foaie clinică de observație generală, Buletine de analiză, Radiografii, Imagistică, FSZ/FOCG, alte documente medicale - Acte doveditoare ale calității de asigurat; - Răspunsuri la reclamații/sesizări; - Concedii medicale, prescripții medicale - Second –opinion - Consimțăminte 	Medic curant Medic de gardă Manager (pe probleme referitoare la sesizări)
2.	Aparținători	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucțiuni de acces, reguli pentru vizitatori, după caz; - Răspunsuri la reclamații/sesizări - solicitări de eliberare copii documente medicale 	Secretariat, Personal pază, Arhivă
3	Asociații ale pacienților	<ul style="list-style-type: none"> - Ordine de zi ședințe Consiliul etic - Procese verbale ale ședințelor Consiliului etic - Reclamații-sesizări ale pacienților transmise spitalului direct sau prin reprezentantul As. Pac. din Consiliul de etică - Informări cuprivire la Mecanismul de Feedback al Pacientului, aplicat în spital - Avize de etică 	Manager Consiliul etic
4	Agenția teritorială de mediu	<ul style="list-style-type: none"> - Documentație pentru obținerea de acord/ aviz/ autorizație de mediu și coresp. ref la acestea; - Rapoarte de mediu, buletine/rapoarte de analiza factori de mediu, situații deșeuri, alte raportări solicitate; - Rapoarte privind accidente/incidente de mediu, după caz; - Răspunsuri la solicitări/măsuri dispuse în urma controalelor/ reclamațiilor de mediu; 	Manager, RM
5	Inspectoratul teritorial de muncă	<ul style="list-style-type: none"> - Documentație pentru obținerea de acorduri/ avize/ certificat constatator; 	Manager, RSSO RUNOS

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. *Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este Interzisă


 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 12 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

		-Lista substanțelor toxice și periculoase existente în firmă -Dosare de cercetare a accidentelor -Răspunsuri ref. la măsuri dispuse prin controale efectuate de inspectorii ITM / reclamații de SSO -Rapoarte REVISAL	
6	Primărie	-Documente care generează acordarea unor autorizații de funcționare/ certificate/ atestate în domeniul sanitar	Manager
7	ISU	-Planuri de prevenire și intervenție în situații de urgență (incendii, dezastre) -Semnalare /Răspunsuri la situații de urgență -Procese verbale de control a respectării condițiilor PSI, raspunsuri la Planurile de conformare	Manager, RSU (cadru tehnic PSI desemnat)
8	Mass media	-Politica de control managerial, comunicate de presa. -Raspunsuri la interpelări adresate spitalului	Manager (Reprezentantul spitalului în relația cu mass-media)
9	Vecini	- Politici referitoare la control managerial, - Răspunsuri la reclamații / sesizări de mediu	Manager
10	Furnizori	- Politici referitoare la control managerial, - Cerințe de calitate-mediul-SSO impuse furnizorilor de produse/ servicii prin contracte/ comenzi sau specificații/ teme tehnice. -Solicitări verificări ISCIR -Solicitări verificări PRAM, verificări centrale temice -Solicitări efectuare măsurători factori de mediu și/sau verificări parametri mediu ambiant -Convenții de mediu-SSO cu furnizorii de servicii - Instrucțiuni pentru vizitatori/delegați	Responsabili aprovizionare / achiziții RSVTI Administrativ RM, RSSO
11	Organisme de control / Audit Autorități	-Politici referitoare la control managerial -Documente SCM în vigoare; -Rapoarte de acțiuni corective / preventive stabilite în urma auditurilor efectuate și dovezi de implementare, după caz; - Documentație și corespondență ref. la autorizări conform prevederilor legale	Manager PC Șefi compartimente/servicii/birouri

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. *Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este Interzisă


 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 13 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

12	Spital sau unitate sanitară primitoare	<ul style="list-style-type: none"> - acord de colaborare cu Spitalul sau unitatea sanitară trimițătoare (Alexa II , OMS 1091) -acord de colaborare cu serviciul care efectueaza transferul -acceptul pentru transfer(după caz) - se transfera documentatia si rezultatele investigatiilor pacientului catre unitatea primitoare -protocoale specifice intervențiilor de urgență -Resurse medicale pentru transfer -fisa medicala de transfer interclinic al pacientului critic 	Manager Persoanele responsabile de evaluarea pacienților și organizarea transferului Medic responsabil de organizarea transferului
13	Declansarea Planului Alb de cod galben sau cod roșu pe teritoriul spitalului	<ul style="list-style-type: none"> Constituirea Comandamentul de criză al spitalului -Membri și roluri specifice -Resurse mobilizabile -Organizarea primului ajutor specializat pînă la sosirea echipajelor SMURD -Măsuri de limitarea a efectelor crizei -Asigurarea asistenței medicale specializate victimelor, în limita de competență a spitalului 	<ul style="list-style-type: none"> -Managerul spitalului - Directorul de îngrijiri - Șeful serviciului administrativ - Șefi ai serviciilor / secțiilor / departamentelor spitalului
14	Prefectul județului activează Planul alb de cod roșu	<ul style="list-style-type: none"> -Constituirea Comandamentul de criză al spitalului -Membri și roluri specifice -Resurse mobilizabile -Organizarea preluării pacienților transferați din alte spitale sau primirea directă a urgențelor tratabile cu resursele spitalului 	<ul style="list-style-type: none"> -Managerul spitalului - Directorul de îngrijiri - Șeful serviciului administrativ - Șefi ai serviciilor / secțiilor / departamentelor spitalului
15	Casa județeană de asigurări de sănătate	<ul style="list-style-type: none"> -Raportări statistice asupra activității medicale -Acte doveditoare ale calității de asigurat; - Răspunsuri la reclamații/sesizări; -Derularea programelor naționale 	Managerul Dir. Economic-Financiar Serv. Statistică Medici responsabili de programe
16	Direcțiile de sanătate Publică	<ul style="list-style-type: none"> -bugetele de venituri și cheltuieli -execuția bugetelor de venituri și cheltuieli lunare și trimestriale -Deconturi ale cheltuielilor pentru anumite programe de sănătate publică Rezultatele: -activități de sănătate publică derulate de către spital 	Managerul Dir. Economic-Financiar Serv. Statistică Medici responsabili de programe Medic Epidemiolog Serviciul SPLIAAM RSSO RPR Consiliul de etică

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă


 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 14 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

		-activităților de prevenire și limitare a răspândirii bolilor transmisibile, inclusiv în situații de risc epidemiologic - analiza trimestrială și anuală a indicatorilor programelor specifice de sănătate - culegerea și prelucrarea informațiilor statistice medicale din domeniul său de competență - Raportări specifice activității SPLIAAM - Date referitoare la morbiditatea spitalizată -indicatori de utilizare ai serviciilor medicale, calitate, Resurse umane, financiari -Evaluări ale factorilor de risc profesional și noxe -Monitorizarea calității apei -Documentare a activității de lucru în mediu cu radiații ionizante - Rapoarte ale Consiliului de etică	
17	A.N.M.C.S.	Evenimente adverse asociate asistenței medicale indicatori de utilizare ai serviciilor medicale, calitate, Resurse umane, financiari Date referitoare la morbiditatea spitalizată Modificări structurale Documente specifice activității de management al calității în sănătate Date de monitorizare a respectării Standardelor de calitate post-acreditare Monitorizare (tematice, semestriale)	Manager BMC
18	C.N.C.A.N.	Date privitoare la îndeplinirea condițiilor de radioprotecție operațională și structurală în activitatea de radiodiagnostic, radiologie intervențională Monitorizarea menținerii condițiilor și limitelor Auranizațiilor de utilizare a instalațiilor radiologice	Manager RPR
19.	Avocatul Poporului	Acte/documente în sprijinul soluționării petițiilor acordate Răspunsuri la recomandări Reintroducerea de îndată în legalitate a situațiilor/aspectelor semnalate prin petiții	Manager Serv. Juridic

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea Intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă


 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 15 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

20	Organisme de certificare ISO	Dovezi ale respectării cerințelor din standardele ISO	Responsabili de procese SMCSM/Laboratoare/Sefi sectii/compartimente functionale
21	Agenția Națională pentru Achiziții Publice,	Dovezi ale modului în care Spitalul atribuie contractele de achiziție publică, de concesiune de lucrări publice și de concesiune de servicii; Dovezi ale conformității documentației de atribuire cu legislația aplicabilă din domeniul achizițiilor publice și concesiunilor Evaluări ale aspectelor procedurale aferente procesului de atribuire a contractelor care intră sub incidența legislației privind achizițiile publice	Manager Director Financiar contabil Sef serviciu Achizitii
22	Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal	-Pune la dispoziția personalului de investigație al Autorității "la fața locului și/sau în termenul stabilit, orice informații și documente, indiferent de suportul de stocare, să ridice copii de pe acestea, să aibă acces la oricare dintre incintele operatorului și persoanei împuternicite de operator, precum și să aibă acces și să verifice orice echipament, mijloc sau suport de stocare a datelor, necesare desfășurării investigației" -Raport de măsuri corective prevăzute la art. 58 alin. (2) din Regulamentul general privind protecția datelor, inclusiv de sancțiuni contravenționale -Plan de remediere a disfuncționalităților sesizate	Manager DPO
23	Colegiul Medicilor, OAMGMAMR, Colegiul Farmaciștilor, Colegiul Psihologilor, alte organizații profesionale ale personalului medical	Avize de liberă practică, Certificate de atestare a competențelor, Documente/dovezi în vederea analizei suspiciunilor de malpraxis, Dovezi ale activității de perfecționare profesională continuă	Manager Director Medical Serv Juridic Serv RUNOS
24	Organizații de profil pentru acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale..	Identificarea pacienților cu nevoi speciale și a celor cu dizabilități Metode de facilitare a accesului la servicii medicale	Manager Serv Juridic Director medical Sef sectie/comp
25	Spitalul are angajați/contracte de colaborare cu -psiholog/psihoterapeut	Consiliere psihologică pentru pacienți aparținători	Manager Serv Juridic Director medical

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. *Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 16 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

	-servicii de asistență socială -furnizori specializați în îngrijirea "cazurilor complexe" -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 în vederea asigurării continuității îngrijirilor.	Identificarea pacienților care necesită îngrijiri paliative Accesul pacienților la servicii medicale specializate Consiliere profesională personalului medical din centrele de zi Consiliere profesională personalului medical din unitățile de îngrijire paliativă ambulatorie	Sef sectie/comp RUNOS
26	Protocoale cu medicul de familie pentru patologii diferite de cele paliative	Facilitarea accesului la servicii spitalicești Monitorizare post spitalizare de către MF	Manager Serv Juridic Director medical Sef sectie/comp

8.1.4.Prin deciziile emise de managerul spitalului, Regulamentul Intern și fișele de post este delegată autoritatea de reprezentare, sunt stabilite responsabilitățile pentru comunicarea internă și externă cu instituțiile statului și alte părți interesate.

8.1.5.Pe baza principiului de asigurare a confidențialității datelor și informațiilor, angajaților spitalului le este interzis să comunice cu părțile externe în afara canalelor de comunicare stabilite / aprobate, a limitelor de responsabilitate și a delegărilor de autoritate stabilite de managerul spitalului în mod strict pentru problematica din sfera lor de activitate - a se vedea și procedura „Accesul mass-media” – PO- BJUR 03.

8.1.6.Informațiile trebuie furnizate în mod adecvat și să fie verificabile iar mijloacele de comunicare utilizate, după caz, sunt:

- afișare, semnalizare;
- instruire, difuzare documente scrise, intranet/internet;
- informare prin telefon, fax, e-mail, întruniri directe;
- comunicate de presă


8.1.7. Comunicarea este standardizată utilizându-se formulare dedicate acestui scop.

Marea majoritate a formularelor standardizate sunt reglementate de legislația subsecventă scopului comunicării.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a *S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Revizia: 0 Nr.de ex. : 2 Pagina 17 din exemplarul nr. 1 Exemplar nr. 1

8.2. Comunicarea externă cu părțile interesate (furnizori, pacienti, aparținători și vizitatori, specialiști externi spitalului, alte unități sanitare, unități administrative, autorități, reprezentanți ai asociației pacienților)

Comunicarea externă este centralizată în Matricea de comunicare (Diagrama de relații)- Anexa nr. 1

8.2.1. Comunicarea cu furnizorii

8.2.1.1. Comunicarea cu furnizorii are în vedere asigurarea aprovizionării cu produse, materiale, echipamente în scopul asigurării resurselor pentru desfășurarea proceselor și furnizării de servicii medicale.

8.2.1.2. De regulă, conform procedurilor de aprovizionare/achiziții, se comunică produsul aprovizionat, identificat prin cod produs și/sau denumire, cantitatea, calitatea și termenul pentru livrare.

8.2.1.3. Pentru substanțele periculoase sunt solicitate de la furnizori fișele de securitate, pentru ambalaje recomandări privind metodele de reciclare/valorificare/eliminare, iar pentru echipamente medicale se solicită informații privind conformarea cu legislația specifică (ex: nivel de zgomot, vibrații, etc, conform cu legislația de transpunere a directivelor UE referitoare la echipamente de muncă).

8.2.1.4. Pentru comunicarea către furnizorii de servicii a cerințelor privind aspectele de mediu și cele referitoare la SSO din amplasamentul spital dar și specifice serviciilor prestate, RSSO și RM întocmesc/actualizează Convenția de SSM și Mediu și asigură difuzarea acesteia către responsabilii de achiziții/aprovizionare pe baza listei de difuzare.

8.2.1.5. Comunicarea către furnizorii de servicii a acestor cerințe este realizată/efectuată de către responsabilii de aprovizionare/achiziții prin anexarea Convenției de SSM și Mediu, **Anexa nr. 4** la contracte/comenzi.

8.2.1.6. La începerea unor lucrări în amplasamentul spitalului, RSSO sau secretar, în lipsa RSSO, asigură instruirea sub semnătură a personalului contractanților și la fiecare eveniment de instruire completează o Fișă de instruire colectivă privind securitatea și sănătatea în muncă, formular conform prevederilor legale în vigoare referitoare la securitatea și sănătatea în muncă în vigoare.

8.2.1.7. Contractanților care lucrează în numele sau pentru spital le sunt comunicate explicit prin anexe la contract/comandă cerințele pt. lucrarea/serviciul contractat referitoare la calitate, cerințe de mediu și SSO și dacă e cazul, aspectele de mediu și riscurile din zonele în care își desfășoară activitatea.

8.3. Comunicarea cu alte unități sanitare, unități administrative, autorități


8.3.1. Comunicarea cu alte unități sanitare, unități administrative, autorități se face de către Manager, Directorul Medical, Director Financiar Contabil, etc, alți responsabili de procese cu scopul de a obține avize, autorizații, acorduri, reglementări legale, transferuri interspitalicești, puncte de vedere în domeniul medical și alte cerințe, rapoarte ale controalelor efectuate, informații medicale, informații referitoare la reclamații/sesizări/ măsuri dispuse, alte informații.

Prin dispoziții înscrise în ROF și Proceduri operaționale, comunicarea interspitalicească în cazul necesității

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 18 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

transferului pacientului critic este delegată Medicului responsabil de organizarea transferului.

8.3.2. Pentru comunicarea și raportarea privind problemele de mediu ale spitalului este delegată autoritatea de reprezentare pentru RM, conform deciziilor, fișei postului și procedurilor în vigoare.

8.3.3. Pentru comunicarea și raportarea datelor privind SSO este delegată autoritatea de reprezentare pentru RSSO, conform deciziilor, fișei postului și procedurilor în vigoare.

8.3.4. Funcțiile cărora le este delegată autoritatea de reprezentare pentru comunicarea și raportarea externă a datelor și informațiile pe probleme de mediu, SSO și SCIM, participă la vizitele/ inspecțiile autorităților/ organismelor abilitate, în limitele stabilite de Manager și numai în sfera lor de resort.

8.3.5. Comunicarea privind calitatea, protecția mediului și sănătatea și securitatea ocupațională este reglementată prin P/IL specifice, toate documentele intrate/ieșite fiind înregistrate de secretariat într-un Registru de intrări-ieșiri corespondență.

8.4. Comunicarea cu specialiști externi spitalului solicitati pentru a exprima ”a doua opinie medicală”

8.4.1. Specialiști externi spitalului pentru a se exprima pentru o ”a doua opinie medicală” pot fi solicitați - de către pacient contra cost caz în care medicul curant și spitalul vor facilita accesul specialiștilor la informația medicală referitoare la pacient astfel încât acesta să poată formula o opinie. A doua opinie medicală va fi consemnată în FOCG. Opiniile contradictorii se mediază profesional, iar în documentele medicale se va înscrie rezultatul care a întrunit părerea comună a specialiștilor.

- de către specialiști din cadrul spitalului caz în care se anunță Consiliul medical, se întocmește o adresă scrisă către unitatea în care este angajat specialistul sau către specialist direct în care se comunică motivele solicitării unei a doua opinii medicale, date medicale ale pacientului, se stabilesc căi de comunicare, eventuale vizite în unitatea sanitară la patul bolnavului dacă este cazul.


- A doua opinie medicală va fi solicitată de către specialiștii din spital numai cu acordul pacientului sau aparținătorului sau în baza unei decizii a Consiliului medical pentru pacienții fără discernământ atunci când viața acestora este pusă în pericol. - În caz că a doua opinie diferă de prima opinie medicală se va face o analiză de către specialiști interni și externi pentru stabilirea diagnosticului final ce se va consemna în FOCG.

- Opiniile contradictorii se mediază profesional, iar în documentele medicale se va înscrie rezultatul care a întrunit părerea comună a specialiștilor

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea Intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 19 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

8.5. Comunicarea cu Asociații ale pacienților

În mod direct, Asociațiile de pacienți pot interacționa cu Spitalul prin intermediul reprezentantului ales în cadrul Consiliului de etică (acolo unde există). După notificarea adresei MS prin care Spitalul Videle a prezentat situația neidentificării nici unei persoane care să facă parte din Consiliul de etică al pacientului, MS a răspuns că se poate constitui Consiliul de etică și fără reprezentant al Asociației Pacienților.

În vederea desemnării reprezentanților asociațiilor de pacienți în cadrul consiliilor de etică, Ministerul Sănătății, prin Compartimentul de integritate, informează opinia publică cu privire la demersul de constituire a acestor consilii și realizează un registru electronic al asociațiilor de pacienți interesate să se implice în activitatea consiliilor de etică ale unităților sanitare.

Informarea opiniei publice se realizează prin publicarea datelor necesare pe site-ul Ministerului Sănătății, precum și prin informări directe transmise asociațiilor de pacienți, prin care se solicită acestora implicarea directă la nivel național în cadrul consiliilor de etică.

În urma acestui demers, Compartimentul de integritate constituie și administrează registrul asociațiilor de pacienți, organizat pe județe, pe care îl publică pe site-ul Ministerului Sănătății și îl comunică tuturor unităților sanitare publice. Acesta se actualizează permanent, fiind un instrument de comunicare și cooperare între Ministerul Sănătății și reprezentanții pacienților în cadrul sistemului public de sănătate.

La nivelul spitalelor publice, managerul este responsabil de invitarea asociațiilor de pacienți din județul respectiv, înscrise în registrul asociațiilor de pacienți, prin informări directe și publicare pe site-ul propriu, în vederea prezentării candidaturilor acestora.


8.5.1. Atribuțiile consiliului de etică sunt următoarele:

- promovează valorile etice în rândul personalului medico-sanitar, auxiliar și administrativ al unității sanitare;
- identifică și analizează vulnerabilitățile etice și riscurile apărute, propune managerului adoptarea și implementarea măsurilor de prevenție a actelor de corupție la nivelul unității sanitare;
- formulează și înaintează managerului propuneri pentru diminuarea riscurilor de incidente de etică;
- analizează și avizează regulamentul de ordine interioară al unității sanitare și poate face propuneri pentru îmbunătățirea acestuia;
- formulează punct de vedere etic consultativ, la solicitarea comitetului director al unității sanitare;
- analizează din punct de vedere etic situațiile de dubiu care pot apărea în exercitarea profesiei medicale. În

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. *Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 <p>unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE</p> <p>CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	<p>PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16</p>	<p>Ediția: III</p> <p>Nr. de exemplare 2</p>
		<p>Revizia: 0</p> <p>Nr.de ex. : 2</p>
	<p>COMUNICAREA EXTERNA</p>	<p>Pagina 20 din exemplarul nr. 1</p>
		<p>Exemplar nr. 1</p>

situația în care un cadru medico-sanitar reclamă o situație de dubiu etic ce vizează propria sa activitate, avizul etic nu poate fi utilizat pentru incriminarea cadrului medico-sanitar respectiv, dacă solicitarea s-a realizat anterior actului medical la care se face referire;

g) primește, din partea managerului unității sanitare, sesizările făcute în vederea soluționării. Modelul de sesizare este prevăzut în anexa nr. 2.

h) analizează cazurile de încălcare a principiilor morale sau deontologice în relația pacient-cadru medicosanitar și personal auxiliar din cadrul spitalului, prevăzute în legislația în vigoare ; Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003; Ordinul ministrului sănătății nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, art. 217, 218 și 219 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare; Codurile deontologice profesionale; Regulamentele interne ale unităților sanitare.

i) verifică dacă personalul medico-sanitar și auxiliar, prin conduita sa, încalcă drepturile pacienților prevăzute în legislația specifică , pe baza sesizărilor primite; Legea nr. 46/2003; art. 217, 218 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

j) analizează sesizările personalului unității sanitare în legătură cu diferitele tipuri de abuzuri săvârșite de către pacienți sau superiori ierarhici. În măsura în care constată încălcări ale drepturilor personalului, propune măsuri concrete pentru apărarea bunei reputații a personalului; - Art. 257, în acord cu art. 175 alin. (2) din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare; art. 219 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

k) analizează sesizările ce privesc nerespectarea demnității umane și propune măsuri concrete de soluționare;

l) emite avize referitoare la incidentele de etică semnalate, conform prevederilor prezentului ordin;

m) emite hotărâri cu caracter general ce vizează unitatea sanitară respectivă;

n) asigură informarea managerului, a Compartimentului de integritate din cadrul Ministerului Sănătății și a petentului privind conținutul avizului etic.

Managerul poartă răspunderea punerii în aplicare a soluțiilor propuse


o) aprobă conținutul comunicărilor adresate petenților, ca răspuns la sesizările acestora;

p) înaintează către organele abilitate sesizările ce privesc plățile informale ale pacienților către personalul medico-sanitar ori auxiliar sau acte de condiționare a acordării serviciilor medicale de obținere a unor foloase, în cazul în care persoanele competente nu au sesizat organele conform atribuțiilor de serviciu;

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Revizia: 0 Nr.de ex. : 2 Pagina 21 din exemplarul nr. 1 Exemplar nr. 1

q) sesizează organele abilitate ale statului ori de câte ori consideră că aspectele dintr-o speță pot face obiectul unei infracțiuni, dacă acestea nu au fost sesizate de reprezentanții unității sanitare sau de către petent;

r) aprobă conținutul rapoartelor bianuale și anuale întocmite de secretarul consiliului de etică;

s) redactează Anuarul etic, care cuprinde modul de soluționare a spețelor reprezentative din cursul anului precedent. Anuarul etic este pus la dispoziția angajaților, constituind în timp un manual de bune practici la nivelul unității sanitare respective;

t) analizează rezultatele aplicării chestionarului de evaluare, parte a mecanismului de feedback al pacientului. Chestionarul de evaluare este prevăzut în Anexa nr. 3 - Ordinul nr. 145/2015 pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor consiliului de etică

8.5.2. Consiliul de etică poate solicita documente și informații în legătură cu cauza supusă analizei și poate invita la ședințele sale persoane care pot să contribuie la soluționarea speței prezentate.

8.5.3. Sesizarea unui incident de etică

(1) Sesizarea unui incident de etică poate fi făcută de către:

- a) pacient, aparținător sau reprezentantul legal al acestuia;
- b) personalul angajat al spitalului;
- c) oricare altă persoană interesată.

(2) Sesizările sunt adresate managerului unității sanitare și se depun la registratură sau prin completarea formularului online aflat pe pagina web a unității sanitare.

(3) Fiecare sesizare primește un număr de înregistrare comunicat persoanei care o înaintează. Număr de înregistrare primește și sesizarea electronică.

(4) Analiza sesizărilor și emiterea unei hotărâri sau a unui aviz etic, după caz, se face în cadrul ședinței consiliului de etică.

(5) managerul înaintează președintelui toate sesizările ce revin în atribuțiile consiliului de etică și orice alte documente emise în legătură cu acestea


(6) managerul unității sanitare asigură comunicarea rezultatului către persoana care a formulat sesizarea.

(7) Secretarul consiliului de etică introduce în sistemul informatic securizat chestionarele de evaluare ale mecanismului de feedback al pacientului distribuite și colectate și asigură lunar informarea membrilor consiliului

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. *Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 22 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

de etică și a managerului unității sanitare cu privire la rezultatele aplicării acestora.(Anexa nr. 4 la Ordinul nr. 145/2015 pentru aprobarea componenței și a atribuțiilor consiliului de etică)

(8) Secretarul consiliului de etică asigură postarea pe site-ul unității sanitare a informațiilor privind activitatea consiliului de etică

(9) Procesul verbal care reflectă activitatea desfășurată și deciziile luate este pus la dispoziția tuturor membrilor Consiliului de etică.

8.5.4. Asociațiile de pacienți, prin reprezentantul ales în Consiliul de Etică , au acces la toate datele necesare informării lor corecte, cu asigurarea confidențialității datelor cu caracter personal pentru protejarea imaginii publice a tuturor părților implicate;

8.6 Comunicarea în situații de urgență

8.6.1 Comunicarea internă și externă în situații de urgență este reglementată prin Planurile pentru situații de urgență aprobate de către Manager.

Comunicarea cu ISU în situații de incendiu declanșat– Stabilită prin Planul de intervenții la incendii , presupune:

- Existența unei scheme de alarmare funcționale cuprinsă în anexa nr.5
- Existența unor persoane responsabile cu comunicarea în caz de incendiu (Medic de gardă, asistenți medicali cu responsabilități, RSU)
- Canale de comunicare (număr unic de urgență 112 și linii telefonice interne)
- Plan de măsuri și evacuare pînă la sosirea echipajelor specializate

Planul de intervenție în caz de incendiu este cuprins în Anexa nr. 2

8.6.2. Comunicarea în caz de declanșare a Planului Alb de cod galben și a Planului Alb de cod roșu


8.6.2.1. Generalități

1. Planul Alb este parte a Regulamentului de Ordine Interioara a spitalului
2. Planul Alb trebuie sa fie cunoscut de toti angajatii spitalului, prelucrat in cadrul fiecarei sectii / compartiment / serviciu de catre medicul-sef al acesteia.
3. Planul Alb trebuie verificat si imbunatatit prin simulari si exercitii repetate periodic
4. Planul Alb trebuie sa fie completat de planuri de reactie in cadrul fiecarei secții, redactate ca anexe ale Planului Alb, continand:
 - a. schema de alarmare,
 - b. desemnarea responsabilitatilor,

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. *Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Revizia: 0 Nr.de ex. : 2 Pagina 23 din exemplarul nr. 1 Exemplar nr. 1

c. evaluarea disponibilului de personal / functie / calificare,
 d. disponibilului de paturi, de resurse materiale (echipamente medicale, medicatie, materiale consumabile)
 e. proceduri de estimare a numarului mediu de cazuri ce pot fi: redistribuite pe alte sectii (mai putin implicate), sau transferate la alte spitale ori externate.

5. Este necesara realizarea unui depozit pentru situatii de dezastru al fiecarei sectii

6. Vor fi prevăzute afise, indicatoare si cordoane de protectie pentru marcarea fluxurilor nou aparute in spital din momentul declansarii planului, datorita modificarii circuitelor functionale ale spitalului

7. Planul Alb va fi integrat, la nivelul sistemelor de comandă și coordonare, cu Planul Rosu de interventie specializata de urgenta in prespital si va necesita crearea și aplicarea unor proceduri comune cu Politia, Jandarmeria si ISU in vederea organizarii atat a activitatii de primire a unui aflux masiv de victime, cat si a evacuarii unor victime sau dupa necesitati a unor pacienti din spital catre alte unitati sanitare neimplicate in asigurarea asistentei medicale in cadrul evenimentului generator de victime multiple

Producerea unui incident major soldat cu victime multiple este identificat la nivelul DC.

Acesta transmite un MESAJ DE PREALERTARE urmat, dacă este necesar, de un MESAJ DE ALERTARE către principalele structuri pentru primirea urgențelor din județul de competență care pot prelua victimele.

La nivelul DC va exista o listă cu datele de contact pentru aceste structuri (numere de telefon la care se pot transmite mesajele de prealertare și alertare)

Din punctul de vedere al alertării se disting două faze:

1. Prealertarea – atunci când există informații la nivelul DC că un eveniment major s-a produs, dar nu există date suficiente care să permită estimarea numărului de victime

2. Alertarea – în maxim 5 minute de la stabilirea numărului aproximativ de victime sau de la declanșarea Planului Roșu

Sistemele de comunicații, în cazul dezastrelor sau în anumite situații de urgență majore pot fi afectate. În aceste condiții Planul alb stabilește principalele mijloace de comunicare care trebuie / pot fi utilizate.

În cazul Spitalului se descriu 3 nivele de declanșare pentru incidentele cu victime multiple:

1. între 0 și N1 victime – NIVEL DE RUTINĂ

2. între N1 și N2 victime – NIVEL DE DECLANȘARE 1 (COD GALBEN)

3. peste N2 victime – NIVEL DE DECLANȘARE 2 (COD ROȘU)


Nivelul activității de rutină este acel nivel care corespunde unui număr de victime care pot fi gestionate în cadrul UPU/CPU și al spitalului fără a mobiliza resurse suplimentare.

Nu este considerată ca mobilizare de resurse suplimentare solicitarea pentru medicii din liniile de gardă la domiciliu.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 24 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

Nivelul 1 de declanșare (COD GALBEN) corespunde situației în care numărul de prezentări la nivelul UPU/CPU depășește capacitatea zilnică de asistare a victimelor la nivelul UPU/CPU, impunându-se mobilizarea de resurse suplimentare la nivelul UPU/CPU. Nu sunt necesare resurse suplimentare la nivelul spitalului deoarece:

- pacienții sunt în număr mare dar leziunile nu impun internare
- pacienții sunt în număr mare și prezintă leziuni care nu pot fi tratate în spitalul respectiv fiind necesar transferul imediat în altă unitate sanitară

Acest Nivel de declanșare impune prealertarea CCS de către Directorul Medical

Nivelul 2 de declanșare (COD ROȘU) corespunde situației în care numărul foarte mare de victime depășește capacitatea cotidiană de gestionare a urgențelor la nivelul întregului spital. Este necesară mobilizarea unor resurse suplimentare la nivelul majorității secțiilor din spital dar cel puțin la secțiile: chirurgie generală, ortopedie, chirurgie plastică, ORL, Oftalmologie, neurochirurgie, Chirurgie toracică, ATI, Radiologie – Imagistică medicală, Laborator

CAND CAPACITATA DE PRIMIRE A UNUI SPITAL CU UPU IN STRUCTURA ESTE DEPASITA, SE POT SOLICITA DISPONIBILIZAREA DE CAPACITATI DE PRIMIRE PENTRU SPITALELE PUBLICE DIN PROXIMITATE.

În cazul în care în urma estimărilor efectuate de către Medicul coordonator al DC sau de către MRT, în baza datelor comunicate de la locul incidentului sau în urma prezentării directe a pacienților la UPU/CPU, numărul acestora este mai mare sau egal cu N1 dar mai mic sau egal cu N2, MRT va propune medicului șef UPU/CPU declanșarea Planului Alb corespunzător NIVELULUI 1 DE DECLANȘARE (corespunzător UPU/CPU). Medicul șef UPU / CPU sau locțiitorul acestuia va decide declanșarea Planului Alb de Cod Galben (la nivelul UPU / CPU). El va informa DM al Spitalului de declanșarea Planului Alb de Cod Galben/ În cazul în care medicul șef al UPU/CPU nu răspunde la apelul MRT în maxim 5 minute de la primirea de către MRT a alertei de la DC planul alb la nivelul UPU/CPU va fi declanșat de către MRT.

În acest caz MRT va informa DM al Spitalului de declanșarea Planului Alb de Cod Galben.

În cazul în care estimările sugerează un număr potențial de victime mai mare sau egal cu N2 MRT va informa DM al Spitalului și va propune declanșarea Planului Alb pe NIVELUL 2 DE DECLANȘARE (la nivelul întregului Spital).


DM va decide declanșarea Planului Alb de Cod Roșu.

MRT va informa Medicul șef UPU / CPU de declanșarea Planului Alb de Cod Roșu

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a **S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle**.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este Interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2 Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 25 din exemplarul nr. 1 Exemplar nr. 1

În cazul în care DM al spitalului nu răspunde la apelul MRT în maxim 5 minute de la primirea de către MRT a alertei de la DC planul alb la nivelul UPU/CPU va fi declanșat de către Șeful gărzii pe spital, sau în absența acestuia de către MRT.

În anumite situații particulare, definite mai jos, declanșarea Planului Alb la nivelul întregului spital (NIVEL 2 DE DECLANȘARE) se poate realiza și de către Prefectul județului.

Situațiile în care această declanșare se impune sunt următoarele:

1. Prefectul deține informații că un eveniment major urmează să se producă s-au s-a produs deja, eveniment care nu generează o informare la nivelul direct al DC, deci informațiile nu urmează circuitul de alertare menționat mai sus.

Numărul total estimat al Victimelor = Nr victimelor care s-au prezentat la UPU/CPU în cursul primei ore x 2

2. A fost declanșat Planul alb într-o altă unitate sanitară de pe teritoriul județului iar în cadrul CJSU se decide ca este necesară implicarea și altor resurse (unități sanitare cu paturi) la nivelul județului


3. Prefectul consideră că Planul alb trebuia declanșat la nivelul unei instituții dar această procedură nu a fost aplicată, indiferent de motivele care au determinat această situație, inclusiv cele generate de erori procedurale.

În funcție de amploarea evenimentului și de resursele spitalului, este important ca mobilizarea resurselor să nu se facă concomitent, în totalitatea lor. O abordare etapizată pe nivele de mobilizare este mai judicioasă și permite o mai bună coordonare a resurselor.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 26 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

UPU/CPU → DIRECTOR MEDICAL

ALERTARE

PROPUNE DECLANȘARE
 PLAN ALB COD GALBEN
 PROPUNE DECLANȘARE
 PLAN ALB COD ROȘU

PLAN ALB → COD GALBEN PLAN ALB → COD ROȘU PLAN ALB

DECLANȘARE
 INFORMARE
 PREALERTARE
 DECLANȘARE

CREAREA COMANDAMENTULUI DE CRIZA AL SPITALULUI

Comandamentul de criză al spitalului CCS este structura centrală de comandă a tuturor resurselor existente sau mobilizabile din interiorul spitalului. Aici sunt centralizate toate informațiile, este stabilită strategia și sunt luate deciziile corespunzătoare.

CCS se constituie:

1. odată cu declanșarea Planului Alb de COD ROȘU
2. de către DM al spitalului. Până la sosirea DM la locul în care se constituie CCS, aceasta va fi condusă de Șeful Gărzii la nivelul spitalului, iar în lipsa acestuia de către MRT.

Vor fi stipulate clar următoarele:

LOCAȚIA în care va funcționa CCS. Acest amplasament trebuie să fie:


1. cât mai aproape de spital
2. suficient de spațios încât să permită accesul tuturor membrilor
3. conectat la mijloace de comunicare: telefonie fixă și mobilă, stații radio (TETRA și VHF/UHF), telefonie în sistem IC.(după caz)

ROLURILE MEMBRILOR CCS:

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 27 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

1. Comandantul CCS – Directorul medical sau locțiitorul acestuia
2. Oțfițer de legătură
3. Responsabil cu informarea publică
4. Responsabil cu securitatea și siguranța spitalului.
5. Responsabil cu operațiunile medicale din interiorul spitalului
6. Responsabil cu planificarea
7. Responsabil cu aspectele financiare
8. Responsabil cu aspectele logistice

Aceste roluri pot fi exercitate și prin însumarea unora dintre ele, deci de către un număr mai mic de persoane, în funcție de dimensiunea evenimentului. Este recomandat ca fiecare persoană implicată să exercite rolurile pe care le deține și în viața cotidiană. Astfel din CCS pot face parte, dar fără a se rezuma la aceștia:


- Managerul spitalului
- Directorul de îngrijiri
- Șeful serviciului administrativ
- Șefi ai serviciilor / secțiilor / departamentelor spitalului
- Specialiști în diferite domenii în funcție de particularitățile patologiei generate de incident (din partea DSP, alte unități sanitare, etc)

Rolul și activitățile specifice sunt detaliate în ANEXA NR. 3 – PLANUL ALB AL S.C SPITALUL ORASENESC SRL VIDELE

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a *S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2 Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 28 din exemplarul nr. 1 Exemplar nr. 1

9. EVIDENTE SI INREGISTRARI

9.1.Pacienți

Registru de intrări-ieșiri corespondență; Registru intrări - ieșiri persoane; Registre de consultații; Bilete de trimitere; Foaie clinică de observație generala; Buletine de analiză; Radiografii; Imagistică; FSZ; Răspunsuri la reclamații/sesizări; Concedii medicale; prescripții medicale; Solicitări second –opinion; Consimțăminte

9.2. Aparținători

Instrucțiuni de acces, reguli pentru vizitatori ; Răspunsuri la reclamații/sesizări-; solicitări de eliberare copii documente medicale

9.3. Asociații ale pacienților

Ordine de zi ședințe Consiliul etic; Procese verbale ale ședințelor Consiliului etic; Reclamații-sesizări ale pacienților transmise spitalului direct sau prin reprezentantul As. Pac. din Consiliul de etică ; Informări cu privire la Mecanismul de Feedback al Pacientului, aplicat în spital, Avize de etică

9.4. Agenția teritorială de mediu

Documentație pentru obținerea de acord/ aviz/ autorizație de mediu și coresp. ref la acestea; rapoarte de mediu, buletine/rapoarte de analiza factori de mediu, situații deșeurii; Rapoarte privind accidente/incidente de mediu,dupa caz; Răspunsuri la solicitări/măsuri dispuse în urma controalelor/ reclamațiilor de mediu;

9.5. Inspectoratul teritorial de muncă

Documentație pentru obținerea de acorduri/ avize/ certificat constatator;-Lista substanțelor toxice și periculoase existente în firmă; Dosare de cercetare a accidentelor ,Răspunsuri ref. la măsuri dispuse prin controale efectuate de inspectorii ITM/ reclamații de SSO ; Rapoarte REVISAL

9.6.Primărie

Documente care generează acordarea unor autorizații de funcționare/ certificate/ atestate în domeniul sanitar

9.7. ISU

Planuri de prevenire și intervenție în situații de urgență (incendii, dezastre); Semnalare /Răspunsuri la situații de urgență


Procese verbale de control a respectării condițiilor PSI, raspunsuri la Planurile de conformare

9.8. Mass media

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE AGREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 29 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

Politica de control managerial, comunicate de presa; Raspunsuri la interpelări adresate spitalului

9.9. Vecini

Politici referitoare la control managerial ; Răspunsuri la reclamații / sesizări de mediu

9.10. Furnizori

Politici referitoare la control managerial ;Cerințe de calitate-mediu-SSO impuse furnizorilor de produse/ servicii prin contracte/ comenzi sau specificații/ teme tehnice; Solicitări verificări ISCIR; Solicitări verificări PRAM, verificări centrale temice; Solicitări efectuare măsurători factori de mediu și/sau verificări parametri mediu ambiant ; Convenții de mediu-SSO cu furnizorii de servicii; Instrucțiuni pentru vizitatori/delegați

9.11. Organisme de control / Audit , Autorități

Politici referitoare la control managerial; Documente SCM în vigoare;Rapoarte de acțiuni corective / preventive stabilite în urma auditurilor efectuate și dovezi de implementare, după caz; Documentație și corespondență ref. la autorizări conform prevederilor legale

9.12. Spital sau unitate sanitară primitoare (in temeiul OMS 1091/2008 –Transferul interclinic al pacientului critic).

Acord de colaborare cu Spitalul sau unitatea sanitară trimitătoare (Anexa II , OMS 1091); acord de colaborare cu serviciul care efectueaza transferal;acceptul pentru transfer(după caz);se transfera documentatia si rezultatele investigatiilor pacientului catre unitatea primitoare;protocoale specifice intervențiilor de urgență;Resurse medicale pentru transfer;fisa medicala de transfer interclinic al pacientului critic

9.13. Declansarea Planului Alb de cod galben sau cod roșu pe teritoriul spitalului

Decizii: de constituire a Comandamentul de criză al spitalului;Membri și roluri specific;Resurse mobilizabile;Organizarea primului ajutor specializat pînă la sosirea echipajelor SMURD;Măsuri de limitarea a efectelor crizei;Asigurarea asistenței medicale specializate victimelor, în limita de competență a spitalului.

9.14. Prefectul județului activează Planul alb de cod roșu


Decizii: de constituire a Comandamentul de criză al spitalului;Membri și roluri specific;Resurse mobilizabile;Organizarea preluării pacienților transferați din alte spitale sau primirea directă a urgențelor tratabile cu resursele spitalului

9.15. Casa județeană de asigurări de sănătate

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. *Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 30 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

Raportări statistice asupra activității medicale ; Acte doveditoare ale calității de asigurat; Răspunsuri la reclamații/sesizări; Derularea programelor naționale

9.16. Direcțiile de sănătate Publică județene

bugetele de venituri și cheltuieli ; execuția bugetelor de venituri și cheltuieli lunare și trimestriale; Deconturi ale cheltuielilor pentru anumite programe de sănătate publică

Rezultatele: -activității de sănătate publică derulate de către spital

-activităților de prevenire și limitare a răspândirii bolilor transmisibile, inclusiv în situații de risc epidemiologic

- analiza trimestrială și anuală a indicatorilor programelor specifice de sănătate

- culegerea și prelucrarea informațiilor statistice medicale din domeniul său de competență

- Raportări specifice activității SPLIAAM

- Date referitoare la morbiditatea spitalizată

-indicatori de utilizare ai serviciilor medicale, calitate, Resurse umane, financiari

-Evaluări ale factorilor de risc profesional și noxe

-Monitorizarea calității apei

-Documentare a activității de lucru în mediu cu radiații ionizante

- Rapoarte ale Consiliului de etică

9.17. A.N.M.C.S.


Evenimente adverse asociate asistenței medicale; indicatori de utilizare ai serviciilor medicale, calitate, Resurse umane, financiari; Date referitoare la morbiditatea spitalizată; Modificări structurale; Documente specifice activității de management al calității în sănătate ; Date de monitorizare a respectării Standardelor de calitate post-acreditate.

9.18. C.N.C.A.N

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 31 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

Date privitoare la îndeplinirea condițiilor de radioprotecție operațională și structurală în activitatea de radiodiagnostic, radiologie intervențională; Monitorizarea menținerii condițiilor și limitelor Autorizațiilor de utilizare a instalațiilor radiologice

9.19. Avocatul Poporului

Acte/documente în sprijinul soluționării petițiilor acordate; Răspunsuri la recomandări ; Reintroducerea de îndată în legalitate a situațiilor/aspectelor semnalate prin petiții potrivit rezoluțiilor de caz.

9.20. Organisme de certificare ISO

Dovezi ale respectării cerințelor din standardele ISO

9.21. Agenția Națională pentru Achiziții Publice

Dovezi ale modului în care Spitalul atribuie contractele de achiziție publică, de concesiune de lucrări publice și de concesiune de servicii;

Dovezi ale conformității documentației de atribuire cu legislația aplicabilă din domeniul achizițiilor publice și concesiunilor

Evaluări ale aspectelor procedurale aferente procesului de atribuire a contractelor care intră sub incidența legislației privind achizițiile publice

9.22. Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal

Pune la dispoziția personalului de investigație al Autorității “la fața locului și/sau în termenul stabilit, orice informații și documente, indiferent de suportul de stocare, să ridice copii de pe acestea, să aibă acces la oricare dintre incintele operatorului și persoanei împuternicite de operator, precum și să aibă acces și să verifice orice echipament, mijloc sau suport de stocare a datelor, necesare desfășurării investigației”

-Raport de măsuri corective prevăzute la art. 58 alin. (2) din Regulamentul general privind protecția datelor, inclusiv de sancțiuni contravenționale


-Plan de remediere a disfuncționalităților sesizate.

9.23. Colegiul Medicilor, OAMGMAMR, Colegiul Farmaciștilor, Colegiul Psihologilor, alte organizații profesionale ale personalului medical

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 32 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

Avize de liberă practică, Certificate de atestare a competențelor, Documente/dovezi în vederea analizei suspiciunilor de malpraxis, Dovezi ale activității de perfecționare profesională continuă

9.24. Organizații de profil pentru acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale

Identificarea pacienților cu nevoi speciale și a celor cu dizabilități

Metode de facilitare a accesului la servicii medicale

9.25. Spitalul are angajați/contracte de colaborare cu psiholog/psihoterapeut, servicii de asistență socială furnizori specializați în îngrijirea "cazurilor complexe", 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, în vederea asigurării continuității îngrijirilor.

Consiliere psihologică pentru pacienți aparținători

Identificarea pacienților care necesită îngrijiri paliative

Accesul pacienților la servicii medicale specializate

Consiliere profesională personalului medical din centrele de zi

Consiliere profesională personalului medical din unitățile de îngrijire paliativă ambulatorie

9.26. Protocoale cu medicul de familie pentru patologii diferite de cele paliative

Facilitarea accesului la servicii spitalicești

Monitorizare post spitalizare de către MF

10. ANEXE

Anexa nr. 1. -Matricea de Comunicare (DIAGRAMA DE RELATII-COMUNICARE EXTERNA)

Anexa nr.3 - Planul Alb al S.C.Spitalul Orasenesc SRL Videle


Anexa nr. 4 – Convenție Contractorii

Anexa nr. 5 – Releu de Alarmare

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERATIONALA PO-MED -16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Revizia: 0 Nr.de ex. : 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 33 din exemplarul nr. 1
		Exemplar nr. 1

11.DIFUZARE

Procedura se difuzeaza pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/ SCIM implementat


12.INDICATORI DE MONITORIZARE

INDICATOR	TINTA	METODA DE CALCUL	PERIOADA DE MONITORIZARE	RESPONSABIL
Ponderea actualitatii documentelor de referinta care stau la baza elaborarii procedurii .	100%	Nr documente de referinta in actualitate / Nr total documente de referinta.	Semestrial	RMC
Ponderea personalului instruit periodic privind aplicarea procedurii din totalul personalului cu atribuții/an	100 %	Personal instruit periodic/personal cu atribuții %	Anual	RMC
Ponderea răspunsurilor transmise în timp util din totalul solicitărilor formulate in perioada analizata.	>90%	Nr raspunsuri transmise in timp / Nr total solicitari formulate	Semestrial	RMC
Ponderea sesizarilor formulate de institutii in ceea ce priveste comunicarea cu angajatii spitalului din total reclamatii in perioada analizata.	<5 %	Nr sesizarilor formulate de institutii in ceea ce priveste comunicarea cu angajatii spitalului / Nr total reclamatii	Semestrial	RMC
Ponderea reclamatiiilor de la pacienti in ceea ce priveste comunicarea cu angajatii spitalului din total reclamatii in perioada analizata.	>10 %	Nr reclamatii formulate de pacienti in ceea ce priveste comunicarea cu angajatii spitalului / Nr total reclamatii	Semestrial	RMC
Ponderea pacientilor pentru care s-a asigurat a doua opinie medicala / nr total pacienti care au solicitat 2-end opinion	>70%	Nr reclamatii formulate de pacienti in ceea ce priveste comunicarea cu angajatii spitalului / Nr total reclamatii	Semestrial	RMC
Ponderea aspectelor de etica semnalate de catre organizatii ale pacientilor/total spețe ale Consiliului de etică	<50 %	Analiză raport anual al Consiliului de etică Anuarul etic	Anual	RMC
Ponderea protocoalelor de colaborare cu medicii de familie din totalul contractelor de colaborare ale spitalului/an (sunt vizate doar contractile care au ca drept scop furnizarea de servicii medicale)/an	≥1 %	Nr.protocoalelor de colaborare cu medicii de familie din totalul contractelor de colaborare ale spitalului/an (sunt vizate doar contractile care au ca drept scop furnizarea de servicii medicale) %	Semestrial	Director medical

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 <p>unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE</p> <p>CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO –MED- 16</p>	<p>Ediția: III</p> <p>Nr. de exemplare 2</p>
		<p>Anexa nr. 1</p>
	<p>COMUNICAREA EXTERNA</p>	<p>Pagina 1 din exemplarul nr. 1</p>
		<p>COD : PO – MED - 16</p>


Matricea de Comunicare (DIAGRAMA DE RELATII-COMUNICARE EXTERNA)

Nr. crt	Grup țintă	Conținut	Responsabil comunicare
1.	Clienți(Pacienti)	<ul style="list-style-type: none"> - Bilete de trimitere, Foaie clinică de observație generală, Buletine de analiză, Radiografii, Imagistică, FSZ, alte documente medicale - Acte doveditoare ale calității de asigurat; - Răspunsuri la reclamații/sesizări; -Concedii medicale, prescripții medicale -Second –opinion -Consimțăminte 	<p>Medic curant Medic de gardă Manager (pe probleme referitoare la sesizări)</p>
2.	Aparținători	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucțiuni de acces, reguli pentru vizitatori, după caz; - Răspunsuri la reclamații/sesizări - solicitări de eliberare copii documente medicale 	<p>Secretariat, Personal pază, Arhivă</p>
3	Asociații ale pacienților	<ul style="list-style-type: none"> - Ordine de zi ședințe Consiliul etic - Procese verbale ale ședințelor Consiliului etic - Reclamații-sesizări ale pacienților transmise spitalului direct sau prin reprezentantul As. Pac. din Consiliul de etică -Informări cuprivire la Mecanismul de Feedback al Pacientului, aplicat în spital - Avize de etică 	<p>Manager Consiliul etic</p>
4	Agencia teritorială de mediu	<ul style="list-style-type: none"> -Documentație pentru obținerea de acord/ aviz/ autorizație de mediu și coresp. ref la acestea; -Rapoarte de mediu, buletine/rapoarte de analiza factori de mediu, situații deșeuri, alte raportări solicitate; 	<p>Manager, RM</p>

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. *Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.*

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO –MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Anexa nr. 1
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 2 din exemplarul nr. 1
		COD : PO – MED - 16

		-Rapoarte privind accidente/incidente de mediu, dupa caz; -Răspunsuri la solicitări/măsuri dispuse în urma controalelor/ reclamațiilor de mediu;	
5	Inspectoratul teritorial de muncă	-Documentație pentru obținerea de acorduri/ avize/ certificat constatator; -Lista substanțelor toxice și periculoase existente în firmă -Dosare de cercetare a accidentelor -Răspunsuri ref. la măsuri dispuse prin controale efectuate de inspectorii ITM/ reclamații de SSO -Rapoarte REVISAL	Manager, RSSO RUNOS
6	Primărie	-Documente care generează acordarea unor autorizații de funcționare/ certificate/ atestate în domeniul sanitar	Manager
7	ISU	-Planuri de prevenire și intervenție în situații de urgență (incendii, dezastre) -Semnalare /Răspunsuri la situații de urgență -Procese verbale de control a respectării condițiilor PSI, raspunsuri la Planurile de conformare	Manager, RSU (cadru tehnic PSI desemnat)
8	Mass media	-Politica de control managerial, comunicate de presa. -Raspunsuri la interpelări adresate spitalului	Manager (Reprezentantul spitalului în relația cu mass-media)
9	Vecini	- Politici referitoare la control managerial, - Răspunsuri la reclamații / sesizări de mediu	Manager
10	Furnizori	- Politici referitoare la control managerial, - Cerințe de calitate-mediu-SSO impuse furnizorilor de produse/ servicii prin contracte/ comenzi sau specificații/ teme tehnice. -Solicitări verificări ISCIR	Responsabili aprovizionare / achiziții RSVTI Administrativ RM, RSSO

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a **S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L Videle**.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă




**PROCEDURA OPERAȚIONALĂ
PO –MED- 16**

COMUNICAREA EXTERNA

Ediția: III
Nr. de exemplare 2
 Anexa nr. 1
 Pagina 3 din exemplarul nr. 1
 COD : PO – MED - 16

		-Solicitări verificări PRAM, verificări centrale temice -Solicitări efectuare măsurători factori de mediu și/sau verificări parametri mediu ambiant -Convenții de mediu-SSO cu furnizorii de servicii - Instrucțiuni pentru vizitatori/delegați	
11	Organisme de control / Audit Autorități	-Politici referitoare la control managerial -Documente SCM în vigoare; -Rapoarte de acțiuni corective / preventive stabilite în urma auditurilor efectuate și dovezi de implementare, după caz; - Documentație și corespondență ref. la autorizări conform prevederilor legale	Manager PC Șefi compartimente/servicii/birouri
12	Spital sau unitate sanitară primitoare	- acord de colaborare cu Spitalul sau unitatea sanitară trimițătoare (Anexa II, OMS 1091) -acord de colaborare cu serviciul care efectueaza transferul -acceptul pentru transfer(după caz) - se transfera documentatia si rezultatele investigatiilor pacientului catre unitatea primitoare -protocoale specifice intervențiilor de urgență -Resurse medicale pentru transfer -fisa medicala de transfer interclinic al pacientului critic	Manager Persoanele responsabile de evaluarea pacienților și organizarea transferului Medic responsabil de organizarea transferului
13	Declansarea Planului Alb de cod galben sau cod roșu pe teritoriul spitalului	Constituirea Comandamentului de criză al spitalului -Membri și roluri specifice -Resurse mobilizabile -Organizarea primului ajutor specializat până la sosirea echipajelor SMURD -Măsuri de limitarea a efectelor crizei	-Managerul spitalului - Directorul de îngrijiri - Șeful serviciului administrativ - Șefi ai serviciilor / secțiilor / departamentelor spitalului


 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO –MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Anexa nr. 1 Pagina 4 din exemplarul nr. 1 COD : PO – MED - 16

		-Asigurarea asistenței medicale specializate victimelor, în limita de competență a spitalului	
14	Prefectul județului activează Planul alb de cod roșu	-Constituirea Comandamentului de criză al spitalului -Membri și roluri specifice -Resurse mobilizabile -Organizarea preluării pacienților transferați din alte spitale sau primirea directă a urgențelor tratabile cu resursele spitalului	-Managerul spitalului - Directorul de îngrijiri - Șeful serviciului administrativ - Șefi ai serviciilor / secțiilor / departamentelor spitalului
15	Casa județeană de asigurări de sănătate	-Raportări statistice asupra activității medicale -Acte doveditoare ale calității de asigurat; - Răspunsuri la reclamații/sesizări; -Derularea programelor naționale	Managerul Dir. Economic-Financiar Serv. Statistică Medici responsabili de programe
16	Direcțiile de sănătate Publică	-bugetele de venituri și cheltuieli -execuția bugetelor de venituri și cheltuieli lunare și trimestriale -Deconturi ale cheltuielilor pentru anumite programe de sănătate publică Rezultatele: -activității de sănătate publică derulate de către spital -activităților de prevenire și limitare a răspândirii bolilor transmisibile, inclusiv în situații de risc epidemiologic - analiza trimestrială și anuală a indicatorilor programelor specifice de sănătate - culegerea și prelucrarea informațiilor statistice medicale din domeniul său de competență - Raportări specifice activității SPLIAAM - Date referitoare la morbiditatea spitalizată -indicatori de utilizare ai serviciilor medicale, calitate, Resurse umane, financiari	Managerul Dir. Economic-Financiar Serv. Statistică Medici responsabili de programe Medic Epidemiolog Serviciul SPLIAAM RSSO RPR Consiliul de etică

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 <p>ANMCS unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO –MED- 16</p>	<p>Ediția: III</p> <p>Nr. de exemplare 2</p>
		<p>Anexa nr. 1</p>
	<p>COMUNICAREA EXTERNA</p>	<p>Pagina 5 din exemplarul nr. 1</p>
		<p>COD : PO – MED - 16</p>

		<p>-Evaluări ale factorilor de risc profesional și noxe</p> <p>-Monitorizarea calității apei</p> <p>-Documentare a activității de lucru în mediu cu radiații ionizante</p> <p>- Rapoarte ale Consiliului de etică</p>	
17	A.N.M.C.S.	<p>Evenimente adverse asociate asistenței medicale</p> <p>indicatori de utilizare ai serviciilor medicale, calitate, Resurse umane, financiari</p> <p>Date referitoare la morbiditatea spitalizată</p> <p>Modificări structurale</p> <p>Documente specifice activității de management al calității în sănătate</p> <p>Date de monitorizare a respectării Standardelor de calitate post-acreditare</p>	<p>Manager BMC</p>
18	C.N.C.A.N.	<p>Date privitoare la îndeplinirea condițiilor de radioprotecție operațională și structurală în activitatea de radiodiagnostic, radiologie intervențională</p> <p>Monitorizarea menținerii condițiilor și limitelor Aurorizațiilor de utilizare a instalațiilor radiologice</p>	<p>Manager RPR</p>
19.	Avocatul Poporului	<p>Acte/documente în sprijinul soluționării petițiilor acordate</p> <p>Răspunsuri la recomandări</p> <p>Reintroducerea de îndată în legalitate a situațiilor/aspectelor semnalate prin petiții</p>	<p>Manager Serv. Juridic</p>
20	Organisme de certificare ISO	<p>Dovezi ale respectării cerințelor din standardele ISO</p>	<p>Responsabili de procese SMCSM/Laboratoare/Șefi sectii/compartimente functionale</p>
21	Agencia Națională pentru Achiziții Publice,	<p>Dovezi ale modului în care Spitalul atribuie contractele de achiziție publică,</p>	<p>Manager Director Financiar contabil</p>

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă



unitate afiliată în
PROCES DE ACREDITARE

CICLUL al II-lea

SC SPITAL
ORASENESC
SRL VIDELE

PROCEDURA OPERAȚIONALĂ
PO –MED- 16

COMUNICAREA EXTERNA

Ediția: III
Nr. de exemplare 2

Anexa nr. 1

Pagina 6 din exemplarul nr. 1


COD : PO – MED - 16

		de concesiune de lucrări publice și de concesiune de servicii; Dovezi ale conformității documentației de atribuire cu legislația aplicabilă din domeniul achizițiilor publice și concesiunilor Evaluări ale aspectelor procedurale aferente procesului de atribuire a contractelor care intră sub incidența legislației privind achizițiile publice	Sef serviciu Achizitii
22	Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal	-Pune la dispoziția personalului de investigație al Autorității “la fața locului și/sau în termenul stabilit, orice informații și documente, indiferent de suportul de stocare, să ridice copii de pe acestea, să aibă acces la oricare dintre incintele operatorului și persoanei împuternicite de operator, precum și să aibă acces și să verifice orice echipament, mijloc sau suport de stocare a datelor, necesare desfășurării investigației” -Raport de măsuri corective prevăzute la art. 58 alin. (2) din Regulamentul general privind protecția datelor, inclusiv de sancțiuni contravenționale -Plan de remediere a disfuncționalităților sesizate	Manager DPO
23	Colegiul Medicilor, OAMGMAMR, Colegiul Farmaciștilor, Colegiul Psihologilor, alte organizații profesionale ale personalului medical	Avize de liberă practică, Certificate de atestare a competențelor, Documente/dovezi în vederea analizei suspiciunilor de malpraxis, Dovezi ale activității de perfecționare profesională continuă	Manager Director Medical Serv Juridic Serv RUNOS
24	Organizații de profil pentru acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale..	Identificarea pacienților cu nevoi speciale și a celor cu dizabilități Metode de facilitare a accesului la servicii medicale	Manager Serv Juridic Director medical Sef sectie/comp

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă


 <p>unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE</p> <p>CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	<p>PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO –MED- 16</p>	<p>Ediția: III</p> <p>Nr. de exemplare 2</p>
		<p>Anexa nr. 1</p>
	<p>COMUNICAREA EXTERNA</p>	<p>Pagina 7 din exemplarul nr. 1</p>
		<p>COD : PO – MED - 16</p>

25	<p>Spitalul are angajati/contracte de colaborare cu</p> <ul style="list-style-type: none"> --psiholog/psihoterapeut -servicii de asistență socială -furnizori specializați în îngrijirea "cazurilor complexe" -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 în vederea asigurării continuității îngrijirilor. 	<p>Consiliere psihologică pentru pacienți aparținători</p> <p>Identificarea pacienților care necesită îngrijiri paliative</p> <p>Accesul pacienților la servicii medicale specializate</p> <p>Consiliere profesională personalului medical din centrele de zi</p> <p>Consiliere profesională personalului medical din unitățile de îngrijire paliativă ambulatorie</p>	<p>Manager</p> <p>Serv Juridic</p> <p>Director medical</p> <p>Sef sectie/comp</p> <p>RUNOS</p>
26	<p>Protocoale cu medicul de familie pentru patologii diferite de cele paliative</p>	<p>Facilitarea accesului la servicii spitalicești</p> <p>Monitorizare post spitalizare de către MF</p>	<p>Manager</p> <p>Serv Juridic</p> <p>Director medical</p> <p>Sef sectie/comp</p>

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 <p>ANMCS unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO – MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Anexa nr. 4 Pagina 1 din exemplarul nr.
		COD : MED 16

Convenție contractori externi

Această convenție este întocmită în cadrul *Spitalului Orasenesc SRL Videle* în conformitate cu cerințele sistemului de management al calitatii sistemului de control managerial cu privire la cerințele de mediu și cerințele de sănătate și securitate ocupațională.

1. Scop

Convenția are drept scop comunicarea către contractori și/sau subcontractori a cerințelor specifice pe linie de mediu și sănătate și securitate ocupațională și completarea instructajului în domeniul protecție mediului înconjurător și al sănătății și securității ocupaționale, făcut de firmele contractoare propriile angajați și către subcontractori.

2. Definiții

Institutie (*Spitalul Orasenesc SRL Videle*) – companie, societate comercială, firmă, întreprindere sau instituție, parte sau combinație a acestora, înregistrată sau neînregistrată, publică sau particulară, cu propria sa structură funcțională și administrativă care prestează o activitate în baza unui contract de prestări servicii.

Contractor – orice firmă, societate sau persoană, care prestează o activitate în interesul său, pentru și/sau în numele *Spitalului Orasenesc SRL Videle* în baza unui contract de prestări servicii.

Subcontractor – orice firmă, societate sau persoană angajată de contractor.

SSM – sănătate și securitate în muncă

3. Mod de aplicare

3.1. Generalități

– Acest document este înmănat contractorului și/sau subcontractorului la încheierea contractului, înainte de începerea activității în unitate.

– Contractorul va semna această Convenție care se constituie anexă la contract/comandă și prin care acesta se angajează să respecte normele de sănătate și securitate în muncă și protecția mediului în conformitate cu cerințele *S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle* și ale legislației românești în vigoare.

– Regulile și criteriile de operare prevăzute în această convenție nu sunt destinate și nu pot să înlocuiască sau să modifice obligațiile contractorului/subcontractorului în ceea ce privește respectarea legislației specifice domeniului său de activitate și nu diminuează obligațiile contractorului și/sau subcontractorului, ca parte responsabilă pentru respectarea deplină a legislației române în vigoare.

– Acest document va rămâne în posesia contractorului/subcontractorului pe toată perioada în care se desfășoară lucrarea contractată.

3.2. Documentație


– Documentația utilizată pentru efectuarea instructajului de SSM a propriilor angajați / ai subcontractorului va fi în conformitate cu normele de SSM specifice activității pe care o va desfășura pentru și în numele *S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle*

– Documentația utilizată pentru întocmirea acestui material este în conformitate cu prevederile procedurilor și instrucțiunilor proprii referitoare la sănătatea și securitatea în muncă și protecția mediului înconjurător.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a *S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle*.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 <p>ANMCS unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CCLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO – MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Anexa nr. 4
		Pagina 2 din exemplarul nr.
		COD : MED 16

3.3. Responsabilități

3.3.1. Responsabilitățile contractorilor

3.3.1.1. Responsabilități față de angajați și subcontractori

– Contractorii trebuie să-și desfășoare activitatea astfel încât să nu afecteze sănătatea și siguranța angajaților proprii, a angajaților spitalului contractoare, a celorlalte persoane aflate pe teritoriul **S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle** precum și a angajaților și pacienților **S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle**

– Contractorii, angajații lor, subcontractorii și oricare alte persoane care lucrează în numele spitalului pe teritoriul spitalului sau al pacienților spitalului, trebuie să respecte regulile **S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle** cu privire la SSM și protecția mediului înconjurător, precum și legile naționale și locale referitoare la sănătate și securitate în muncă.

– Să repartizeze lucrători apți din punct de vedere medical, calificați pentru activitatea pe care trebuie să o desfășoare și instruiți adecvat pentru sarcinile pe care trebuie să le îndeplinească.

– Să efectueze instructajul de SSM și SU corespunzător sarcinilor de lucru pentru care au fost angajați;

– Să fie instruiți corespunzător asupra sistemelor și restricțiilor din zonele în care își desfășoară activitatea.

– Personalul delegat de conducerea contractorilor sau subcontractorilor pentru activitatea de supervizare are obligația să supravegheze activitățile desfășurate de către angajații acestora, pentru a fi siguri ca nu sunt încălcate normele de securitatea muncii și de protecția mediului.

– Comportamentul contractorilor referitor la siguranța lor sau a celorlalte persoane din zona de acțiune este urmărit de o persoană cu atribuții în domeniul de activitate/SSM a **S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle**, care are obligația și dreptul de a atrage atenția contractorilor asupra nerespectării oricărei reguli interne ale spitalului.

– Contractorii trebuie să se familiarizeze cu programul de prevenire a incendiilor și să cunoască locul de amplasare al extincătoarelor și al punctelor de alarmă.

3.3.1.2. Accesul în incinta S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle

– Înainte de începerea lucrării contractorul sau subcontractorul va furniza o lista nominală a personalului care va fi alocat acestei lucrări și care va avea drept de acces în unitate.

– Accesul personalului contractorului se va realiza doar prin locurile indicate de reprezentanții **S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle**

– Accesul în unitate se face urmând următorii pași:

➤ **Pasul 1:** Prezentarea la punctul de control-pază al **S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle** pt. legitimare înregistrare și informare privind securitatea și confirmarea prin semnătură a informării în Registrul de intrări – ieșiri persoane.

➤ **Pasul 2:** Agentul de pază anunță telefonic secretariatul care permite accesul și direcționează către compartimentul căruia i se adresează sau solicită telefonic însoțitor.

➤ **Pasul 3:** personalul contractorului este preluat de către un însoțitor / angajat al **S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle** sau este îndrumat de către agentul de pază spre compartimentul cu care relaționează.


– Persoanele din exteriorul institutiei ce intră în unitate cu mijloace auto, le vor parca la indicația personalului de pază, funcție de scopul vizitei. Parcarea se efectuează doar în spațiile special amenajate dacă nu au fost autorizate să parcheze în alte spații.

– Toți angajații contractorului vor staționa doar în ariile desemnate, deplasările în alte zone fiind permise doar cu aprobarea unei persoane autorizate de spital și numai pe căile de acces stabilite.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a **S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle**.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 <p>ANMCS unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO – MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Anexa nr. 4 Pagina 3 din exemplarul nr.
		COD : MED 16

- Accesul contractorilor în zonele restricționate este interzis, în caz de necesitate, acest lucru se realizează doar cu aprobarea unei persoane autorizate.
- Desfășurarea de activități înafara orelor normale de program este interzisă, cu excepția cazurilor când există aprobarea unei persoane autorizate (reprezentant al spitalului);
- Deplasarea pe teritoriul spitalului va respecta traseele de acces, restricționare acces și evacuare conform semnalizărilor existente.

**ACTIVITATEA CONTRACTORILOR / SUBCONTRACTORILOR NU VA ÎNCEPE
DECÂT DUPĂ EFECTUAREA INSTRUCȚAJULUI DE SSM CU INSTRUCȚIUNI
SPECIFICE ȘI SEMNAREA FIȘEI DE INSTRUIRE COLECTIVĂ
(Anexa 12/ HG. 1425/2006)**

3.3.1.2. Folosirea uneltelor, utilajelor și echipamentelor proprii

- Contractorii sau subcontractorii au obligația să-și doteze lucrătorii cu EIP corespunzător activității desfășurate pentru **S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle** și să folosească echipamente de muncă (scule, dispozitive, utilaje) care îndeplinesc condițiile prevăzute de legislația/conforme prevederilor legislației în domeniul sănătății și securității în muncă.
- Este interzisă utilizarea echipamentelor și vehiculelor **S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle** fără aprobarea prealabilă a conducerii spitalului sau a unei persoane autorizate de aceasta. În acest caz echipamentele trebuie utilizate în conformitate cu procedurile și instrucțiunile de lucru aplicabile.
- Toate echipamentele tehnice și dispozitivele folosite de contractori/subcontractori trebuie să aibă dispozitivele de siguranță complete.
- În cazul în care activitatea contractorilor/subcontractorilor în zonele restricționate poate amplifica factorii de risc de accident de muncă sau de mediu, aceste activități se vor desfășura doar cu aprobarea și sub directa supraveghere a responsabilului SSO al spitalului sau Șeful Compartimentului Tehnic și Administrativ.
- Este permisă efectuarea unor lucrări care pot constitui factori de risc, numai în baza unui permis special de lucru și cu delimitarea și marcarea zonei respective.

3.3.2. Responsabilități față de S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle


3.3.2.1. Reguli generale de sănătate și securitate ocupațională

- Contractorul și/sau subcontractorul trebuie să pună la dispoziția reprezentantului spitalului o listă cu persoanele de contact și numere de telefon/ fax, pentru cazuri de urgență.
- Contractorul și/sau subcontractorul este obligat să înmâneze reprezentantului spitalului o copie după fișele de aptitudini ale lucrătorilor care vor presta activitate pentru spital și fișe care vor proba că lucrătorii sunt apti pentru a presta activitatea contractată.
- Echipamentul de protecție specific activității contractorului (căști de protecție, ochelari, măști, centuri, antifoane, încălțăminte de protecție, mănuși, etc) și materiale de prim ajutor vor fi asigurate de contractor pentru personalul propriu.
- Pentru desfășurarea activităților care fac obiectul contractului, contractorul și/sau subcontractorul este obligat să asigure personal calificat, autorizat și instruit pentru sarcinile pe care trebuie să le îndeplinească. De asemenea, contractorul și/sau subcontractorul trebuie să asigure avizele medicale eliberate de medicul de medicina muncii pentru personalul propriu, specifice activităților pe care le desfășoară.
- Contractorii nu pot deconecta sistemele de supraveghere și alarmare ce operează pe teritoriul spitalului fără aprobarea conducerii de vârf a spitalului sau prin reprezentanții săi numiți.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a **S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle**.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO – MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Anexa nr. 4 Pagina 4 din exemplarul nr.
		COD : MED 16

– Materialele și echipamentele contractorilor trebuie depozitate în ariile desemnate spital, ordonat, condiții de siguranță, astfel încât să nu fie blocate căile de acces, scările, intrările sau ieșirile de urgență. Nu se depozitează materiale sau echipamente pe platforme suspendate, conducte, scări.

– Nu se aruncă materiale de la înălțime, contractorul fiind obligat să asigure sistemul de manipulare adecvat, conform normelor de securitate în muncă.

– Este interzisă blocarea accesului la hidranți prin depozitarea de materiale sau echipamente.

– Lămpile portabile și sculele utilizate pentru lucrări în zonele parcurilor de rezervoare trebuie să fie anti-ex.

– Buteliile cu gaze comprimate trebuie verificate, utilizate în poziție verticală și într-un mod care să asigure stabilitatea.

– Operațiile de sudură nu vor fi efectuate în lipsa Permisului de lucru cu focul. Contractorul este responsabil cu asigurarea apărătorilor și paravanelor de protecție și a echipamentului individual de protecție.

– Zonele în care se efectuează excavații sau alte lucrări cu potențial risc de accidentare trebuie delimitate și marcate corespunzător.

– Zonele de lucru în care se produce praf vor fi acoperite / separate cu perdele anti-praf pentru a preveni periclitatea sănătății celorlalte persoane și contaminarea mediului înconjurător, aceste lucrări necesită aprobarea responsabilului de lucrare desemnat de organizație.

– Contractorii trebuie să cunoască programul de prevenire a incendiilor, locul de amplasare stingătoarelor și a punctelor de alarmare, precum și planul de evacuare pentru zona în care își desfășoară activitatea.

– Încălcarea regulilor de securitate a muncii sau de protecție a mediului de către oricui contractor/subcontractor sau angajat al acestuia, care determină incidente de muncă/mediu poate conduce la solicitarea de către spital de daune interese/ rezilierea contractului de colaborare, conform prevederilor clauzelor contractuale.

3.3.2.2. Reguli specifice de sănătate și securitate în muncă

– Fumatul este interzis pe teritoriul S.C. *Spitalul Orasenesc SRL Videle*

– Fumatul este permis și în afara unității, cu respectarea normelor PSI.

– Este interzis focul deschis pe teritoriul spitalului.

– Este interzis accesul în secțiile spitalului fără însoțitor.

– Este interzis accesul în birouri, după terminarea programului de lucru.

– Este interzis a se deschide tabloul electric general.

– Este interzisă blocarea căilor de acces.

– Se va circula cu atenție pe căile de acces din spital, evitându-se intrarea pe traiectoria ambulanțelor.

– Este interzisă staționarea în zona de staționare ambulanță.


– Apa de băut se va consuma de la chiuvetele din incinta spitalului.

– Este interzis a se bea din recipiente de proveniență necunoscută / cu conținut necunoscut.

– Consumarea sau introducerea băuturilor alcoolice în unitate sunt interzise.

– Este interzis accesul în unitate a persoanelor aflate sub influența băuturilor alcoolice sau a substanțelor halucinogene sau etnobotanice.

– **Persoanele care vor genera accidente sau pagube materiale prin nerespectarea acestor reguli vor răspunde material și, după caz, penal pentru daunele produse.**

 <p>ANMCS unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO – MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Anexa nr. 4
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 5 din exemplarul nr.
		COD : MED 16

3.3.2.3. Reguli privind raportarea accidentelor și a evenimentelor periculoase

- Accidentele apărute pe teritoriul spitalului sau al pacienților acesteia vor fi aduse imediat la cunoștința persoanei responsabile cu securitatea în muncă și conducerii spitalului cu care contractorul are încheiat contractul de prestări servicii/ colaborare.
- Accidentele de muncă suferite de personalul contractorului se raportează conform prevederilor Legii 319/2006 privind comunicarea, cercetarea, înregistrarea și raportarea evenimentelor
- În cazul apariției posibilității producerii unui eveniment: incendiu, explozie, accidente care pot afecta integritatea personalului și /sau care au impact asupra mediului înconjurător, dezastre naturale, etc., trebuie anunțată persoana cu responsabilități în domeniul SSO și conducerea institutiei .
- Angajații contractorului au obligația de a evacua zona de lucru în cazul unei situații de urgență urmând indicațiile persoanei responsabile cu evacuarea din organizație sau utilizând traseele din planul de evacuare afișat.


3.3.2.4. Utilizarea substanțelor periculoase

- Contractorul sau subcontractorul trebuie să furnizeze spitalului o listă cu substanțele și/ sau materialele periculoase, iar înaintea introducerii lor pe teritoriul spitalului .
- Dacă pulberea, aburul, lichidele reziduale sau vaporii care sunt rezultatul activității contractorilor pot fi periculoase pentru sănătate/mediu, aceștia trebuie să ia toate măsurile pentru a fi siguri că aceste substanțe sunt controlate până la un nivel la care nu dăunează mediului înconjurător și sănătății umane.
- Recipientii cu substanțe periculoase trebuie etichetați corespunzător, specificându-se: conținutul, clasificarea d.p.d.v. a pericolozității (inflamabil, explozibil, coroziv, toxic, nociv, iritant, etc.) și proprietarul recipientului.
- Contractorul trebuie să furnizeze spitalului fișele cu datele de securitate ale substanțelor periculoase utilizate.
- Substanțele și materialele periculoase, inclusiv carburanții, nu trebuie depozitate pe teritoriul spitalului la întâmplare, neasigurate pe timpul nopții și al sfârșitului de săptămână.
- Pentru nici un motiv nu se va utiliza numele organizației în tranzacțiile referitoare la deșeurile periculoase produse din activitatea contractorului pe amplasament.
- Contractorii care lucrează cu substanțe toxice și periculoase trebuie să dispună de echipamentul și materialele de decontaminare necesare intervenției în caz de accident, să aibă pregătirea și autorizațiile necesare conform legislației în vigoare. De asemenea, contractorul trebuie să ia toate măsurile pentru ca nisipul, pământul, cimentul, alte deșeuri de construcții, să nu fie evacuate în canalizare sau să blocheze gurile de canalizare sau pluviale.
- Contractorul își asumă responsabilitatea asupra tuturor deșeurilor rezultate din activitățile proprii, inclusiv asupra celor rezultate din utilizarea diverselor materiale aduse pe amplasament în scopul derulării activității, în cazul în care nu este stabilit altfel de către organizație prin contractul de prestări servicii încheiat.
- Șefii zonelor în care se desfășoară lucrări efectuate de către contractor / subcontractor au obligația de a asigura supravegherea iar RSSO / RM au obligația de a inspecta zonele de lucru ale acestora privind depozitarea, manipularea și utilizarea substanțelor chimice și gestionarea deșeurilor rezultate.
- În situații de accidente/ incidente ecologice, contractorii sunt responsabili de evaluarea și înlăturarea consecințelor acestora și trebuie să suporte costurile activităților de refacere a mediului.

Drept de proprietate:

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 <p>unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE</p> <p>CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO – MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Anexa nr. 4 Pagina 6 din exemplarul nr.
		COD : MED 16

3.3.2.5. Utilizarea și depanarea echipamentului electric

– În spațiile de lucru ale contractorului nu trebuie să existe material electric, conductori sau terminări neizolate. Toate echipamentele electrice trebuie să fie asigurate d.p.d.v. al electrosecurității.

– Toate cablurile de la nivelul solului trebuie fixate și protejate sau acoperite, astfel încât să se elimine riscul de împiedicare de acestea, iar toate conexiunile temporare să fie adecvate scopului și să fie corect instalate, finalizate, poziționate și protejate.

– În cazul executării de lucrări în instalațiile electrice, contractorul trebuie să ia următoarele măsuri tehnice:

- scoaterea de sub tensiune a instalației sau a segmentului în care se intervine,
- blocarea în poziția deschis a întrerupătorului,
- verificarea lipsei de tensiune,
- montarea scurtcircuitoarelor,
- delimitarea materială de protecție a zonei de lucru (cu plăcuțe avertizoare),
- delimitarea materială de protecție a zonei protejate (cu îngrădiri mobile – stâlpi cu bandă de semnalizare între ei, din loc în loc cu plăcuțe avertizoare).

– În zonele de lucru unde este necesar să se sape șanțuri, lucrările trebuie să se desfășoare pe un traseu bine stabilit, iar în zonele în care mai sunt cabluri pozate sub pământ trebuie săpat cu atenție sporită (numai manual) pentru evitarea deteriorării acestora și evitarea electrocutărilor sau a arsurilor. Dacă lucrările de săpare nu se finalizează în aceeași zi, pe timpul nopții zona trebuie să fie izolată prin îngrădiri mobile (panouri metalice, garduri metalice), semnalizată cât mai vizibil (eventual luminată) și specificat pericolul de cădere.

– La tablourile electrice specifice organizărilor de șantier trebuie urmărite următoarele: cablul de alimentare să aibă secțiunea corespunzătoare pentru alimentarea consumatorilor ce urmează a fi conectați la acel tablou, siguranțele fuzibile să fie calibrate corespunzător, cablurile de alimentare ale consumatorilor să fie prinse de tablou (pentru evitarea smulgerii) și acoperite cu pat protector.

3.3.2.6. Spații închise

– Spațiile închise sunt definite ca fiind spații care îndeplinesc următoarele condiții: au mărime și configurație necesară pentru intrarea unui lucrător, au mijloace limitate de intrare – ieșire, nu sunt destinate pentru lucrul permanent, prezintă sau există riscul să apară condiții de atmosferă periculoasă, configurație periculoasă sau orice alt risc semnificativ.

– Responsabilul cu sănătatea și securitatea ocupațională anunță responsabilul cu supravegherea activității numit de contractor încă înainte de începerea activității, despre existența spațiilor închise. Accesul și angajaților contractorului se face pe baza unui permis de lucru în spații închise.

3.3.2.7. Lucrul la înălțime

– Măsurile de protecție împotriva căderilor se aplică ori de câte ori există ori poate să apară acest risc datorită cerințelor activităților desfășurate, fie că este mică sau mare înălțimea, tuturor activităților indiferent de durata lor.


– Atunci când expunerea la riscurile potențiale de cădere nu poate fi eliminată sau prevenită folosind platforme de lucru, schele, balustrade de protecție permanentă și semipermanentă, etc., se utilizează echipament individual de protecție împotriva căderilor de la înălțime (centuri – ham corespunzător ancorate), iar fiecare angajat care îl utilizează este instruit corespunzător pentru folosirea sigură, verificare și întreținerea lor.

– Echipamentul individual de protecție împotriva căderii este verificat de către contractor înainte de utilizare pentru a determina dacă este în stare corespunzătoare.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 <p>unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE</p> <p>CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO – MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
		Anexa nr. 4
	COMUNICAREA EXTERNA	Pagina 7 din exemplarul nr.
		COD : MED 16

– Lucrările la înălțime se desfășoară astfel încât să nu reprezinte un pericol pentru alte persoane aflate zonă. În acest scop, zona se delimitază prin îngrădire, semnalizare, după caz.

3.4 Răspunsul la situații de urgență

3.4.1 Măsurile de prevenire

- Fumatul nu este permis pe teritoriul spitalului.
- Lucrul cu aparatele de sudură – înainte de a suda, de a tăia cu flacăra oxiacetilenică, sau orice operație similară, trebuie întocmit “permisul de lucru cu foc deschis” și semnat de reprezentantul desemnat al spitalului. Este strict interzisă efectuarea operațiilor de sudură în lipsa acestui permis.
- Lichide și gaze inflamabile – lichidele și gazele inflamabile trebuie depozitate în containere metalice etichetate și folosite conform reglementărilor în vigoare.
- Stingătoare și alarme de incendiu – chiar dacă nu există pericolul de incendiu, este interzisă blocarea stingătoarelor sau a alarmelor de incendiu.

3.4.2 Acțiuni în caz de urgență

– În toate cazurile de situații de urgență, persoanele aflate în incinta unității în calitate de contractori subcontractori trebuie să părăsească zonele de lucru și să urmeze instrucțiunile responsabilului cu evacuare persoanelor pentru a părăsi zona de risc. Locul de adunare a persoanelor evacuate este platforma din fața spitalului.

3.4.3. Echipamentul Spitalului

- Folosirea echipamentului spitalului – nu este admisă fără permisiunea conducerii spitalului. Orice pierdere, stricăciune sau pagubă a acestora sunt responsabilitatea contractorilor.
- Facilitate – contractorii trebuie să obțină aprobarea conducerii spitalului înainte de a folosi utilitățile (energia electrică, instalația de gaz, de apă, etc.) sau orice alt serviciu al spitalului necesar desfășurării activității.
- Daune asupra echipamentului spitalului – orice pagubă înregistrată în detrimentul spitalului și care este rezultatul activității contractorilor, trebuie raportată imediat reprezentanților spitalului și suportată în totalitate de contractor până la remedierea totală.

3.5. Protecția mediului

– Deșeuri – toate deșeurile rezultate ca urmare a desfășurării activității, trebuie să fie îndepărtate în permanență, pe categorii de deșeuri, prin unități specializate. Va fi acordată o atenție deosebită deșeurilor de materiale și produse periculoase indiferent de starea fizică a acestora (lichide, emulsii, solide, etc.) acestea fiind colectate în recipiente speciale, marcate corespunzător și predate unităților specializate. Eventuala contaminare a mediului prin împrăștiere, scurgere, trebuie raportată imediat conducerii spitalului sau responsabilului cu probleme de mediu.

– Este interzisă deversarea uleiului, produselor petroliere sau a oricăror alte deșeuri periculoase în canalizare. Trebuie luate toate măsurile pentru ca deșeurile de nisip, pământ, ciment, să nu fie vărsate în rețeaua de canalizare. Toate trebuie colectate de contractori și depozitate în zonele special amenajate până la eliminarea totală.


– Gunoiul – trebuie îndepărtat din spațiul de lucru cât mai repede posibil.

– Substanțele periculoase – contractorii care lucrează cu substanțele periculoase trebuie să dispună de echipamentul necesar intervenției în caz de accident, să aibă pregătirea și certificarea necesară conform legislației în vigoare.

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a S.C. Spitalul Orasenesc S.R.L. Videle.

Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă

 unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO – MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Anexa nr. 4 Pagina 8 din exemplarul nr.
		COD : MED 16

3.6. Disciplina

– Pe teritoriul spitalului și al pacienților spitalului este obligatorie adoptarea unei atitudi condescendente atât în relațiile superior-subordonat cât și în cele colegiale. Sunt interzise atitudin violente, aruncarea de obiecte sau alte gesturi periculoase.

– Este interzisă deținerea, consumul băuturilor alcoolice sau al altor substanțe interzise, precum intrarea în organizație sub influența acestora. Organizația își rezervă dreptul de a evacua de pe teritori orice persoană sau angajat al unui contractor, care se află sub influența alcoolului sau a altor substar interzise.

– Oferirea și achiziționarea de orice fel de produse, jocurile de noroc și alte activități care nu au legătur cu sarcina de muncă sunt strict interzise.

– Nu sunt permise vizitele particulare în organizație. Pentru cazurile speciale, contractorii trebuie să ceară acordul conducerii.

– Personalul angajat al contractorului este obligat să respecte programul de lucru stabilit în contract.

– Facilitățile medicale se pot utiliza numai în situații de urgență.

– Angajații spitalului nu trebuie să se implice în activitățile specifice efectuate de contractori.


3.7. Procedura de inspecție

– Contractorul trebuie să permită responsabilului cu sănătatea și securitatea în muncă să realizeze evaluări și inspecții periodice pentru a urmări rezultatele activității prestate d.p.d.v. al asigurării ținerii și control a aspectelor de mediu semnificative și a riscurilor referitoare la sănătatea și securitatea în muncă.

– Orice punct de vedere important referitor la lipsa conformității legale și alte cerințe aplicabile va înregistrat în raportul de inspecție ca neconformități și se vor agree acțiuni corective și termene de rezolvare.

RISURI ASOCIATE ACTIVITĂȚII DESFĂȘURATE ÎN UNITATE DE CĂTRU CONTRACTOR

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| – risc de cădere de la înălțime | da <input type="checkbox"/> | nu <input type="checkbox"/> |
| – risc de electrocutare | da <input type="checkbox"/> | nu <input type="checkbox"/> |
| – risc de incendiu | da <input type="checkbox"/> | nu <input type="checkbox"/> |
| – risc de accident auto pe căile de acces | da <input type="checkbox"/> | nu <input type="checkbox"/> |
| – risc de cădere la același nivel | da <input type="checkbox"/> | nu <input type="checkbox"/> |

 <p>ANMCS unitate afiliată în PROCES DE ACREDITARE CICLUL al II-lea</p> <p>SC SPITAL ORASENESC SRL VIDELE</p>	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PO – MED- 16	Ediția: III Nr. de exemplare 2
	COMUNICAREA EXTERNA	Anexa nr. 4 Pagina 9 din exemplarul nr
		COD : MED 16

3.8 Responsabilitățile S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle

3.8.1. Generalități

– Spitalul S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle are obligația de a pune la dispoziția contractorilor prezenta "Convenție" precum și obligația de a se asigura că aceștia o agreează și o semnează

– Spitalul Orasenesc SRL Videle are obligația de a face cunoscut contractorilor planul de evacuare de la locul desfășurării activității.

3.8.2. Facilități

– S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle prin reprezentanții numiți are obligația de a prezenta contractorului informațiile necesare privind amplasamentul toaletelor, a depozitelor de colectarea deșeurilor, a punctelor de prim ajutor

– Responsabilul desemnat cu supravegherea conduitei contractorilor trebuie să prezinte informații necesare contractorilor pentru ca aceștia să poată aduce la cunoștința angajaților toate informațiile necesare pentru a nu aduce prejudicii spitalului .

3.8.3. Siguranța în timpul lucrului

– Instituația va asigura documentația necesară pentru ca activitatea contractorilor să se desfășoare în siguranță și fără riscuri pentru sănătatea și integritatea lor corporală, ca și a mediului înconjurător (cărți tehnice, proceduri, instrucțiuni, proiect, documentații de execuție etc.)

DATA _____

CLIENT,
S.C Spitalul Orasenesc SRL Videle _____

CONTRACTOR / PRESTATOR,