**ANEXA 16 B.2**

**CHESTIONAR DE EVALUARE**

**pentru includerea în Programul naţional de oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice - terapia avansată CAR-T**

Judeţul ........................................

Localitatea ....................................

Unitatea sanitară ..............................

Adresă .........................................

Telefon ........................................

Fax ............................................

E-mail .........................................

Manager\*): Nume ................. Prenume .................

Adresă .........................................

Telefon .............. fax .....................

E-mail .........................................

Medic coordonator: Nume ................. Prenume .................

Adresă .........................................

Telefon .............. fax .....................

E-mail .........................................

Director medical: Nume ................. Prenume .................

Adresă .........................................

Telefon .............. fax .....................

E-mail .........................................

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| | | DA | NU |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| 1. | Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie | | |

| | contractuală cu casa de asigurări de sănătate | | |

| | pentru furnizarea de servicii medicale | | |

| | spitaliceşti | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| | | DA | NU |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| 1. | Unitate sanitară cu paturi care are în structura | | |

| | organizatorică: | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| | - secţie/compartiment de hematologie şi/sau | | |

| | oncohematologie pediatrică | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| | - secţie sau compartiment de terapie intensivă | | |

| | organizată conform prevederilor Ordinului | | |

| | ministrului sănătăţii, interimar, nr. 1.500/2009, | | |

| | cu modificările şi completările ulterioare | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| | - farmacie cu circuit închis | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| | - unitatea sanitară este acreditată pentru | | |

| | efectuarea transplantului de celule stem | | |

| | hematopoietice | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| | - secţie/compartiment de neurologie/neurologie | | |

| | pediatrică\*\*) | | |

| | sau | | |

| | - acord de colaborare/protocol/contract încheiat | | |

| | cu un furnizor de servicii de neurologie/ | | |

| | neurologie pediatrică\*\*\*) | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| | | DA | NU |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| 1. | Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a | | |

| | secţiei/compartimentului de hematologie şi/sau | | |

| | oncohematologie pediatrică conform normativelor de| | |

| | personal pentru asistenţa medicală spitalicească, | | |

| | aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii | | |

| | nr. 1.224/2010, cu modificările ulterioare | | |

| | (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al | | |

| | asistenţilor medicali.) | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| 2. | Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a | | |

| | secţiei/compartimentului de ATI conform | | |

| | Regulamentului de organizare şi funcţionare a | | |

| | secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi | | |

| | terapie intensivă din unităţile sanitare, aprobat | | |

| | prin Ordinul ministrului sănătăţii, interimar, | | |

| | nr. 1.500/2009, cu modificările şi completările | | |

| | ulterioare | | |

| | (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al | | |

| | asistenţilor medicali.) | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| 3. | Încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a | | |

| | secţiei/compartimentului de neurologie/neurologie | | |

| | pediatrică conform normativelor de personal pentru| | |

| | asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin | | |

| | Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu | | |

| | modificările ulterioare | | |

| | (Precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al | | |

| | asistenţilor medicali.)\*\*\*\*) | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| 4. | Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de | | |

| | farmacie conform normativelor de personal pentru | | |

| | asistenţa medicală spitalicească, aprobate prin | | |

| | Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.224/2010, cu | | |

| | modificările ulterioare | | |

| | (Precizaţi nr. farmaciştilor şi al asistenţilor | | |

| | medicali de farmacie.) | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| 5. | Cadru medical experimentat în tratarea bolnavilor| | |

| | imunodeprimaţi şi instruit pentru tratarea | | |

| | complicaţiilor specifice, care face dovada | | |

| | participării la programul implementat şi susţinut | | |

| | de deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă, de| | |

| | informare şi instruire cu privire la tratamentul | | |

| | cu tisagenlecleucel, în vederea pregătirii | | |

| | adecvate a bolnavului şi a administrării corecte | | |

| | a tratamentului şi monitorizării | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Semnătura Semnătura

Manager Medic coordonator Director medical

Capitolul 4.

CAS .....................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Unitatea sanitară | AVIZAT | NEAVIZAT |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| ............................ . | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Semnătura Semnătura Semnătura

Director general Director relaţii contractuale Medic-şef

------------

\*) Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

\*\*) Se va completa doar de către unităţile sanitare care au în structură secţie/compartiment de neurologie/neurologie pediatrică.

\*\*\*) Se va completa doar de către unităţile sanitare care nu au în structură secţie/compartiment de neurologie/neurologie pediatrică, însă au încheiat acord de colaborare/protocol/contract cu un furnizor de servicii de neurologie/neurologie pediatrică.

\*\*\*\*) Se va completa doar de către unităţile sanitare care au în structură secţie/compartiment de neurologie/neurologie pediatrică.