**ANEXA nr. 16 D.1**

**la normele tehnice**

**CHESTIONAR DE EVALUARE**

**Pentru includerea în programul naţional de diabet zaharat - sisteme de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, pompe de insulină**

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. Relație contractuală în sistemul de asigurări sociale de**

**sănătate**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| 1. | Unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicalespitalicești  |  |  |
| 2. | Ambulatoriu de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale |  |  |

**Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| **I** | **Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:** |
| 1. | - secție sau compartiment specialitate diabet, nutriție si boli metabolice– pentru pompe de insulină, **sisteme de monitorizare continuă a glicemiei, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei**  |  |  |
| 2. | - ambulatoriu de specialitate sau - structură de spitalizare de zi diabet, nutriție si boli metabolice – pentru **sisteme de** monitorizare continuă a glicemiei |  |  |
| 3. | - farmacie cu circuit închis |  |  |

**Capitolul 3. Criterii privind structura de personal**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției sau compartimentului de diabet, nutritie si boli metabolice conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr.1224/2010 (cel puțin 1 medic specialist/ primar /cu competenta sau atestat, recunoscut de către CMR, care a absolvit un curs de specializare pentru utilizarea acestor dispozitive medicale specifice  |  |  |
| 2. | Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie: functie de normativ, in raport cu mărimea si tipul unitatii spitalicești) |  |  |

\*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului

**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**