**Anexa 16 G.2**

 **la normele tehnice**

**CHESTIONAR DE EVALUARE**

**Pentru includerea în Programul naţional de tratament pentru boli rare - tratamentul medicamentos pentru boli neurologice degenerative/inflamator-imune, hipertensiune arterială pulmonară, amiloidoză cu transtiretină, scleroza sistemică şi ulcerele digitale evolutive, purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică, hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticaţi cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4), scleroză tuberoasă, Sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa), Hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN**

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 medicale spitalicești  |  |  |

**Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| I | Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică aprobată:  |  |  |
|  | * secţie /compartiment de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești în patologia care face obiectul de activitate al programului
 |  |  |
|  | * farmacie cu circuit închis
 |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **DA** | **NU** |
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/ compartimentului de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești în patologia care face obiectul de activitate al programului conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1224/2010(precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...)  |  |  |
| 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 ...)  |  |  |

**Capitolul 4. Corespondența dintre secțiile/compartimentele de specialitate în care se acordă servicii medicale spitalicești și medicii de specialitate prescriptori în patologia care face obiectul de activitate al programului**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denumirea programului** | **Patologia care face obiectul de activitate** | **Secția / compartimentul în cadrul cărora se acordă servicii medicale spitalicești** | **Medici de specialitate prescriptori** |
| Programul naţional de tratament pentru boli rare | Boli neurologice degenerative/inflamator-imune | Neurologie | Neurologie |
| Scleroză sistemică şi ulcere digitale evolutive | Reumatologie | Reumatologie |
| Purpură trombocitopenică imună idiopatică cronică | Hematologie, hemato-oncologie pediatrică, onco-hematologie pediatrică, oncologie pediatrică  | Hematologie, medic pediatru cu supraspecializare în hemato-oncologie pediatrică/oncologie pediatrică, competenţă în oncopediatrie, atestat de studii complementare în oncologie şi hematologie pediatrică, medic cu specialitatea oncologie si hematologie pediatrică, |
| Amiloidoză cu transtiretină | NeurologieHematologieCardiologie | NeurologieHematologieCardiologie |
| FenilcetonurieDeficit de tetrahidrobiopterină | PediatrieDiabet zaharat, nutriție și boli metabolice copiiDiabet zaharat, nutriție și boli metabolice | PediatrieDiabet zaharat, nutriție și boli metabolice  |
| Scleroză tuberoasă | NeurologieNeurologie pediatricăNefrologieUrologie | NeurologieNeurologie pediatricăNefrologieUrologie |
| HTAP | CardiologieCardiologie copiiPneumologie | CardiologiePneumologie |
| Sindrom hemolitic uremic atipic (SHUa) | NefrologieNefrologie copiiPediatrie, Anestezie şi Terapie intensivă, Hematologie, Onco-hematologie pediatrică | Nefrologie,Nefrologie pediatrică, Pediatrie, Anestezie şi terapie intensivăHematologie, Oncologie şi hematologie pediatrică. |
| Hemoglobinurie paroxistică nocturnă (HPN)  | Hematologie | Hematologie |

**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.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Semnatura | Semnatura | Semnatura |
| **MANAGER** | **MEDIC COORDONATOR** | **DIRECTOR MEDICAL** |

\*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

**Capitolul 5.**

**CAS……………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unitatea sanitară:** | **AVIZAT** | **NEAVIZAT** |
| **……………………………………………………………………………………….** |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Semnatura |  Semnatura |  Semnatura |

**DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE MEDIC ŞEF**