**ANEXA 16 M.4**

 **CHESTIONAR DE EVALUARE**

**Pentru includerea în Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular**

 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 |

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

| I. | Unitate sanitară cu paturi care are în structura organizatorică |

| | aprobată: |

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

| 1. | - secţie de neurochirurgie | | |

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

| 2. | - secţie ATI categoria I sau II, organizată conform | | |

| | prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1500/2009,| | |

| | cu modificările şi completările ulterioare (precizaţi | | |

| | categoria .....) | | |

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

| 3. | - structură de specialitate în supraveghere, prevenire şi | | |

| | limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale conform| | |

| | prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016| | |

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

 Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

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

| | | DA | NU |

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

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

| | neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru | | |

| | asistenţa medicală spitalicească aprobate prin Ordinul | | |

| | ministrului sănătăţii nr. 1224/2010 (precizaţi nr. | | |

| | medicilor de specialitate şi al asistenţilor medicali ...) | | |

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

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

| | ATI conform Regulamentului de organizare şi funcţionare a | | |

| | secţiilor şi compartimentelor de anestezie şi terapie | | |

| | intensivă din unităţile sanitare, cu completările | | |

| | ulterioare, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii | | |

| | nr. 1500/2009, cu modificările şi completările | | |

| | ulterioare (precizaţi nr. medicilor de specialitate şi al | | |

| | asistenţilor medicali ...) | | |

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

| 3. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în | | |

| | supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate | | |

| | asistenţei medicale conform prevederilor Ordinului | | |

| | ministrului sănătăţii nr. 1.101/2016 | | |

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

 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

 \* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

 Capitolul 4.

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

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

| Unitatea sanitară: | AVIZAT | NEAVIZAT |

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

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

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

 Semnătura Semnătura Semnătura

 DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE MEDIC ŞEF