**ANEXA 16 O. 1**

**CHESTIONAR DE EVALUARE**

**pentru includerea în Programul naţional de tratament pentru boli rare - deficit de tripeptidil peptidază-1 (TPP1) - DCI Cerliponasum alfa**

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: | | |

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

| | - secţie clinică de neurologie pediatrică care a fost| | |

| | recunoscută drept Centru de expertiză de boli rare | | |

| | neurologice pediatrice de către Ministerul Sănătăţii | | |

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

| | - secţie/compartiment de neurochirurgie sau contract | | |

| | cu o unitate sanitară ce include secţie sau | | |

| | compartiment de neurochirurgie | | |

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

| | - laborator de analize medicale propriu sau contract | | |

| | cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui | | |

| | serviciu | | |

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

| | - farmacie cu circuit închis | | |

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

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

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

| | | DA | NU |

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

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

| | secţiei/compartimentului clinic de 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 ..........) | | |

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

| 2. | 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 ..........) | | |

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

| 3. | Medicul neurolog pediatru de specialitate face dovada| | |

| | (certificat de participare) participării la un modul | | |

| | de pregătire instruire teoretică şi practică | | |

| | implementat şi susţinut de deţinătorul autorizaţiei | | |

| | de punere pe piaţă, pentru administrarea corectă | | |

| | intracerebroventriculară a tratamentului cu | | |

| | cerliponasum alfa. | | |

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

**Capitolul 4. Corespondenţa dintre secţiile/compartimentele de specialitate în care se acordă servicii medicale spitaliceşti şi medicii de specialitate prescriptori pentru patologia care face obiectul de activitate al programului**

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

| Denumirea | DCI/Patologia care|Secţia/ | Medici de |

| programului | face obiectul de |Compartimentul în| specialitate|

| | activitate |cadrul cărora se | prescriptori|

| | |acordă servicii | |

| | |medicale | |

| | |spitaliceşti | |

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

| Programul | Cerliponasum | Neurologie | Neurologie |

| naţional de | alfa/deficit de | pediatrică | pediatrică |

| tratament pentru| tripeptidil | | |

| boli rare | peptidază-1 (TPP1)| | |

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

\*) 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

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

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

| Unitatea sanitară: | AVIZAT | NEAVIZAT |

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

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

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

Semnătura Semnătura Semnătura

DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE MEDIC ŞEF