

„ANEXA 13

la Normele tehnice

Chestionare de evaluare pentru includerea în programele/subprogramele naționale de sănătate curative

| | |
|---------------|--|
| ANEXA 13 A.1 | Programul național de boli cardiovasculare- tratamentul pacienților cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic și aspectul morfofuncțional |
| ANEXA 13 A.2 | Programul național de boli cardiovasculare- tratamentul pacienților cu aritmii rezistente la tratament convențional prin proceduri de electrofiziologie |
| ANEXA 13 A.3 | Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu bradiaritmii severe prin implantare de stimuloare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic și electrofiziologic al aritmiei și cu starea clinică a pacientului |
| ANEXA 13 A.4 | Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional prin implantarea de defibrilatoare interne |
| ANEXA 13 A.5 | Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeecție < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă severă; |
| ANEXA 13 A.6 | Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aritmii complexe prin proceduri de ablație |
| ANEXA 13 A.7 | Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu patologie cardiovasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adulti și copii) |
| ANEXA 13 A.8 | Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul pacienților cu patologie vasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară |
| ANEXA 13 A.9 | Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulației pe termen lung |
| ANEXA 13 A.10 | Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul copiilor sau adulților cu malformații cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervențională |
| ANEXA 13 A.11 | Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aneurisme aortice prin tehnici hibride |
| ANEXA 13 A.12 | Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcater |
| | |
| ANEXA 13 B.1 | Programul național oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice |
| ANEXA 13 B.2 | Programul național de oncologie- Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT |
| ANEXA 13 B.3 | Programul național oncologie - Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare |
| ANEXA 13 B.4 | Programul național oncologie - Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiilor acute |
| ANEXA 13 B.5 | Programul național de oncologie - Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice |
| ANEXA 13 B.6 | Programul național de oncologie - Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți |
| ANEXA 13 C | Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive) |
| | |

| | |
|---------------------|---|
| ANEXA 13 D | Programul național de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate |
| ANEXA 13 E | Programul național de tratament al bolilor neurologice |
| ANEXA 13 F.1 | Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei -tratamentul bolnavilor care necesită intervenții chirurgicale |
| ANEXA 13 F.2 | Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei -tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenții chirurgicale |
| ANEXA 13 G.1 | Programul național de tratament pentru boli rare - tratament medicamentos pentru boala Fabry, boala Pompe, tirozinemia, mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler), mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter), afibrinogenemie congenitală, sindrom de imunodeficiență primară |
| ANEXA 13 G.2 | Programul național de tratament pentru boli rare - tratamentul medicamentos pentru boli neurologice degenerative/inflamator-imune, hipertensiune arterială pulmonară, polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină, scleroza sistemică și ulcerele digitale evolutive, purpura trombocitopenică imună cronică la adulții splenectomizați și nesplenectomizați, hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4), scleroză tuberoasă |
| ANEXA 13 G.3 | Programul național de tratament pentru boli rare - tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă |
| ANEXA 13 G.4 | Programul național de tratament pentru boli rare - pentru tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă |
| ANEXA 13 H | Programul național de sănătate mintală |
| ANEXA 13 I | Programul național de boli endocrine |
| ANEXA 13 J.1 | Programul național de ortopedie - tratamentul prin endoprotezare |
| ANEXA 13 J.2 | Programul național de ortopedie - tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală |
| ANEXA 13 J.3 | Programul național de ortopedie - Tratamentul prin instrumentație segmentară de coloană |
| ANEXA 13 J.4 | Programul național de ortopedie - Tratamentul prin chirurgie spinală |
| ANEXA 13 J.5 | Programul național de ortopedie - Tratamentul copiilor cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică |
| ANEXA 13 J.6 | Programul național de ortopedie - Tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare |
| ANEXA 13 K | Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică |
| ANEXA 13 L | Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice |
| ANEXA 13 M.1 | Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță - Subprogramul de radiologie intervențională |
| ANEXA 13 M.2 | Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță - Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos |
| ANEXA 13 M.3 | Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță - Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil |
| ANEXA 13 M.4 | Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță - Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular |

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare- tratamentul pacienților cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic și aspectul morfofuncțional

Județul

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: | | |
| 1. | - secție de cardiologie cu: <ul style="list-style-type: none"> • USTACC • compartiment de cardiologie intervențională | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria) | | |
| 3. | - laborator de angiografie și cateterism cardiac | | |
| 4. | - bloc operator sau - sala de operații cu circuit separat de alte specialități chirurgicale | | |
| 5. | - structură ambulatorie de specialitate cardiologie | | |
| 6. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - cardiologie | | |
| 2. | - ATI | | |
| III | Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min. | | |
| 1. | - secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al pacientului critic | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|---|--|----|----|
| 1 | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Medic de specialitate cardiologie cu competența atestat sau atestat în studii complementare în domeniul cardiologiei intervenționale | | |
| 3. | 2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| 7. | Personal medical care să asigure asistența în structura ambulatorie | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională, cu stație de monitorizare hemodinamică | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare- tratamentul pacienților cu aritmii rezistente la tratament convențional prin proceduri de electrofiziologie

Județul
 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: | | |
| 1. | - secție de cardiologie cu USTACC | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria | | |
| 3. | - laborator de angiografie și cateterism cardiac (cf.OMS 914/2006) | | |
| 4. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - cardiologie | | |
| 2. | - ATI | | |
| III | Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min. | | |
| 1. | - secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al pacientului critic | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1 | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | 2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională | | |
| 2. | Sistem de electrofiziologie pentru achiziție și amplificare semnale electrocardiografice | | |
| 3. | Sistem de mapping electroanatomic | | |
| 4. | Sistem de monitorizare a anticoagulării | | |
| 5. | Echipament specific procedurilor de ablație | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu bradiaritmii severe prin implantare de stimuloare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic și electrofiziologic al aritmiei și cu starea clinică a pacientului

Județul

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: | | |
| 1. | - secție de cardiologie cu USTACC | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria ...) | | |
| 3. | - laborator de angiografie și cateterism cardiac | | |
| 4. | - bloc operator sau - sala de operații cu circuit separat de alte specialități chirurgicale | | |
| 5. | - structură ambulatorie de specialitate cardiologie | | |
| 6. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - cardiologie | | |
| 2. | - ATI | | |
| III | Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min. | | |
| 1. | - secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al pacientului critic | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|---|--|----|----|
| 1 | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 2. | 2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| 6. | Personal medical care să asigure asistența în structura ambulatorie | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional prin implantarea de defibrilatoare interne

Județul
 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: | | |
| 1. | - secție de cardiologie cu USTACC | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria ...) | | |
| 3. | - laborator de angiografie și cateterism cardiac | | |
| 4. | - bloc operator sau - sala de operații cu circuit separat de alte specialități chirurgicale | | |
| 5. | - structură ambulatorie care are posibilitatea de a controla toate tipurile de defibrilatoare interne | | |
| 6. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linii gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - cardiologie | | |
| 2. | - ATI | | |
| III. | Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min. | | |
| 1. | - secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al pacientului critic | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|---|---|----|----|
| 1 | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | ...) | | |
| 2. | 2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| 6. | Personal medical care să asigure asistența în structura ambulatorie | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | | |
|----|---|----|----|
| | | DA | NU |
| 1. | Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeție < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă severă;

Județul
 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 autorizația sanitară de funcționare: | | |
| 1. | - secție de cardiologie cu USTACC | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria.....) | | |
| 3. | - laborator de angiografie și cateterism cardiac(cf.OMS 914/2006) | | |
| 4. | - bloc operator sau - sala de operații cu circuit separat de alte specialități chirurgicale | | |
| 5. | - structură ambulatorie care are posibilitatea de a controla toate tipurile de dispozitive de resincronizare cardiacă | | |
| 6. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - cardiologie | | |
| 2. | - ATI | | |
| III | Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min. | | |
| 1. | - secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al pacientului critic | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|---|---|----|----|
| 1 | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | 2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| 6. | Personal medical care să asigure asistența în structura ambulatorie | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aritmii complexe prin proceduri de ablație

Județul

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: | | |
| 1. | - secție de cardiologie cu USTACC | | |
| 2. | - ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria | | |
| 3. | - laborator de angiografie și cateterism cardiac | | |
| 4. | - bloc operator sau - sala de operații cu circuit separat de alte specialități chirurgicale | | |
| 5. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - cardiologie | | |
| 2. | - ATI | | |
| III. | Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min. | | |
| 1. | - secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al pacientului critic | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1 | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | 2 asistenți medicali, cu experiență în domeniu de minim 6 luni | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională | | |
| 2. | Sistem de electrofiziologie pentru achiziție și amplificare semnale electrocardiografice | | |
| 3. | Sistem de mapping electroanatomic | | |
| 4. | Sistem de monitorizare a anticoagulării | | |
| 5. | Echiptament specific procedurilor de ablație | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu patologie cardiovasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară (adulți și copii)

Județul

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: | | |
| 1. | - secție de chirurgie cardiovasculară | | |
| 2. | - secție de cardiologie | | |
| 3. | - secție ATI categoria I cu specific cardiovascular (cf.OMS 1500/2009) | | |
| 4. | - bloc operator cu minimum 2 săli de operații dedicate chirurgiei cardiovasculare | | |
| 5. | - structură de radiologie și imagistică medicală cu: - ecocardiografie transesofagiană și - CT și - RMN | | |
| 7. | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| 8. | - laborator de analize medicale | | |
| 9. | - structură de primiri urgențe (precizați tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S) | | |
| 10. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - cardiologie | | |
| 2. | - chirurgie cardiovasculară | | |
| 3. | - ATI | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | 2 perfuzioniști | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de primiri urgențe conform normativului de personal prevăzut prin OMS nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 7. | Medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiane | | |
| 8. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|-----------|---|----|----|
| I. | Dotare minimă a fiecărei săli de operație: | | |
| 1. | - masă chirurgicală CCV | | |
| 2. | - aparat anestezie/ventilator | | |
| 3. | - 1 aparat CEC | | |
| 4. | - balon de contrapulsatie | | |
| 5. | - aparat de retransfuzie | | |
| 6. | - defibrilator | | |
| 7. | - stimulator cardiac extern | | |
| 8. | - ecocardiograf transesofagian | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 A.8

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare - tratamentul pacienților cu patologii vasculare și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară

Județul
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: | | |

| | | | |
|------------|---|--|--|
| 1. | - secție / compartiment de chirurgie vasculară | | |
| 2. | - secție / compartiment de cardiologie | | |
| 3. | - ATI categoria I sau II(cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria | | |
| 4. | - laborator de angiografie periferică(cf.OMS 914/2006) | | |
| 5. | - structură de radiologie și imagistică medicală: • ecografie • RMN | | |
| 6. | - bloc operator cu sală dedicată chirurgiei vasculare | | |
| 7. | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| 8. | - laborator de analize medicale | | |
| 9. | - structură de primiri urgențe (precizați tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S) | | |
| 10. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linie de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - chirurgie vasculară | | |
| 2. | - cardiologie | | |
| 3. | - ATI | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de chirurgie vasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de primiri urgențe conform normativului de personal prevăzut prin OMS nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie periferică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 7. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|------------------------------------|----|----|
| I. | dotare minimă a sălii de operație: | | |
| 1. | - masă chirurgicală | | |
| 2. | - aparat anestezie/ventilator | | |
| 3. | - aparat de retransfuzie | | |
| 5. | - 2 infuzomate | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 A.9

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă în stadiul terminal prin asistare mecanică a circulației pe termen lung

Județul
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: | | |
| 1. | - secție de chirurgie cardiovasculară | | |
| 2. | - secție de cardiologie | | |
| 3. | - ATI categoria I(cf.OMS 1500/2009) | | |
| 4. | - bloc operator cu 2 săli de operații dedicate chirurgiei cardiovasculare | | |
| 5. | - structură de radiologie și imagistică medicală: • ecocardiografie transesofagiană și • ecocardiografie generală | | |
| 6. | - laborator de angiografie și cateterism cardiac(cf.OMS 914/2006) | | |
| 7. | - unitate de transfuzii de sânge | | |
| 8. | - laborator de analize medicale | | |
| 9. | - unitate de primiri urgențe(precizați tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S) | | |
| 10. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - cardiologie | | |
| 2. | - chirurgie cardiovasculară | | |
| III | Unitatea sanitară cu paturi acreditată de Ministerul Sănătății pentru efectuarea transplantului cardiac | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgiecardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de primiri urgențe conform normativului de personal prevăzut prin OMS nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| | compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 7. | 2 perfuzioniști (cu peste 50 de proceduri proprii cu circulație extracorporeală) | | |
| 8. | Medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei generale | | |
| 9. | Medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiene | | |
| 10. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|-----|---|----|----|
| 1. | Dotare minimă a fiecărei săli de operație: | | |
| 1. | - masă chirurgicală CCV | | |
| 2. | - aparat anestezie/ventilator | | |
| 3. | - 1 aparat CEC | | |
| 4. | - balon de contrapulsatie | | |
| 5. | - aparat de retransfuzie | | |
| 6. | - defibrilator cu padele interne | | |
| 7. | - stimulator cardiac extern | | |
| 8. | - ecocardiograf | | |
| 9. | - ecocardiograf cu sondă transesofagiană multiplan | | |
| 10. | - 6 infuzomate | | |
| 11. | - aparatură de susținere a circulației pe termen mediu - ECMO | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul copiilor sau adulților cu malformații cardiace congenitale prin proceduri de cardiologie intervențională

Județul
 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: | | |
| 1. | - secție de cardiologie sau - secție de cardiologie pediatrică | | |
| 2. | - secție de pediatrie | | |
| 3. | - ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria.....) | | |
| 4. | - laborator de angiografie și cateterism cardiac(cf.OMS 914/2006) | | |
| 5. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - cardiologie | | |
| 2. | - ATI | | |
| III. | Asigurarea accesului la o secție de chirurgie cardiovasculară în maximum 60 min. | | |
| 1. | - secție de chirurgie cardiovasculară în structura proprie sau - acord de colaborare pentru transferul interclinic al pacientului critic | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | cardiologie pediatrie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de pediatrie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | 2 medici cardiologi cu atestat de cardiologie intervențională | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Angiograf utilizat exclusiv pentru procedurile de cardiologie intervențională | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu aneurisme aortice prin tehnici hibride

Județul

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: | | |
| 1. | - secție de chirurgie cardiovasculară | | |
| 2. | - secție de cardiologie cu: <ul style="list-style-type: none"> • compartiment de cardiologie intervențională și • USTACC | | |
| 3. | - secție ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria) | | |
| 4. | - structură de radiologie și imagistică medicală: <ul style="list-style-type: none"> • ecocardiografie transesofagiană și • ecocardiografie generală | | |
| 5. | - laborator de angiografie și cateterism cardiac (cf.OMS 914/2006) | | |
| 6. | - unitate de transfuziesanguină | | |
| 7. | - laborator de analize medicale | | |
| 8. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - chirurgie cardiovasculară | | |
| 2. | - cardiologie | | |
| 3. | - ATI | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| | cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Medic de specialitate cardiologie cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul cardiologiei intervenționale conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 7. | Medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei generale | | |
| 8. | Medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiene | | |
| 9. | 2 asistenți medicali cu experiență în domeniu de minim 6 luni | | |
| 10. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| I | Sală de operație dotată conform standardelor din programul de chirurgie cardiovasculară: | | |
| 1. | - masă chirurgicală radiotransparentă | | |
| 2. | - aparat anestezie/ventilator | | |
| 3. | - aparat de retransfuzie | | |
| 4. | - stimulator cardiac extern | | |
| 5. | - angiograf | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 A.12

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de boli cardiovasculare-tratamentul pacienților cu stenoze aortice, declarați inoperabili sau cu risc chirurgical foarte mare, prin tehnici transcater

Județul
 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: | | |
| 1 | - secție de cardiologie cu: • USTACC și | | |

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| | • compartiment de cardiologie intervențională | | |
| 2 | - secție de chirurgie cardiovasculară | | |
| 3 | - secție ATI categoria I cf.OMS 1500/2009 | | |
| 4 | - structură de radiologie și imagistică medicală - ecocardiografie transesofagiană | | |
| 5 | - laborator de angiografie și cateterism cardiac | | |
| 6 | - sală hibrid | | |
| 7 | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| 8 | - laborator de analize medicale | | |
| 9 | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1 | - cardiologie | | |
| 2 | - chirurgie cardiovasculară | | |
| 3 | - ATI | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|-----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie cardiovasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie și cateterism cardiac conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | 2 medici cardiologi cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul cardiologiei intervenționale | | |
| 7. | un perfuzionist, cu peste 50 de proceduri proprii cu circulație extracorporeală | | |
| 8. | 2 asistenți medicali cu experiență în domeniu de minim 6 luni | | |
| 9. | Un medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul ecocardiografiei transesofagiană cu pregătire în tehnici hibrid | | |
| 10. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Sală hibrid dotată conform standardelor | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

**PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE
MEDIC ȘEF**

Anexa 13 B.1

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național oncologie - Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice

Județul
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 aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești | | |

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

| | | DA | NU |
|----|---|-----------|-----------|
| 1. | Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată: | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | - secție / compartiment de oncologie și/sau | | |
| | - structură de spitalizare de zi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru monitorizare afecțiuni oncologice cu sau fără investigații de înaltă performanță | | |
| | - Punct de recoltare a produselor biologice | | |
| | - Laborator de analize medicale | | |
| | - farmacie cu circuit închis | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Comisie multidisciplinară de diagnostic și indicație terapeutică | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de oncologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...) | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|-----|---|----|----|
| I | Dotari minime în farmacie, altele decât cele prevăzute în Normele privind înființarea, organizarea și funcționarea farmaciilor și drogheriilor, aprobate prin OMS nr. 962/2009, cu modificările și completările ulterioare: | | |
| 1. | - program de pregătire a citostaticelor | | |
| 2. | - hotă cu flux laminar | | |
| 3. | - echipamente de protecție categoria a III-a specifice în lucrul cu substanțe citostatice | | |
| II | Dotarea sectorului de terapie, alta decât prevăzută prin dispozițiile Normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare, aprobate prin OMS nr. 914/2006, cu modificările și completările ulterioare: | | |
| 1. | - prize de oxigen | | |
| 2. | - dulap și frigider cu termometru pentru depozitarea citostaticelor necesare pentru o singură zi de tratament | | |
| 3. | - cântar | | |
| 4. | - taliometru | | |
| 5. | - pompe elastomerice de unică folosință de 48 h, 96 h, 120 h | | |
| 6. | - perfuzoare non PVC pentru administrarea Paclitaxelului | | |
| 7. | - ace Hubber 20-22 G | | |
| 8. | - catetere tunelizate (portacath) | | |
| 9. | - trusă de urgență | | |
| 10. | - echipamente de protecție categoria a III-a specifice în lucrul cu substanțe citostatice | | |

Capitolul 5. Criterii privind organizarea evidenței primare și modalități de raportare

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Unitate sanitară raportează tumorile primare nou diagnosticate, conform prevederilor legale în vigoare | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 B.2

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de oncologie- Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT

Județul
 Localitatea
 Unitatea sanitară
 Adresă
 Telefon
 Fax
 E-mail
 Reprezentant legal*: Nume Prenume
 Adresă
 Telefon fax
 E-mail
 Medic coordonator: Nume Prenume
 Adresă
 Telefon fax
 E-mail

Capitolul 1. Criterii privind organizarea

| | | DA | NU |
|----------|--|----|----|
| I | Laborator care acordă servicii medicale paraclinice de specialitate radiologie - imagistică organizat ca: | | |
| 1. | • unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare sau | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • laborator în structura UMF sau • laborator în structura unui spital | | |

Capitolul 2. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | • medic de specialitate radiologie și imagistică medicală cu atestat de studii complementare în tomografie computerizată | | |
| 2. | • medic de specialitate medicină nucleară | | |
| 3. | • asistenți medicali de radiologie, cu/fără studii superioare | | |
| 4. | • asistent medical generalist | | |
| 5. | • fizician | | |
| 6. | • personal auxiliar cu competențe în imagistică medicală | | |

Capitolul 3. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Tehnologie de ultimă generație pentru PET/CT | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura

Semnatura

Semnatura

REPREZENTANT LEGAL

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

Capitolul 5.

CAS.....

| Unitatea sanitară: | AVIZAT | NEAVIZAT |
|--------------------|--------|----------|
| | | |

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 B.4

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național oncologie - Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți

Județul

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 care are în structura organizatorică aprobată: | | |
| 1. | - laborator de analize medicale | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Medici de laborator cu pregătire în diagnosticul prin imunofenotipare a leucemiilor acute, cu o performanță de minim 2 ani în diagnosticul leucemiilor acute și un număr minim de 50 de cazuri diagnosticate în ultimele 12 luni (cazuri noi și în urmărire) | | |
| 2. | În situația în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului și pentru efectuarea examenului citogenetic și/sau FISH acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul citogenetic și FISH cu experiență în domeniu de cel puțin 1 an | | |
| 3. | În situația în care furnizorul de servicii medicale solicită încheierea contractului și pentru efectuarea examenului de biologie moleculară acesta va face dovada încadrării cu personal specializat în examenul citogenetic și FISH cu experiență în domeniu de cel puțin 1 an | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|------|--|----|----|
| I. | Dotări minime pentru includere în program: | | |
| 1. | Citologie și citochimie | | |
| 1.1. | Microscop optic cu examinare în câmp luminos | | |
| 2. | Hemostază | | |
| 2.1. | Analizor automatizat sau semiautomatizat de coagulare și | | |

| | | | |
|------------|---|--|--|
| | hemostază care să permită determinarea TQ, APTT, fibrinogen și D-dimeri | | |
| 3. | Citometrie în flux | | |
| 3.1. | -citometru în flux cu minimum 4 culori în stare de funcționare | | |
| II. | Dotări pentru efectuarea examenului citogenetic și/sau FISH | | |
| 1. | Citogenetică pentru: | | |
| 1.1. | - culturi celulare | | |
| 1.1.1. | • hotă de biosecuritate clasa A2; | | |
| 1.1.2. | • incubator cu atmosferă controlată de CO2; | | |
| 1.1.3. | • microscop inversat; | | |
| 1.2. | - microscopie optică | | |
| 1.2.1 | • microscop cu examinare în câmp luminos cu lumină transmisă și epifluorescență; | | |
| 1.3. | Precizați dacă laboratorul deține următoarele dotări opționale: <ul style="list-style-type: none"> • programe pentru scanare automată a lamelor și captarea metafazelor și cariotipare; • program pentru captarea, prelucrarea și analiza imaginilor FISH (standard FISH, M-FISH, m-BAND, Q-FISH, CGH); | | |
| III | Dotări pentru efectuarea examenului de biologie moleculară: | | |
| 1. | - sistem real time PCR; | | |
| 2. | - thermocycler PCR; | | |
| 3. | Precizați dacă laboratorul deține următoarele dotări opționale: <ul style="list-style-type: none"> - sistem electroforeză chip/microfluidică; - secvențiator cu 8 capilare; - extractor automat acizi nucleici; - electroforeză clasică; - pirosecvențiator NextGen. | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de oncologie - Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice

Județul

Localitatea

Unitatea sanitară

Adresă

Telefon

Fax

E-mail

Manager/reprezentant legal: 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. Criterii privind structura organizatorică

| | | DA | NU |
|---|--|----|----|
| I | Unitate sanitară care are în structura organizatorică aprobată | | |
| | - laborator de radioterapie autorizat CNCAN | | |
| | - secție / compartiment de radioterapie și/sau | | |
| | - structură de spitalizare de zi | | |

Capitolul 2. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1 | Medici radioterapeuți (1 post/aparat/tură) | | |
| 2. | Fizicieni medicali(1 post/unitate de lucru) | | |
| 3. | Ingineri(1 post/unitate de lucru) | | |
| 4. | Asistenți medicali/tehnicieni (3 posturi/aparat/tură) | | |

Capitolul 3. Criterii privind dotarea

| | Instalații de radioterapie autorizate CNCAN pentru efectuarea cel puțin a uneia dintre următoarele tipuri de radioterapie: | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Radioterapie cu ortovoltaj: | | |
| | - aparat de ortovoltaj cu aplicatori și filtre în funcție de tumoră | | |
| 2. | Cobaltoterapia: | | |
| | - simulator 2D convențional | | |
| | - aparat de tratament cu sursă de ⁶⁰ Co, cu blocuri de plumb pentru protecție | | |
| | - sistem dozimetric | | |
| | - sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament | | |
| 3. | Radioterapie cu accelerator liniar 2D | | |
| | - simulator 2D convențional | | |
| | - aparat de tratament tip accelerator | | |
| | - sistem dozimetric | | |
| | - sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament | | |
| 4. | Radioterapie cu accelerator liniar 3D | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | - simulator CT | | |
| | - aparat de tratament tip accelerator | | |
| | - sistem de plan tratament(TPS) - stații de lucru pentru conturarea volumelor țintă de către medici, stații de lucru pentru planurile de tratament pentru fizicieni și stații de lucru pentru sistemul informatic din radioterapie | | |
| | - sistem dozimetric | | |
| | - sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament | | |
| | - sistem de imobilizare pentru sala de simulare și sala de tratament | | |
| 5. | IMRT | | |
| | - simulator CT | | |
| | - aparat de tratament tip accelerator, obligatoriu cu MLC(colimator multilamelar) | | |
| | - sistem de plan tratament(TPS), soft special pentru IMRT | | |
| | - sistem dozimetric | | |
| | - sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de tratament | | |
| | - sistem de imobilizare pentru sala de simulare și sala de tratament | | |
| | - sistem de portal imaging | | |
| | - sistem de verificare a planului de tratament pe fantom | | |
| 6. | Brahiterapie 2D | | |
| | - simulator 2D - sistem de imagistică cu braț C | | |
| | - instalație de brahiterapie cu tuburi de transfer pentru sursa radioactivă pentru procedura de tratament | | |
| | - sistem de plan tratament(TPS), soft dedicat pentru 2D | | |
| | - accesorii brahiterapie(masă radiotransparentă, cu suporturi ginecologice, să permită abordarea pozițiilor dorite - decubit dorsal și litotomie -, mobilă și să aibă sistem de blocare a mișcării în timpul tratamentului; seturi de aplicatori intracavitari, de contact sau interstițiali, container de urgență pentru surse, forceps lung) | | |
| | - sistem de dozimetrie dedicat pentru brahiterapie (inclusiv măsurarea debitului sursei, electrometru pentru HDR) | | |
| | - sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de brahiterapie | | |
| 7. | Brahiterapie 3D | | |
| | - simulator CT/RMN | | |
| | - instalație de brahiterapie cu tuburi de transfer pentru sursa radioactivă pentru procedura de tratament | | |
| | - sistem de plan tratament(TPS), soft dedicat pentru 3D | | |
| | - accesorii brahiterapie compatibile cu CT/RMN | | |
| | - sistem de dozimetrie dedicat pentru brahiterapie (inclusiv măsurarea debitului sursei, electrometru pentru HDR) | | |
| | - sistem audio/video de comunicare, urmărire și comandă cu sala de brahiterapie | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 B.6

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de oncologie – Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți

Județul
Localitatea
Unitatea sanitară
Adresă
Telefon
Fax
E-mail
Reprezentant legal*:
..... 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 cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice | | |

Capitolul 2. Criterii privind forma juridică de organizare

| | | DA | NU |
|-----------|--|----|----|
| I. | Unitate sanitară organizată ca: | | |
| 1. | - laborator de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată sau | | |
| | - unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare sau | | |
| | - unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie sau | | |
| | - laborator din structura spitalului sau | | |
| | - centrul de diagnostic și tratament/centrul medical | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura

Semnatura

Semnatura

REPREZENTANT LEGAL

MEDIC COORDONATOR

DIRECTOR MEDICAL

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului / reprezentantului legal.

Capitolul 5.

CAS.....

| Unitatea sanitară: | AVIZAT | NEAVIZAT |
|--------------------|--------|----------|
| | | |

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 C

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)

Județul

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: | | |
| 1. | - secție /compartiment de otorinolaringologie | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria) | | |
| 3. | - structură de explorări funcționale - audiologie | | |
| 4. | - bloc operator | | |
| 5. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - ORL | | |
| 2. | - ATI | | |
| III | Asigurarea accesului la servicii conexe actului medical | | |
| 1. | - structură pentru acordarea serviciilor de logopedie specializate în lucrul cu pacienții hipoacuzici în structura proprie sau | | |
| | - contract cu o structură specializată pentru furnizarea de servicii conexe actului medical în domeniul logopediei | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1 | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de otorinolaringologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de explorări funcționale - audiologie | | |
| 4. | Medic de specialitate cu competență sau atestat de studii complementare în domeniul audiologiei | | |
| 5. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Echipe medicale specifice chirurgiei otologice; | | |
| 2. | Echipe medicale pentru diagnostic audiologic - sistem complet pentru diagnosticul surdității la orice vârstă: - impedancemetric; - aparat de otoemisii acustice; - aparat de potențiale auditive de diagnostic (BERA și ASSR); - audiometru pentru audiograma tonală, vocală și în câmp liber. | | |
| 3. | Monitor de nerv facial | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 E

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de tratament al bolilor neurologice

Județul

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: | | |
| 1. | - secție de neurologie | | |
| 2. | - secție de cardiologie | | |
| 3. | - ATI categoria I cu specific cardiovascular (cf.OMS 1500/2009) | | |
| 4. | - structură de explorări funcționale - explorări ale sistemului nervos | | |
| 5. | - farmacie cu circuit închis | | |
| II | Linii de gardă 24/7 în specialitățile: | | |
| 1. | - neurologie | | |
| 2. | - cardiologie | | |
| 3. | - ATI | | |
| III | Asigurarea accesului la servicii medicale paraclinice | | |
| 1. | - structură proprie de radiologie și imagistică medicală - CT sau - contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu minim 12 ore/zi | | |
| 2. | - structură proprie de radiologie și imagistică medicală - RMN sau - contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea acestui serviciu minim 12 ore/zi | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1 | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | cardiologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMSnr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...) | | |
| 5. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de explorări funcționale - explorări ale sistemului nervos conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | 2 asistenți medicali care au urmat cursuri de administrare a medicației imunomodulatoare și a imunoglobulinelor | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|----------------------------------|----|----|
| 1. | Electroencefalograf computerizat | | |
| 2. | Electromiograf | | |
| 3. | Aparat de potențiale evocate | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 F.1

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei
–tratamentul bolnavilor care necesită intervenții chirurgicale

Județul

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: | | |
| 1. | - secții în specialitățile chirurgicale | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II(cf.OMS 1500/2009)(precizați categoria ...) | | |
| 3. | - bloc operator | | |
| 4. | - laborator de analize medicale în cadrul căreia se poate determina: <ul style="list-style-type: none"> • nivelul factorului inhibitor înaintea intervenției chirurgicale; • nivelul factorilor de coagulare pre-, intra- și postoperator, în mod seriat | | |
| 5. | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| 6. | - farmacie cu circuit închis | | |
| 7. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Asigurarea accesului la asistență medicală multidisciplinară pentru documentarea răspunsului individual la administrarea de factor de coagulare | | |
| 1. | - secție/compartiment de hematologie sau - secție/compartiment de pediatrie sau - secție/compartiment de medicină internă pentru județele unde nu există unități sanitare cu paturi cu secție/compartiment de hematologie sau contract/protocol de colaborare pentru acordarea de asistență medicală de specialitate bolnavilor cu hemofilie și talasemie | | |
| 2. | - secție/compartiment de recuperare medicală din structura proprie sau | | |

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| | - contract / protocol de colaborare cu o unitate sanitară pentru acordarea de asistență medicală de recuperare după intervenții chirurgicale | | |
| III. | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - chirurgicale | | |
| 2. | - ATI | | |
| 3. | - paraclinice - laborator de analize medicale | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secțiilor de specialități chirurgicale conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...) | | |
| 4. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 F.2

CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei
–tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenții chirurgicale

Județul

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 paturicare are în structura organizatorică aprobată: | | |
| 1. | <ul style="list-style-type: none"> - secție/compartiment de hematologie sau - secție/compartiment de pediatrie sau - secție/compartiment de medicină internă pentru județele unde nu există unități sanitare cu paturi cu secție/compartiment de hematologie sau - structură de spitalizare de zi pentru monitorizarea și tratamentul talasemiei și hemofilie | | |
| 2. | - laborator de analize medicale | | |
| 3. | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| 4. | - 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 hematologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de pediatrie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de medicină internă conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS 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 asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...) | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 G.1

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare – tratament medicamentos pentru boala Fabry, boala Pompe, tirozinemia, mucopolizaharidoză tip I

(sindromul Hurler), mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter), afibrinogenemie congenitală, sindrom de imunodeficiență primară

Județul
 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 din zona de reședință a bolnavilor care are în structura organizatorică: | | |
| | - secție / 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 asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS 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 asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS 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 pentru patologia care face obiectul de activitate al programului

| Denumirea programului | Patologia care face obiectul de activitate | Secția / compartimentul în cadrul căruia se acordă servicii medicale spitalicești | Medici de specialitate prescriptori |
|-----------------------|--|---|-------------------------------------|
| | Boala Fabry | Medicina internă Pediatrie | Medicină internă Pediatrie |

| | | | |
|--|------------------------------------|---|---|
| Programul național de tratament pentru boli rare | | Hematologie Hematologie copii Neurologie Nefrologie | Hematologie Neurologie Nefrologie |
| | Boala Pompe | Pediatrie Genetică medicală Medicină internă | Pediatrie Genetică medicală Medicină internă |
| | Tirozinemie | Pediatrie | Pediatrie |
| | Mucopolizaharidoză tip II | Pediatrie | Pediatrie |
| | Mucopolizaharidoză tip I | Pediatrie | Pediatrie |
| | Afibrinogenemie congenitală | Pediatrie | Pediatrie |
| | Sindrom de imunodeficiență primară | Imunologie clinica si alergologie Imunologie clinica si alergologie copii Pediatrie Medicină internă | Alergologie și imunologie clinică Pediatrie Medicină internă |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 G.2

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare - tratamentul medicamentos pentru boli neurologice degenerative/inflamator-imune, hipertensiune arterială pulmonară, polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină, scleroza sistemică și ulcerile digitale evolutive, purpura trombocitopenică imună cronică la adulții splenectomizați și nesplenectomizați, hiperfenilalaninemia la bolnavii diagnosticați cu fenilketonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină (BH4), scleroză tuberoasă

Județul
 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: | | |
| | - secție /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 asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS 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 asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS 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 căruia se acordă servicii medicale spitalicești | Medici de specialitate prescriptori |
|--|--|---|---|
| Programul național de tratament pentru boli rare | Boli neurologice degenerative/inflamator-imune | Neurologie | Neurologie |
| | Scleroză sistemică și ulcere digitale evolutive | Reumatologie | Reumatologie |
| | Purpura trombocitopenică imună cronică la adulții (ne) splenectomizați | Hematologie | Hematologie |
| | Polineuropatia familială amiloidă cu transtiretină | Neurologie Hematologie | Neurologie Hematologie |
| | Fenilcetonurie Deficit de tetrahidrobiopterină | Pediatrie Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice | Pediatrie Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice |
| | Scleroză tuberoasă | Neurologie Neurologie pediatrică Nefrologie Urologie | Neurologie Neurologie pediatrică Nefrologie Urologie |
| | HTAP | Cardiologie Cardiologie copii Pneumologie | Cardiologie Pneumologie |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

**CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de tratament pentru boli rare
tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă**

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: | | |
| 1. | - secție clinică dermatologie | | |
| 2. | - sala pentru mici intervenții chirurgicale dermatologice | | |
| 3. | - farmacie cu circuit închis | | |
| 4. | - ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria ...) | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1 | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției clinice de dermatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS 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 asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de | | |

| | | |
|---------------|--|--|
| farmacie ...) | | |
|---------------|--|--|

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Dermatoscop | | |
| 2. | Aparat foto digital (macro, cam. 7 Mpix) | | |
| 3. | Electrocauter | | |
| 4. | Trusă mică chirurgie dermatologică | | |
| 5. | Posibilitate izolare pacient | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 H

CHESTIONAR DE EVALUARE Pentru includerea în Programul național de sănătate mintală

Județul

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/ spital penitenciar detox care are în structura organizatorică aprobată: | | |
| 1. | - secție / compartiment de specialități psihiatrice sau - secție / compartiment toxicomanie sau - paturi de toxicologie în structura ATI | | |
| 2. | - secție / compartiment ATI pentru tratamentul de urgență a intoxicațiilor acute detox substitutiv / nonsubstitutiv și inițiere de tratament substitutiv | | |
| 3. | - laborator de analize medicale - depistarea substanțelor psihoactive | | |
| 4. | - structură de primiri urgențe a bolnavilor cu agitație psihomotorie indusă de substanțe, intoxicație sau sevraj la substanțe psihoactive (precizați tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S) | | |
| 5. | - farmacie cu circuit închis | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - psihiatrie (monitorizarea evoluției pacienților internați) | | |
| 2. | - ATI | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de psihiatrie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de toxicomanie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de primiri urgențe conform normativului de personal prevăzut prin | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | OMS nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Asistenți sociali | | |
| 5. | Psihologi cu minim 40 ore de formare în adicții | | |
| 6. | Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...) | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Teste urinare de depistare a drogurilor în urină | | |
| 2. | Teste rapide de narcodependență | | |
| 3. | Aparat monitorizare gazometrie | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 I

CHESTIONAR DE EVALUARE Pentru includerea în Programul național de boli endocrine

Județul

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: | | |
| 1. | - secție / compartiment de endocrinologie | | |
| 2. | - farmacie cu circuit închis | | |
| 3. | - structură de radiologie și imagistică medicală - osteodensitometrie segmentară DXA | | |
| 4. | - laborator de analize medicale | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției/compartimentului de endocrinologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Încadrarea cu farmaciști și asistenți medicali de farmacie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. farmaciștilor și al asistenților medicali de farmacie ...) | | |

Capitolul 4. Dotare

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Aparat pentru efectuarea osteodensimetriei DXA | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 J.1

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de ortopedie - tratamentul prin endoprotezare

Județul
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: | | |
| 1. | - secție de ortopedie - traumatologie sau - secție de ortopedie pediatrică sau - secție chirurgie și ortopedie pediatrică | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II(cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria ...) | | |
| 3. | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| 4. | - structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice(inclusiv membre pelvine in ortostatism) | | |
| 5. | - laborator de analize medicale | | |
| 6. | - bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicalecu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice) | | |
| 7. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - ortopedie-traumatologie sau - ortopedie pediatrică sau - chirurgie și ortopedie pediatrică | | |
| 2. | - ATI | | |
| 3. | - paraclinice - laborator de analize medicale | | |
| 4. | - paraclinice - radiologie și imagistică medicală | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie și ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Personal specializat de recuperare / kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapida | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | | |
|----|---|----|----|
| | | DA | NU |
| 1. | Instrumentar specific intervențiilor în ortopedie | | |
| 2. | Instrumentar specific de extragere endoproteze cimentate și necimentate în cazul reviziilor endoprotetice | | |

Capitolul 5. Criterii privind raportarea datelor

| | | | |
|---|--|----|----|
| | | DA | NU |
| 1 | Unitatea sanitara este înregistrată și raportează integral cazurile de endoprotezare primară, revizie și complicațiile, respectând formatul formularelor de la Registrul Național de Endoprotezare, cu frecvența de raportare lunara. (www.rne.ro) | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 J.2

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de ortopedie - tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală

Județul

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. Relația 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: | | |
| 1. | - secție de ortopedie - traumatologie sau - secție de ortopedie pediatrică sau - secție chirurgie și ortopedie pediatrică | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II(cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria | | |
| 3. | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| 4. | - structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice(inclusiv membre pelvine în ortostatism) | | |
| 5. | - laborator de analize medicale | | |
| 6. | - bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul are o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice) | | |
| 7. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - ortopedie-traumatologie sau - ortopedie pediatrică sau - chirurgie și ortopedie pediatrică | | |
| 2. | - ATI | | |
| 3. | - Paraclinice -laborator de analize medicale | | |
| 4. | - Paraclinice- radiologie și imagistică medicală | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie și ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Personal specializat de recuperare / kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapidă | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Instrumentar specific al implantului tumoral | | |
| 2. | Aparat de electrocoagulare | | |
| 3. | Bancă de os în structura unității sanitare sau contract cu o bancă de os | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

**CHESTIONAR DE EVALUARE
Pentru includerea în Programul național de ortopedie - Tratatamentul prin instrumentație
segmentară de coloană**

Județul

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 înstructură organizatorică aprobată: | | |
| 1. | - secție de ortopedie - traumatologie sau - secție de ortopedie pediatrică sau - secție chirurgie și ortopedie pediatrică sau - secție de neurochirurgie sau - secție de neurochirurgie pediatrică | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II(cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria ...) | | |
| 3. | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| | - structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice(inclusiv membre pelvine in ortostatism) | | |
| 4. | - laborator de analize medicale | | |
| 5. | - bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice | | |
| 6. | - secție / compartiment de recuperare, medicină fizică și balneologie | | |
| 7. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | | |
| 1. | - ortopedie-traumatologie sau - ortopedie pediatrică sau - chirurgie și ortopedie pediatrică sau - neurochirurgie sau - neurochirurgie pediatrică | | |
| 2. | - ATI | | |
| 3. | - paraclinice - laborator de analize medicale | | |
| 4. | - paraclinice - radiologie și imagistică medicală | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie și ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Atestat de studii complementare în chirurgie spinală deținut de - 2 medici de specialitate ortopedie-traumatologie sau - 2 medici de specialitate ortopedie pediatrică sau - 2 medici de specialitate chirurgie și ortopedie pediatrică sau - 2 medici de specialitate neurochirurgie sau - 2 medici de specialitate neurochirurgie pediatrică | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | Personal specializat de recuperare / kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapidă | | |
| 7. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 8. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|---|---|----|----|
| 1 | Aparat electro-coagulare pentru chirurgie spinală (bipolar) | | |
| 2 | Aparat de monitorizare potențiale evocate | | |
| 3 | Microscop chirurgical | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

**PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE
MEDIC ȘEF**

Anexa 13 J.4

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de ortopedie - Tratamentul prin chirurgie spinală

Județul
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 înstructura organizatorică aprobată: | | |
| 1. | - secție de ortopedie - traumatologie sau - secție de neurochirurgie | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II(cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria) | | |
| 3. | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| 4. | - structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice(inclusiv coloana cervico-toraco-lombo-sacrata în ortostatism) | | |
| 5. | - laborator de analize medicale | | |
| 6. | - bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul are o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septic | | |
| 7. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - ortopedie - traumatologie sau - neurochirurgie | | |
| 2. | - ATI | | |
| 3. | - paraclinice - laborator de analize medicale | | |
| 4. | - paraclinice - radiologie și imagistică medicală | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | 2 medici de specialitate ortopedie - traumatologie cu atestat de studii complementare în chirurgie spinală sau 2 medici de specialitate neurochirurgie cu atestat de studii complementare în chirurgie spinală | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Personal specializat de recuperare / kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapida | | |
| 5. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Aparat electro-coagulare pentru chirurgie spinală (bipolar) | | |
| 2. | Aparat de monitorizare potențiale evocate | | |
| 3. | Microscop chirurgical | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 J.5

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de ortopedie - Tratatamentul copiilor cu malformații congenitale grave vertebrale care necesită instrumentație specifică

Județul

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: | | |
| 1. | - secție de chirurgie și ortopedie pediatrică sau - secție ortopedie pediatrică | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II(cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria....) | | |
| 3. | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| 4. | - structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice(inclusiv coloana cervico-toraco-lombo-sacrata în ortostatism) | | |
| 5. | - laborator de analize medicale | | |
| 6. | - bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice | | |
| 7. | - secție / compartiment de recuperare, medicină fizică și balneologie | | |
| 8. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - chirurgie și ortopedie pediatrică sau - ortopedie pediatrică | | |
| 2. | - ATI | | |
| 3. | - paraclinice - laborator de analize medicale | | |
| 4. | - paraclinice - radiologie și imagistică medicală | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|--|--|----|----|
| | | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 1 | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie și ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie ortopedie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Personal specializat de recuperare / kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapidă | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 5. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|----------------------------|----|----|
| 1. | Dispozitive medicale VEPTR | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

CHESTIONAR DE EVALUARE**Pentru includerea în Programul național de ortopedie - Tratatamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare**

Județul

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: | | |
| 1. | - secție de ortopedie - traumatologie | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II(cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria ...) | | |
| 3. | - unitate de transfuzie sanguină | | |
| 4. | - structură de radiologie și imagistică medicală cu posibilitatea efectuării radiografiilor specifice(inclusiv membre pelvine in ortostatism) | | |
| 5. | - structură de explorări funcționale - endoscopie articulară | | |
| 6. | - laborator de analize medicale | | |
| 7. | - bloc operator cu sală operatorie cu circuit separat de alte specialități chirurgicale cu flux laminar vertical - în cazul în care sala operatorie nu are flux laminar vertical, spitalul va asigura o sală operatorie exclusiv pentru cazurile septice) | | |
| 8. | - secție / compartiment / cabinet medical de recuperare, medicină fizică și balneologie | | |
| 9. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - ortopedie - traumatologie | | |
| 2. | - ATI | | |
| 3. | - paraclinice - laborator de analize medicale | | |
| 4. | - paraclinice - radiologieși imagistică medicală | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ortopedie - traumatologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | 2 medici de specialitate ortopedie - traumatologie cu atestat de studii complementare în chirurgie artroscopică | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Personal specializat de recuperare / kinetoterapie la patul pacientului pentru mobilizare rapidă | | |
| 5. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de de explorări funcționale conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 7. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Linie de artroscopie (endoscopie articulară) | | |
| 2. | Truse specifice pentru tratamentul instabilităților articulare cronice | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 K

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică

Județul
Localitatea
Unitatea sanitară
Adresă
Telefon
Fax
E-mail
Reprezentant legal*: Nume Prenume
Adresă
Telefon fax
E-mail
Medic șef: Nume Prenume
Adresă
Telefon fax
E-mail

| | | DA | NU |
|-----------|--|----|----|
| I. | Unitate sanitară de dializă care îndeplinește condițiile prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1718/2004, cu modificările și completările ulterioare privind: | | |
| 1. | structură | | |
| 2. | dotare | | |
| 3. | personal | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnatura

Semnatura

REPREZENTANT LEGAL

MEDIC ȘEF

*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

Capitolul 5.

CAS.....

| | | |
|--------------------|--------|----------|
| Unitatea sanitară: | AVIZAT | NEAVIZAT |
|--------------------|--------|----------|

| | | |
|-------|--|--|
| | | |
|-------|--|--|

Semnatura

Semnatura

Semnatura

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 L

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Județul
 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: | | |
| 1. | - secție de gastroenterologie sau - secție de pediatrie sau - secție de boli infecțioase | | |
| 2. | - secție ATI categoria I (cf.OMS 1500/2009) | | |
| 3. | - laborator de analize medicale | | |
| | - structură de primiri urgențe a bolnavilor cu insuficiență hepatică (precizați tipul structurii: UPU, CPU sau CPU-S) | | |
| 4. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - linie de gardă de gastroenterologie sau - pediatrie sau | | |

| | | | |
|------------|---|--|--|
| | - boli infecțioase | | |
| 2. | - linie de garda ATI | | |
| III | Asigurarea accesului la investigații paraclinice de înaltă performanță | | |
| 1. | - structură proprie de radiologie și imagistică medicală - CT sau - contract cu o unitate sanitară pentru efectuarea acestei investigații paraclinice | | |
| 2. | - structură proprie de radiologie și imagistică medicală - RMN sau - contract cu o unitate sanitară pentru efectuarea acestei investigații paraclinice | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de gastroenterologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de pediatrie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de boli infecțioase conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de primiri urgențe conform normativului de personal prevăzut prin OMS nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Aparatură pentru dializa hepatică | | |
| 2. | Aparat de hemofiltrare și plasmafereză | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 M.1

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță - Subprogramul de radiologie intervențională

Județul

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: | | |
| 1. | - secție de specialitate neurochirurgie sau - secție de specialitate chirurgie vasculară | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II(cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria ...) | | |
| 3. | - structură de radiologie și imagistică medicală - CT - laborator de angiografie | | |
| 4. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - chirurgicale(neurochirurgie sau chirurgie vasculară) | | |
| 2. | - radiologie și imagistică medicală | | |

| | | | |
|----|-------|--|--|
| 3. | - ATI | | |
|----|-------|--|--|

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 sau Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de chirurgie vasculară conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a laboratorului de angiografie | | |
| 6. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|-----------|----|----|
| 1. | Angiograf | | |
| 2. | CT | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 M.2

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos

Județul

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: | | |
| 1. | - secție de neurochirurgie | | |
| 2. | - secție de neurologie | | |
| 3. | - secție ATI categoria I sau II(cf. OMS 1500/2009) (precizați categoria ...) | | |
| 4. | - structură de explorări funcționale - explorări ale sistemului nervos | | |
| 5. | - structură de radiologie și imagistică medicală - RMN | | |
| 6. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| 1. | - neurochirurgie | | |
| 2. | - ATI | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | 2 medici de specialitate neurochirurgie cu supraspecializare în neurochirurgie funcțională și stereotaxică | | |
| 3. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurologie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 4. | Medic de specialitatea neurologie cu atestat de studii complementare EEG și medic de specialitate neurologie cu atestat de studii complementare EMG și medic de specialitate neurologie cu atestat de studii complementare PEC | | |
| 5. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a structurii de radiologie și imagistică medicală conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 6. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 7. | personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Aparatură complexă de stereotaxie (sistem complet Leksell ce include cadru stereotactic, arc stereotactic, unitatea de calcul și softul necesar planificării intervențiilor stereotactice) | | |
| 2. | Electroencefalograf clasic | | |
| 3. | Electroencefalograf computerizat | | |
| 4. | Electromiograf | | |
| 5. | Aparat de potențiale evocate | | |
| 6. | Aparat RMN | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 M.3

CHESTIONAR DE EVALUARE

Pentru includerea în Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil

Județul
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: | | |
| 1. | - secție de specialitate neurochirurgie sau - secție de specialitate neurochirurgie pediatrică | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria ...) | | |
| 3. | - bloc operator cu sală de operație dotată pentru realizarea intervențiilor din domeniul neurochirurgiei pediatrice | | |
| 4. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor | | |

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| | nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |
| II. | Linii de gardă 24/7 organizate pentru specialitățile: | | |
| | - neurochirurgie sau | | |
| | - neurochirurgie pediatrică | | |
| | - ATI | | |
| III. | Asigurarea accesului la servicii medicale de specialitate pediatrie | | |
| 1. | - secție/compartiment de pediatrie/neonatologie în structura proprie sau | | |
| | - contract cu o unitate sanitară pentru asigurarea asistenței medicale de specialitate pediatrie/neonatologie | | |
| IV. | Circuite specifice | | |
| 1. | Circuite funcționale care asigură izolarea specifică a copilului mic sau nou-născutului tratat cu hidrocefalie | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|--|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (cel puțin un specialist are expertiză în patologia neurochirurgicală pediatrică) sau încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie pediatrică conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | Asistente medicale cu experiență în îngrijirea nou-născuților și/sau copiilor | | |
| 4. | Personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 4. Criterii privind dotarea

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Aparat de anestezie cu circuite pentru copil cu greutate minimă de 1500 g | | |
| 2. | Incubator | | |
| 3. | Ventilator copil | | |
| 4. | Echipament pentru monitorizare permanentă a funcțiilor vitale ale copilului mic | | |
| 5. | Microperfuzoare | | |
| 6. | Sisteme adecvate de alimentație parenterală sau naso-gastrică | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF

Anexa 13 M.4

CHESTIONAR DE EVALUARE

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

Județul
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: | | |
| 1. | - secție de neurochirurgie | | |
| 2. | - secție ATI categoria I sau II (cf.OMS 1500/2009) (precizați categoria | | |
| 3. | - structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Capitolul 3. Criterii privind structura de personal

| | | DA | NU |
|----|---|----|----|
| 1. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de neurochirurgie conform Normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească aprobate prin OMS nr. 1224/2010 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 2. | Încadrarea cu medici și personal sanitar mediu a secției de ATI conform Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, cu completările ulterioare, aprobat prin OMS nr. 1.500/2009 (precizați nr. medicilor de specialitate și al asistenților medicali ...) | | |
| 3. | personal medical încadrat în structură de specialitate în prevenirea infecțiilor nosocomiale asociate asistenței medicale conform prevederilor legale în vigoare | | |

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, 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

PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAȚII CONTRACTUALE MEDIC ȘEF