

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR		IMC.PG.012	
			Ediția 1	Revizia 0
			Pagina 1 din 26	
			Exemplar nr.1	

IMSP INSTITUTUL MAMEI și COPILULUI



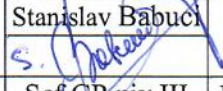

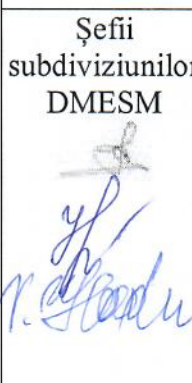

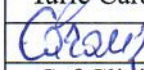
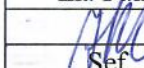
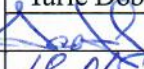

PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR

COD IMC.PG.012

Notă: Acest document conține informații care sunt proprietatea IMSP Institutul Mamei și Copilului din Chișinău și este destinat utilizării exclusive pentru propriile cerințe. Utilizarea integrală sau parțială a acestei proceduri în orice scop sau activitate sau reproducerea parțială sau integrală în orice publicație și prin orice procedeu (electronic, mecanic, fotocopiare, microfilmare etc.) este interzisă fără acordul scris al Directorului IMSP Institutul Mamei și Copilului

IMSP IMȘIC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR /		IMC.PG.012	
			Ediția 1	Revizia 0
			Pagina 2 din 26	
			Exemplar nr.1	

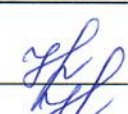
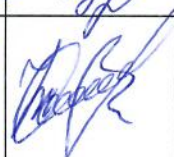
Componenta 1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea, avizarea, coordonarea și aprobarea ediției

ELABORAT	VERIFICAT	AVIZAT	COORDONAT	APROBAT	EDIȚIA	REVIZIA
DMESM	SMCAM	Șef CNSPCP „N. Gheorghiu” Stanislav Babuci 	Consiliul Calității	Director IMSP Institutul Mamei și Copilului, Sergiu Gladun 	1	0
Șefii subdiviziunilor DMESM 	Șef SMCAM, Ludmila Zănoagă 	Șef CP niv.III Iurie Carauș  Șef Clinica Pediatrie Ina Palii  Șef Departament, Iurie Dobrea 	Președintele CC, Mihai Rotaru, șef DMESM 			
12.01.2022	14.01.2022	18.01.2022	19.01.2022	19.01.2022		

Componenta 2. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor

Nr. crt.	Ediția, sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
2.1.	Ediția 1. Procedura completă	-	-	19.01.2022
2.2.	Revizia 0.	-	-	-

Componenta 3. Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția

Nr. crt.	Scopul difuzării	Exemplar nr.:	Compartiment	Funcția	Numele și prenumele	Data primirii	Semnătura
3.1.	Arhivare	1	Consiliul Calității	Președinte Secretar	M.Rotaru L.Zănoagă	19.01.2022 19.01.2022	
			SMCAM	Șef Serviciu	L.Zănoagă	19.01.2022	
3.2.	Evidență	2	Serviciul documentare, relații cu publicul și protocol (Registre, acte administrative cu termen de păstrare permanent)	Șef Serviciu	N.Lesnic	31.01.22	
3.3.	Aplicare	3	Toate compartimentele/subdiviziunile	Șef compartiment/subdiviziune	*		*
3.4.	Informare	4	Toate compartimentele/subdiviziunile	Colaboratorii/angajații	*		Intranet

Notă: * În cazul unui număr mai mare a persoanelor responsabile de aplicare a procedurii și/sau a celor care urmează a fi informate - se vor anexa listele celor vizați cu indicarea numelui și prenumelui, datei primirii ediției și semnăturii. Procedura se difuzează pe baza listei de difuzare și în format electronic.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR		IMC.PG.012	
			Ediția 1	Revizia 0
			Pagina 3 din 26	
			Exemplar nr.1	

Componenta 4. Scopul procedurii

Scopul acestei proceduri este de a stabili:

1. Modalitatea prin care se planifică și urmăresc activitățile medicale și non-medicale legate de siguranța pacientului.
2. Cel mai sigur posibil serviciu medical.
3. Cel mai sigur posibil mod de reacționare când apar incidente de siguranța pacientului.
4. Atingerea obiectivelor de management clinic și gestionarea riscurilor clinice.
5. Modalitatea de raportare a incidentelor de siguranța pacientului.

Componenta 5. Domeniul de aplicare a procedurii

Această procedură se aplică de către întreg personalul medical și non-medical al IMSP Institutul Mamei și Copilului, care este implicat în administrarea, executarea și raportarea serviciului medical aplicat pacientului.

Componenta 6. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate

Reglementări internaționale:

- Recomandările Consiliului European 2009/C151/01 din 09.06.2009 „Privind siguranța pacientului, inclusiv prevenirea și controlul infecțiilor nosocomiale”.
- SR EN ISO 9001:2015 - Sisteme de Management al Calității. Cerințe.

6.1. Legislație primară:

- Legea ocrotirii sănătății, nr.411-XIII din 28.03.1995, cu modificările și completările ulterioare.
- Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27.02.1998, cu modificările și completările ulterioare.
- Legea privind evaluarea și acreditarea în sănătate, nr.552-XV din 18.10.2001, cu modificările și completările ulterioare.
- Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, nr.263-XVI din 27.10.2005, cu modificările ulterioare.
- Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice, nr.10-XVI din 03.02.2009, cu modificările ulterioare.
- Legea privind controlul financiar public intern, nr.229-XIV din 23.09.2010, cu modificările și completările ulterioare.

6.2. Legislație secundară:

- Hotărârea Guvernului nr.192 din 24-03-2017 „Cu privire la aprobarea Codului deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului”.
- Ordinul MS nr.426 din 06.06.2017 „Cu privire la aprobarea Procedurii operaționale-cadru privind elaborarea procedurilor”.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR		IMC.PG.012	
			Ediția 1	Revizia 0
	Pagina 4 din 26			
	Exemplar nr.1			

6.3. Reglementări interne ale instituției:

- Regulamentul de organizare și funcționare a IMSP Institutul Mamei și Copilului, aprobat prin ordinul MSMPS nr.340 din 18.03.2019.
- Organigrama IMSP IMșiC.
- Ordinul IMSP IMșiC nr.01-19/200 din 27.10.2016 „Cu privire la implementarea procedurilor”.
- Circuitul documentelor.
- Alte acte normative.

6.4. Alte documente de referință:

- Ghidul de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale, coord. șt.: V. Prisacari. Ch.: Elena-V.I. SRL., 2008, 248 pag., aprobat de către Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, proces-verbal nr.5 din 28 noiembrie 2008.
- Directiva Drepturi Pacienți 2011/24/EU - Calitate și Securitate.

Componenta 7. Definiții și abrevieri

Componenta 7.1. Definiții

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Siguranța pacientului	<i>Siguranța pacientului (OMS)</i> - libertatea pacientului de a nu fi pus vătămării inutile sau potențiale asociate cu asistența medicală, ori siguranța pacientului presupune reducerea riscurilor vătămării inutile, asociate îngrijirilor medicale, la un minimum acceptabil.
2.	Siguranța pacientului	<i>Siguranța pacientului (risc clinic)</i> - identificarea, analiza și gestiunea riscurilor și incidentelor aflate în relație cu pacientul, pentru a face îngrijirea acestuia mai sigură și a minimiza riscurile.
3.	Eveniment advers	Afectarea neintenționată și nedorită a sănătății, rănirea, îmbolnăvirea, dizabilitatea temporară sau permanentă a uneia sau mai multor persoane care primesc asistență medicală (eveniment considerat prevenibil).
4.	Eveniment santinelă /catastrofic	Eveniment advers care are ca urmare vătămarea gravă a sănătății pacientului cu consecințe pe termen lung, infirmitatea sau moartea pacientului și care reflectă deficiențe serioase ale politicilor și procedurilor din instituția medico-sanitară, lipsa de interes pentru siguranță, organizație cu grad de risc în acordarea serviciilor. Semnalează necesitatea investigării imediate și adoptarea măsurilor de corecție adecvate.
5.	Eveniment near-miss	Incident sau potențial incident care a fost evitat și nu a provocat daune.
6.	Pacient	Persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 5 din 26	
		Exemplar nr.1	

7.	Procedură	Prezentarea formalizată, în scris, a tuturor pașilor ce trebuie urmați, a metodelor de lucru stabilite și a regulilor de aplicat în vederea realizării activității, cu privire la aspectul procesual.
8.	Procedură documentată	Modul specific de realizare a unei activități sau a unui proces, editat pe suport de hârtie sau în format electronic; procedurile documentate pot fi proceduri de sistem și proceduri operaționale.
9.	Procedură generală (de sistem)	Procedura care descrie o activitate sau un proces care se desfășoară la nivelul tuturor compartimentelor din cadrul entității publice.
10.	Procedură operațională	Procedură care descrie un proces sau o activitate care se desfășoară la nivelul unuia sau mai multor compartimente dintr-o entitate, fără aplicabilitate la nivelul întregii entități publice.

Componenta 7.2. Abrevieri

Abrevierea	Termenul abreviat
DMESM	Departament monitorizare și evaluare servicii medicale
DDIAP	Departament dezvoltare, infrastructură și administrare patrimoniu
EAAAM	Evenimente adverse asociate asistenței medicale
FMBA	Fișa medicală a bolnavului de ambulator
FMBS	Fișa medicală a bolnavului de staționar
IMșiC	Institutul Mamei și Copilului
IMSP	Instituție Medico-Sanitară Publică
ISO	Organizația Internațională pentru Standardizare
MF	Ministerul Finanțelor
MS	Ministerul Sănătății
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
PG	Procedură generală
RP	Responsabil de proces
SMC	Sistemul de management al calității
SMCAM	Serviciul managementul calității și audit medical

Componenta 8. Descrierea procedurii (activității)

8.1. Generalități

Siguranța pacienților în instituțiile medico-sanitare constituie cea mai importantă dimensiune a calității îngrijirilor de sănătate. Înțelegerea și asigurarea siguranței actului medical reprezintă o provocare egală înțelegerii sistemelor biologice pe care medicina dorește să le influențeze.

Eroarea medicală reprezintă eșecul realizării unei acțiuni planificate, sau eșecul în a atinge un obiectiv stabilit, situație în care pacientul suferă daune sau anumite afecțiuni, generând agravarea stării de sănătate sau moartea acestuia. Cele mai frecvente riscuri cu care se confruntă pacienții sunt:

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 6 din 26	
		Exemplar nr.1	

- ✓ erori de medicație și transfuzie;
- ✓ complicații chirurgicale;
- ✓ arsuri;
- ✓ întârzieri și erori în diagnosticare.

Principalele cauze ale erorilor medicale sunt legate de: lipsa de comunicare, fluxul informațional, fluxul de lucru, transferul de informații medicale, defecțiuni ale echipamentelor medicale, probleme ale pacienților și reglementări defectuoase.

În cadrul unui spital riscurile generate sunt diverse, complexe și interconectate, astfel încât analiza managementului de risc trebuie să aibă în vedere aspectele clinice (serviciul medical și erorile realizate de personalul medical), dar nu numai, precum următoarele:

- riscul managementului defectuos;
- riscul tehnologic (echipamente medicale și condiții intraspitalicești);
- riscul resursei umane;
- riscul de subfinanțare;
- riscul de reglementare;
- riscul securității cibernetice.

8.2. Exemple de incidente legate de siguranța pacientului în cadrul unui spital:

8.2.1. Incidente în siguranța pacientului/evenimente adverse:

- reacții asociate medicației recomandate/administrată în caz de necesitate;
- reacții asociate îngrijirilor medicale (alergii, complicații respiratorii, hemoragii etc.);
- reacții asociate diagnosticării și tratării pacienților (diagnosticare întârziată, administrare eronată de serviciu medical/persoană, loc etc.).

8.2.2. Incidente în siguranța pacientului/evenimente santinelă/catastrofic:

- operarea unei alte părți a corpului în locul celei care necesită intervenția;
- uitarea unui instrument post-operator în corpul pacientului;
- folosirea unei căi greșite de administrare a tratamentului;
- eroare de administrare a medicației: doza, concentrație, timp, calea de administrare;
- reacție hemolitică de incompatibilitate de sânge;
- folosirea unor produse medicale sau echipamente contaminate;
- externarea unui minor și predarea acestuia unei alte persoane, alta decât reprezentantului legal;
- electrocutare;
- folosirea inadecvată a echipamentelor;
- combustii;
- căderi;
- moartea unui pacient sau membru al personalului în interiorul spitalului;

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR		IMC.PG.012	
			Ediția 1	Revizia 0
	Pagina 7 din 26			
	Exemplar nr.1			

- întârzieri în diagnostic;
- neindicarea testelor și analizelor adecvate;
- interpretarea inadecvată a rezultatelor și deficiențe în monitorizarea pacientului;
- greșeli în prescrierea tratamentului;
- administrarea intravenoasă a unei soluții de concentrație inadecvată;
- moartea unei mame prin hemoragie post-partum după cezariană;
- erori de profilaxie (neindicarea tratamentului profilactic, lipsa supravegherii și monitorizării).

8.2.3. Incidente de siguranța pacientului/evenimente near-miss:

- posibila administrare a unei medicații expirate;
- posibila externare a unui alt pacient;
- personal cu simptome de boală contagioasă înlocuit în timpul turei;
- posibila identificare eronată a pacienților;
- identificarea la timp a unui echipament sau a unei prize defecte.

Notă: Există cel puțin 6 categorii de cauze a evenimentelor nedorite care produc afectarea stării de sănătate a pacientului (de la nesemnificativ la grav, de la temporară la definitiv) sau chiar moartea pacienților:

- ❖ chirurgicale (ex.: operarea unei alte părți a corpului, moartea intra- sau imediat post-operator);
- ❖ produse sau echipamente contaminate;
- ❖ identificarea și supravegherea pacientului (ex.: externarea unei alte persoane);
- ❖ managementul îngrijirilor (ex.: eroare de medicație, eroare de procedură);
- ❖ evenimente legate de mediul intraspitalicesc (ex.: electrocutare, scurgeri de gaze, arsuri, cădere);
- ❖ evenimente criminale (ex.: agresiuni indiferent de natura lor).

8.3. Măsuri de prevenție.

8.3.1. *Implementarea unei culturi a siguranței pacientului* prin comunicare și conștientizare a riscurilor la care este expus pacientul în cadrul instituției, permițând astfel:

- ▶ analiza greșelilor/defecțiunilor și descoperirea oportunităților de îmbunătățire a calității serviciilor medicale;
- ▶ reducerea recurenței și severității datorită învățării din erori;
- ▶ mai puține evenimente nedorite (adverse/santinela/aproape eroare) datorită unui personal mai puțin stresat, culpabilizat, lipsit de încredere;
- ▶ reducerea timpului datorat revenirilor asupra erorilor;
- ▶ reducerea costurilor suplimentare generate de incidentele clinice;
- ▶ reducerea costurilor generate de tratarea reclamațiilor.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 8 din 26	
		Exemplar nr.1	

8.3.2. Leadership și participare activă a tuturor specialiștilor în stabilirea procedurii corecte în locul corect al pacientului corect ca o prioritate de siguranță în IMSP IMșiC (vezi proceduri, protocoale, instrucțiuni de lucru specifice și vezi Fig.1, urmând pașii:

- încurajarea unei culturi organizaționale deschise și juste (sondajul asupra siguranței pacientului);
- dezvoltarea unei echipe responsabile de managementul riscurilor (vicedirector medical, responsabilii de proces, șefi de compartimente/subdiviziuni) cu integrarea sarcinilor de gestiune de risc în fișa postului;
- implementarea activă a unui management al riscurilor (1. Lista proceselor, responsabilii de procese și riscurile aferente; 2. Lista activităților și riscurile aferente per specialitate/compartiment; 3. Registru de riscuri în promovarea comunicării și participării active a angajaților, pacienților și aparținătorilor).

Fig.1: Realizarea procedurii corecte în locul corect la pacientul corect

Norma	Norma din instituție descrie standardul care asigură că sistematic se realizează procedura corectă în locul corect al pacientului corect (protocoale clinice / proceduri specifice / instrucțiuni de lucru)	
Specialistul	Diagnostic corect și planificarea procedurii lor	Consimțământul informat: <ul style="list-style-type: none"> - informarea pacientului și familiei sale asupra justificării, planurilor, opțiunilor și riscurilor procedurii; - obținerea și documentarea consimțământului informat pentru toate procedurile, incluzând numele complet al procedurii, locul, planul sau preferințele pentru anestezie/investigație/intervenție.
Specialistul	Zona procedurii	Verificarea preventivă a procedurii: <ul style="list-style-type: none"> - asigurarea că specialiștii dețin informațiile actualizate despre starea pacientului și planurile procedurilor propuse, și că obțin înregistrările despre pacient; - verificarea că sunt prezente toate adnotările relevante, inclusiv documentul consimțământului informat și că sunt în mod corespunzător identificate pentru pacientul corect; - obținerea probelor de laborator și studiilor de diagnostic prin imagini pertinente și verificarea corecteii identificării a pacientului în imagini.
Specialistul Pacienții	Zona de așteptare: pre-operatorie; pre-investigație; pre-intervenție	Marcarea locului procedurii: <ul style="list-style-type: none"> - marcarea de către persoana care efectuează procedura; - utilizarea unui marcator care nu se poate șterge ușor; - marcarea inițialelor specialistului; - obținerea confirmării locului și marcajului de către pacient.
Specialistul	Sala de operații/investigații/intervenții Realizarea procedurii corecte	Realizarea procesului „pauza de siguranță”: <ul style="list-style-type: none"> - verificarea că pacientul este cel corect (doi identificatori: Nume/Prenume sau IDNP); - verificarea procedurii planificate; - verificarea locului procedurii; - verificarea poziționării corecte a pacientului în vederea operației/investigației/intervenției; - verificarea disponibilității echipamentelor/ instrumentelor/ materialelor special necesare.
Pacienții	Pacienții și familiile lor trebuie să participe în toate aspectele investigației/ intervenției/ serviciului medical aplicat pacientului. Furnizarea de informații către pacient asupra problemelor medicale și planurilor procedurilor propuse trebuie să se facă într-o manieră cât mai comprehensivă/mai ușor de înțeles.	

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 9 din 26	
		Exemplar nr.1	

8.3.3. Audit intern privind implementarea corectă a procedurilor și protocoalelor care:

- prevăd verificarea, în etapa premergătoare procedurii, a pacientului, a procedurii și locului dorit și, dacă corespunde, a oricărui echipament;

- pretind persoanei care realizează procedura să marcheze neechivoc etapele investigației/intervenției - participarea pacientului, în scopul identificării corecte a locului unde dorește să se facă investigația/intervenția;

- pretind realizarea unei „pauze de siguranță” chiar înaintea declanșării procedurii medicale, la care participă întreg personalul echipei (unde este cazul). Această „pauză de siguranță” se face pentru a stabili un acord asupra poziționării pacientului, procedurii, locului și, după caz, asupra oricărei etape. „Pauza de siguranță” este definită și fiind o perioadă specifică în care nu se realizează nici o activitate clinică, pe durata acestui timp, toți membrii echipei verificând, în formă independentă, acțiunea clinică iminentă;

- prin analiza Înregistrărilor, eficienței Protocoalelor clinice și Procedurilor, și a eventualelor reclamații din partea pacienților, aparținătorilor sau membrilor echipei medicale.

8.3.4. Formarea profesională continuă a personalului prin:

✓ participarea activă la analiza cauzelor rădăcină pentru evenimentele nedorite (adverse/santinelă/aproape eroare);

✓ identificarea și implementarea colectivă a soluțiilor pentru reducerea recurenței și severității erorilor în urma analizei incidentelor de siguranță a pacientului;

✓ instruirea periodică a echipei responsabile de managementul riscurilor (vicedirector medical, responsabilii de proces, șefi de compartimente/subdiviziuni).

8.4. Oportunități de participare a pacienților și aparținătorilor:

▪ participarea pacienților în toate punctele-cheie ale procesului de verificare, pentru a confirma încă o dată cu personalul efector al procedurii, înțelegerea de către aceștia (pacienții) a procedurii planificate;

▪ participarea pacienților la procesul de marcarea a locului de intervenție, întotdeauna când este posibil;

▪ discutarea acestor teme pe timpul procesului consimțământului informat și confirmarea deciziilor în momentul semnării consimțământului.

8.5. Bariere potențiale:

▶ lipsa acordului specialiștilor în ceea ce privește centrarea pe standardizare și problemele de schimbare a culturii organizaționale;

▶ nerecunoașterea riscurilor în mediile de desfășurare a procedurii, cu excepția sălii de operații;

▶ reticența asistenților medicali și a celorlalte cadre medicale de a chestiona medicul specialist, atunci când este identificată o problemă;

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 10 din 26	
		Exemplar nr.1	

- ▶ resurse umane și cunoștințe inadecvate care să favorizeze procesele susceptibile de a fi îmbunătățite;
- ▶ conduita „automatizată” pe timpul „pauzei de siguranță” (se îndeplinesc formalitățile, însă fără o comunicare semnificativă și eficientă);
- ▶ insuficiente investigații general acceptate, date și justificări economice referitoare la analizele cost/beneficiu sau returul investiției, pentru implementarea recomandărilor OMS.

8.6. Obiectivele referitoare la siguranța pacientului. Soluțiile adoptate privind siguranța pacientului sunt:

- identificarea corectă a pacientului;
- comunicarea adecvată pe timpul transferului pacientului, mostrelor biologice și documentelor acestuia între diferite compartimente sau instituții;
- realizarea procedurii corecte la locul corect al pacientului corect;
- aplicarea/continuarea tratamentelor medicale în tranzițiile asistențiale;
- utilizarea corectă a echipamentelor/dispozitivelor/instrumentelor medicale;
- utilizarea corectă a materialelor sterile sau de unică folosință;
- îmbunătățirea igienei mâinilor;
- evitarea erorilor de conexiune a echipamentelor/aplicațiilor medicale la softul medical de bază.

8.6.1. Îmbunătățirea identificării corecte a pacientului

Identificarea corectă a pacientului trebuie inițiată de la admiterea în evidența instituției. Datele de identificare obligatorii trebuie consemnate prin: nume/prenume complet și corect al pacientului, tipul documentului de identitate (buletin de identitate, certificat naștere, pașaport), numărul documentului de identitate, numărul de identificare al persoanei, statutul în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, sexul, vârsta, data nașterii, adresa domiciliului, date de contact - tip telefon sau adresa de e-mail.

Cele mai frecvente erori de identificare sunt definite la evaluarea documentelor, filmelor radiologice și eșantioanelor biologice din etapa de pre-analitic (ex.: documente/mostre fără marcaje, documente/mostre rău etichetate, mostre care nu au ajuns în condițiile pre-analitice necesare pentru procesare).

Strategia de minimizare a riscului de identificare eronată a pacientului se bazează pe:

- ✓ responsabilizarea întregului personal implicat în identificarea adecvată a pacientului;
- ✓ identificarea verbală a pacientului cu voce sonoră și clară, pe timpul inițierii admisie și în momentul: prelevării mostrelor biologice sau oricărui etape pre-analitice, prin cel puțin 2 identificatori;
- ✓ standardizarea metodelor de identificare a pacientului (verbal și grafic) pentru a realiza coincidența pacient corect/procedura corectă;

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 11 din 26	
		Exemplar nr.1	

- ✓ existența în protocoalele medicale a unor etape clare de identificare a pacientului pe tot parcursul procesului medical (pre-analitic, analitic, post-analitic) și în situații de excepție (pacienți cu același nume/data nașterii/inconștienți etc.);
- ✓ o identificare verbală: nominalizare sonoră;
- ✓ o identificare grafică: acte de identitate, bilet de trimitere, fișa medicală etc.;
- ✓ coparticiparea pacienților în toate etapele procesului medical și informarea acestuia asupra importanței și relevanței corecteii sale identificări;
- ✓ încurajarea realizării etichetării recipientelor pentru obținerea mostrelor în prezența pacientului;
- ✓ utilizarea unui sistem automatizat de identificare.

Pacienții susceptibili de verificare verbală a identității sunt:

- pacienții programați telefonic pentru programare la consultație;
- pacienții care solicită punctual/prezențial programare la consultație;
- pacienții aflați în consultație directă la medic;
- mostre/investigații non-invazive pentru pacienții neinternați: RX, spirometrie, EKG, ecografie etc.).

Se identifică sigur și neechivoc pacientul înainte de:

- extragerea unei mostre pentru analiză;
- realizarea unei proceduri invazive;
- realizarea unei intervenții chirurgicale;
- administrarea unui medicament;
- confirmarea unui exitus;
- transferul pacientului în cadrul circuitului intern sau extern;
- verificarea apartinătorului sau reprezentantului legal în cazul minorului sau pacienților fără discernământ.

Responsabilitatea identificării corecte a pacientului revine personalului medico-sanitar care are primul contact de natură profesională cu pacientul.

Toți ceilalți profesioniști sunt responsabili de a realiza verificările precedente realizării procedurilor de risc descrise anterior.

8.7. Monitorizarea evenimentelor nedorite (adverse/santinelă/near-miss)

IMSP IMșiC monitorizează apariția erorilor pe specialitate/serviciu/secție/compartiment, care pot genera riscuri pentru pacienții din instituție, analizează cauzele în vederea identificării și implementării de soluții concrete pentru minimalizarea riscurilor (vezi anexa nr.3: Registrul de evidență EAAAM).

IMSP IMȘIC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 12 din 26	
		Exemplar nr.1	

Fiecare responsabil de proces/sef compartiment per specialitate/compartiment întocmește o listă a proceselor/activităților desfășurate și riscurilor asociate (Directorul instituției stabilește echipa responsabilă de managementul riscurilor, care se întrunește anual pentru evaluarea/reevaluarea *registrelor de riscuri* (clinice, tehnologice etc.).

La apariția unui incident de siguranța pacientului - advers, santinelă, aproape eroare - personalul constatat completază în Registrul de evidență evenimentul, se întrunește echipa responsabilă de managementul riscurilor în vederea analizei cauzelor, se întocmește documentația necesară comunicării, conștientizării erorilor medicale constatate și implementării măsurilor considerate necesare.

8.8. Setul minim de date care permit analiza evenimentelor adverse, care afectează siguranța pacienților:

- Locul desfășurării EAAAM (Serviciu/laborator/secție/compartimente)
- Date pacienți
- Descriere EAAAM
- Diagnostic la internare
- Diagnostic la 72 de ore
- Consecințele asupra pacientului
- Tipul presupusului EAAAM
- Data apariției.

8.9. Indicatori de evaluare a procesului de implementare a Procedurii

A. Implementarea în fiecare subdiviziune a Procedurii privind siguranța pacienților, cu un indicator cantitativ prin intermediul căruia putem măsura procentajul personalului implicat în aplicarea acestei proceduri:

$$- \text{Nr. personal instruit} / \text{nr. total de personal} / X 100 = \% \text{ personal instruit}$$

B. Aprecierea dinamicii incidenței EAAAM la nivelul compartimentelor/ instituției prin intermediul următorului indicator:

$$- \text{Nr. de evenimente adverse înregistrate și raportate conform cerințelor} / \text{total pacienți externați} / X 100 = \% \text{ incidența EAAAM.}$$

C. Aprecierea eficacității implementării procedurii privind siguranța pacienților în vederea eliminării sau diminuării riscului de apariție a unor evenimente adverse la nivelul compartimentelor/ instituției prin intermediul următorului indicator:

$$- \text{Nr. măsuri implementate} / \text{total măsuri propuse spre implementare} / X 100 = \% \text{ eficacitatea implementării procedurii.}$$

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 13 din 26	
		Exemplar nr.1	

8.10. Valorificarea rezultatelor activității: Rezultatele activității vor fi valorificate de către toate compartimentele din instituție prin implementarea conformă a Procedurii privind siguranța pacienților. Directorul instituției va solicita o informare periodică asupra implementării procedurii.

8.11. Resurse necesare:

8.11.1. Resurse materiale: documente legislative și normative, chestionare de control, echipamente de birotică, rechizite, consumabile, linii telefonice, materiale informatice, calculatoare personale, acces la baza de date, imprimante, Internet, Intranet, dosare etc. - sunt asigurate de către subdiviziunile respective ale instituției, cu aprobarea conducerii, în baza referatelor de necesitate primite de la șefii de secții/ asistentele/moașele superioare.

8.11.2. Resurse umane:

- Director IMSP IMșiC.
- Vicedirectori.
- Șefi de compartimente/subdiviziuni.
- Persoane implicate prin sarcinile de serviciu în elaborarea, verificarea și aprobarea procedurii.

-Resursa umană care desfășoară activitatea medicală la nivelul secțiilor trebuie permanent adecvată nevoii de îngrijiri a pacienților internați/sosiți la consultul medicilor-specialiști, specificul de risc privind siguranța pacienților, fiind un punct de interes major al analizelor periodice și al stabilirii necesarului de personal.

8.11.3. Resurse financiare:

- Conform bugetului IMSP IMșiC pentru anul în curs.

Componenta 9. Atribuții și responsabilități în derularea activității

Responsabilitatea privind respectarea procedurilor/protocoalelor/instrucțiunilor de lucru/notelor interne, prevenirea erorilor medicale și implementării măsurilor aferente revine întregului colectiv medical și nemedical implicat în administrarea, executarea și raportarea serviciului medical.

Personalul de serviciu aduce la cunoștință EAAAM produs șefului de subdiviziune, care va informa Directorul, vicedirectorul medical, șeful de compartiment și Serviciul de management al calității și audit medical.

Echipa de proces:

9.1. Directorul IMSP IMșiC:

- Aprobă procedura.
- Impune aplicarea procedurii.
- Asigură resursele necesare implementării și aplicării procedurii și auditului medical periodic al acesteia.
- Susține și încurajează raportarea oricărei suspiciuni de EAAAM, participă la analiza și managementul acestuia, conform reglementărilor interne specifice.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 14 din 26	
		Exemplar nr.1	

9.2. Șeful subdiviziunii clinice și paraclinice medicale:

- Coordonează procesul de management al riscurilor clinice, analizează propunerile și dispune măsurile de control și reducere a acestora.
- Participă la elaborarea reglementărilor interne de management al EAAAM, la stabilirea modalităților de evaluare și identificare a lor.
- Susține și încurajează raportarea oricărei suspiciuni de eveniment advers, participă la analiza și managementul acestuia, conform reglementărilor interne specifice.
- Raportează în maxim 24 de ore orice suspiciune de eveniment advers și participă ulterior la analiza și managementul acestuia, conform reglementărilor interne specifice (vezi: anexa nr.1, anexa nr.2, anexa nr.4 și anexa nr.5).
- Participă, la solicitarea echipei de audit, la auditul medical al managementului EAAAM în scopul identificării soluțiilor de îmbunătățire permanentă a acestui proces.

9.3. Medic în subdiviziuni clinice și paraclinice medicale/ Medic de gardă:

- ✓ Cunoaște și respectă reglementările interne de management al EAAAM, modalitățile de evaluare, identificare și asistare specifică a pacienților cu risc de EAAAM.
- ✓ Raportează în maxim 24 de ore orice suspiciune de eveniment advers și participă la analiza și managementul acestuia, conform reglementărilor interne specifice (vezi: anexa nr.1).
- ✓ La producerea unui eveniment advers, ia toate măsurile pentru tratarea pacientului, cu acordul acestuia și/sau al însoțitorilor acestuia și consemnează în documentele medicale (FMBS/FMBA) consecințele imediate ale incidentului și fiecare decizie/recomandare de tratament/investigații/consulturi interdisciplinare, până la externarea/transferul pacientului.
- ✓ Participă, la solicitarea echipei de audit, la auditul medical al managementului EAAAM în scopul identificării soluțiilor de îmbunătățire permanentă a acestui proces.

9.4. Asistenta/moașa de tură

- Raportează în maxim 24 de ore orice suspiciune de eveniment advers și participă la analiza și managementul acestuia, conform reglementărilor interne specifice.
- La producerea unui eveniment advers, respectă recomandările medicului privind măsurile pentru tratarea pacientului, cu acordul acestuia și/sau al însoțitorilor acestuia și consemnează în documentele medicale (Foaia de prescripții medicale, Registrul de predare-preluare tură etc.) consecințele imediate ale incidentului și fiecare decizie/recomandare de îngrijiri medicale, până la externarea/transferul pacientului.
- Participă, la solicitarea echipei de audit, la auditul medical al managementului cauzat de EAAAM în scopul identificării soluțiilor de îmbunătățire permanentă a acestui proces.

9.5. SMCAM

- Coordonează activitatea de raportare, analiză și management al EAAAM, conform reglementărilor interne specifice (vezi: anexa nr.1, anexa nr.2, anexa nr.4 și anexa nr.5).
- Coordonează activitatea de audit medical la nivelul spitalului și stabilește prin analiză, prioritizarea temelor de audit și implementarea auditului medical al managementului EAAAM în Planul anual de activitate, în scopul identificării soluțiilor de

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 15 din 26	
		Exemplar nr.1	

îmbunătățire permanentă a acestui proces.

➤ Acordă suportul necesar elaborării reglementărilor interne de management al riscului de EAAAM, stabilirii modalităților de evaluare și identificare a acestora.

9.6. SMCAM și Consiliul Calității:

- Elaborează (după caz)/revizuieste/retrage procedura.
- Coordonează aplicarea procedurii.
- Gestionează elaborarea procedurilor și instrucțiunilor de lucru.
- Gestionează Manualul procedurilor.

9.7. Consiliul Calității - coordonează procedurile.

9.8. Vicedirectorii, șefii de compartimente/subdiviziuni:

- Aplică și respectă procedura.
- Difuzează procedura în cadrul compartimentului/subdiviziunii.
- Organizează grupuri de lucru pentru discutarea și aplicarea procedurii.

Componenta 10. Înregistrări

- 10.1. Manualul procedurilor
- 10.2. Fișa medicală a bolnavului de ambulator
- 10.3. Fișa medicală a bolnavului de staționar
- 10.4. Foaia de prescripții medicale
- 10.5. Registrul de predare-preluare tură
- 10.6. Registrul de evidență EAAAM

Componenta 11. Anexe

- 11.1. Raport de declarare inițială a Evenimentului advers, asociat asistenței medicale (EAAAM) presupus /Formular F– IMC.PG.012-1/ (Anexa 1).
- 11.2. Raport de analiză EAAAM /Formular F– IMC.PG.012-2/ (Anexa 2).
- 11.3. Raport asupra cauzelor EAAAM /Formular F– IMC.PG.012-3/ (Anexa 3).
- 11.4. Registrul de evidență EAAAM /Formular F– IMC.PG.012-4/ (Anexa 4).
- 11.5. Plan de măsuri propuse spre implementare în vederea eliminării sau diminuării riscurilor de apariție a unor EAAAM (Anexa 5).

DIFUZARE

Procedura este pusă la dispoziția utilizatorilor în format electronic pe baza Listei de difuzare.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează/arhivează conform cerințelor SMCAM de la nivelul spitalului (parțial implementat).

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 16 din 26	
		Exemplar nr.1	

Componenta 12. Cuprins

Numărul componentei în cadrul procedurii	Denumirea componentei din cadrul procedurii	Pag.
	Pagina de gardă (coperta)	1
1	Lista responsabililor de elaborarea, verificarea, avizarea, coordonarea și aprobarea ediției/reviziei	2
2	Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor	2
3	Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția	2
4	Scopul procedurii	3
5	Domeniul de aplicare a procedurii	3
6	Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate	3-4
7	Definiții și abrevieri	4-6
8	Descrierea procedurii (activității)	6-13
9	Atribuții și responsabilități în derularea activității	15
10	Înregistrări	15
11	Anexe (anexa 1 – pag.17-18; anexa 2 – pag.19-20; anexa 3 – pag.21-24; anexa 4 – pag.25; anexa 5 – pag.26)	16
12	Cuprins	16

IMSP IMșic Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 17 din 26	
		Exemplar nr.1	

Anexa nr.1

RAPORT DE DECLARARE INIȚIALĂ EAAAM PRESUPUS

/F – IMC.PG.012-1/

ATENȚIE ! Acest raport se întocmește și se transmite Serviciului management al calității și audit medical (SMCAM) în maxim 24 ore de la apariție (sau prima zi lucrătoare, ora 9.30 dacă EAAAM are loc în weekend/ sărbători legale).

1. TIPUL EAAAM (Bifați)

<input type="checkbox"/> EVENIMENT ADVERS	Eveniment considerat prevenibil, care reprezintă afectarea neintenționată și nedorită a sănătății, rănirea, îmbolnăvirea, dizabilitatea temporară sau permanentă sau chiar moartea pacientului, asociată asistenței medicale.
<input type="checkbox"/> EVENIMENT SANTINELĂ	Eveniment advers care are ca urmare vătămarea gravă, a sănătății pacientului cu consecințe pe termen lung, infirmitate permanentă sau moartea pacientului și care reflectă deficiențe serioase ale politicilor și procedurilor din instituția medico-sanitară, lipsa de interes pentru siguranță și organizație cu grad de risc în acordarea serviciilor. Un asemenea eveniment semnalează necesitatea investigării imediate și adoptarea măsurilor de corecție adecvate.
<input type="checkbox"/> EVENIMENT	Eveniment care în absența unei intervenții prompte și adecvate ar fi putut duce la decesul sau invaliditatea pacientului. Care nu are efecte ce necesită măsuri speciale de recuperare. Care reflectă grave disfuncționalități la nivelul instituției medico-sanitare și care necesită analiză și măsuri imediate.
<input type="checkbox"/> ACCIDENT	Eveniment care a produs prejudicii tratabile pacientului și pentru a cărui rezolvare a fost necesară o intervenție suplimentară asupra acestuia.
<input type="checkbox"/> EVENIMENT „NEAR MISS”	Eveniment care a fost evitat și nu a provocat daune, deși ar fi putut produce.
<input type="checkbox"/> INCIDENT	Eveniment survenit în cursul unui proces de îngrijire, fără urmări asupra pacientului, care a fost identificat și rezolvat înainte de a produce afectarea pacientului.

2. LOCUL DESFĂȘURĂRII PRESUPUSULUI EVENIMENT

(compartimentul/ secția/ serviciul/ biroul unde s-a produs evenimentul)

3. DATA APARIȚIEI _____ ORA APARIȚIEI _____ PRESUPUSULUI EVENIMENT (Completați)

4. Numele _____ Prenumele _____ Funcția _____ Compartimentul/
Secția/Serviciul/Biroul/ _____ persoanei care a identificat și raportat presupusul
eveniment (Completați)

5. Datele de identificare ale persoanei care a fost direct implicată în eveniment (nume, prenume, funcție,
nr.FMBS/FMBA(după caz) _____ (Completați)

6. **DESCRIEREA OBIECTIVĂ ȘI DETALIATĂ A PRESUPUSULUI EVENIMENT** (fără analiză, fără
judecare, fără acuzare) (Completați) _____

7. CONSECINȚE ASUPRA PACIENTULUI (Bifați)

- Fără afectarea pacientului
- Afectarea pacientului care necesită măsuri terapeutice suplimentare în urgență
- Afectarea pacientului care necesită supraveghere sau alte măsuri terapeutice
- Deces

8. Raport declarare EAAAM nr. _____.

Data _____ ora _____ raportării la SMCAM.

Nume, prenume, semnătura șef subdiviziune _____

Am primit la SMCAM data _____ ora _____ .

Nume, prenume, semnătura șef SMCAM _____

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 19 din 26	
		Exemplar nr.1	

Anexa nr.2

RAPORT DE ANALIZĂ EAAAM

nr. _____ din data de _____
 /F – IMC.PG.012-2/

Acest raport se întocmește și se transmite către Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM) în maxim 5 zile calendaristice de la apariția presupusului EAAAM.

1. EAAAM CONFIRMAT (Bifați)

- Da
- Nu

2. TIPUL EAAAM

- Eveniment advers
- Eveniment santinelă
- Eveniment pre-santinelă
- Accident
- Eveniment „NEAR MISS”
- Incident

3. TIPUL PERSOANEI AFECTATE

- Pacient Sex M / F (încercuiți). Anul nașterii _____
- Alta
- Niciuna

4. DESCRIEREA EVENIMENTULUI. La data și ora _____

5. CONSECINTE ASUPRA PACIENTULUI

(Completați)

6. Ce măsuri s-au luat/propus în vederea eliminării sau diminuării riscului de apariție a unor evenimente adverse similare. (Ex.: eventual reinstruirea personalului medical cu privire la necesitatea securizării pacienților prin

utilizarea părților laterale mobile ale paturilor, sau supravegherea mai atentă a pacienților cu risc de cădere etc.).

DATE CE RAMÂN ÎN EVIDENȚA IMSP IMȘIC, RESPECTIV SMCAM

ATENȚIE ! Acest raport se întocmește și se transmite către SMCAM în maxim 5 zile calendaristice de la apariția presupusului EAAAM.

(Dacă există toate datele necesare se poate transmite totodată și Raportul asupra cauzelor și planul de măsuri a EAAAM).

Data ora prezentării Raportului de analiză EAAAM la SMCAM

Nume, prenume, semnătura șef subdiviziune _____

Am primit la SMCAM data _____ ora ____ .

Nume, prenume, semnătura șef SMCAM _____

IMSP IMȘIC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 21 din 26	
		Exemplar nr.1	

Anexa nr.3

RAPORT ASUPRA CAUZELOR EAAAM
/F – IMC.PG.012-3/

1. CAUZELE APARIȚIEI EAAAM SUNT LEGATE DE:

GRUPE DE CAUZE	CAUZE (Bifați)	OBSERVAȚII SUPLIMENTARE PENTRU „ALTELE”
Erori de diagnostic și tratament	<input type="checkbox"/> suprasolicitarea personalului <input type="checkbox"/> nerespectarea protocoalelor <input type="checkbox"/> lipsa de experiență a personalului <input type="checkbox"/> comunicare profesională deficitară <input type="checkbox"/> colaborare profesională deficitară <input type="checkbox"/> altele	
Erori cauzate de lipsa posibilității de investigare adecvată	<input type="checkbox"/> absența aparatelor <input type="checkbox"/> suprasolicitarea aparatelor <input type="checkbox"/> personal insuficient <input type="checkbox"/> personal insuficient pregătit <input type="checkbox"/> absența protocoalelor de colaborare cu alte instituții medico-sanitare <input type="checkbox"/> altele	
Disfuncționalități și defecțiuni ale aparaturii și dispozitivelor medicale	<input type="checkbox"/> utilizare eronată <input type="checkbox"/> defecțiuni tehnice <input type="checkbox"/> decalibrări sau lipsa controlului metrologic <input type="checkbox"/> altele	
Erori în utilizarea medicamentelor	<input type="checkbox"/> asocieri medicamentoase interzise/nerecomandate <input type="checkbox"/> administrarea cu întârziere a tratamentului <input type="checkbox"/> neadministrarea tratamentului <input type="checkbox"/> erori la prepararea diluției <input type="checkbox"/> efecte adverse ale medicației <input type="checkbox"/> lipsa de eficacitate <input type="checkbox"/> confuzie între medicamente <input type="checkbox"/> cale de administrare eronată <input type="checkbox"/> posologie eronată <input type="checkbox"/> eroare de prescriere <input type="checkbox"/> altele	
Tehnici eronate în efectuarea manevrelor invazive	<input type="checkbox"/> puncție arterială <input type="checkbox"/> sondaj urinar <input type="checkbox"/> clismă evacuatorie sau de diagnostic <input type="checkbox"/> intubație oro-traheală <input type="checkbox"/> cateter venos central <input type="checkbox"/> altele	

Utilizarea de dispozitive medicale și materiale sanitare necorespunzătoare	<input type="checkbox"/> dispozitive uzate fizic <input type="checkbox"/> dispozitive uzate moral <input type="checkbox"/> dispozitive necalibrate <input type="checkbox"/> dispozitive neverificate metrologic <input type="checkbox"/> dispozitive defecte <input type="checkbox"/> materiale sanitare cu termen de expirare depășit <input type="checkbox"/> materiale sanitare neindicate pentru intervenția efectuată <input type="checkbox"/> altele	
Nerespectarea măsurilor universale și specifice de prevenire și combatere a IAAM	<input type="checkbox"/> nu au fost purtate mănuși sterile <input type="checkbox"/> nu au fost purtate mănuși curate <input type="checkbox"/> nu au fost purtate deloc mănuși <input type="checkbox"/> nu s-a spălat pe mâini între doi pacienți <input type="checkbox"/> spălarea mâinilor s-a realizat incorect <input type="checkbox"/> nu s-a purtat echipament de protecție <input type="checkbox"/> nu s-a purtat mască <input type="checkbox"/> nu s-a purtat protecție facială <input type="checkbox"/> nu s-au îndepărtat bijuteriile <input type="checkbox"/> nu au fost dezinfectate mâinile după manipularea pacientului infectat <input type="checkbox"/> manipulare incorectă a lenjeriei contaminate <input type="checkbox"/> curățenie și decontaminare imperfectă <input type="checkbox"/> igiena personală imperfectă <input type="checkbox"/> neidentificarea pacientului colonizat <input type="checkbox"/> neizolarea pacientului colonizat <input type="checkbox"/> nerespectarea măsurilor de prevenție a IAAM <input type="checkbox"/> altele decât cele precizate	
Manevre neinvazive eronate producătoare de leziuni traumatice	<input type="checkbox"/> mobilizarea incorectă a pacientului <input type="checkbox"/> imobilizarea incorectă a pacientului <input type="checkbox"/> erori de îngrijire a pacientului imobilizat <input type="checkbox"/> erori de transport <input type="checkbox"/> altele	
Căderea	<input type="checkbox"/> nesemnălizarea zonelor cu risc de cădere <input type="checkbox"/> absența măsurilor de prevenire a riscului de cădere <input type="checkbox"/> lipsa de supraveghere a persoanelor cu risc de cădere <input type="checkbox"/> altele	
Nerespectarea Procedurilor și/sau a altor reglementări referitoare la:	<input type="checkbox"/> preluarea pacientului <input type="checkbox"/> siguranța pacientului pe parcursul internării față de riscuri nemedicale (altele decât căderea) <input type="checkbox"/> externare <input type="checkbox"/> transfer <input type="checkbox"/> transport și îngrijiri la domiciliu	
<input type="checkbox"/> Abuz <input type="checkbox"/> Agresiune <input type="checkbox"/> Hărțuire	<input type="checkbox"/> verbal (a) <input type="checkbox"/> fizic (a) <input type="checkbox"/> sexual (a) <input type="checkbox"/> altele	
Alte cauze/grupe care nu se regăsesc mai sus	<input type="checkbox"/> automutilare <input type="checkbox"/> evadare <input type="checkbox"/> sângerare de origine necunoscută <input type="checkbox"/> obstrucție respiratorie <input type="checkbox"/> plagă de presiune	

	<input type="checkbox"/> refuzul tratamentului <input type="checkbox"/> tentative de suicid <input type="checkbox"/> refuzul de a elibera spațiul <input type="checkbox"/> nepăstrarea confidențialității	
--	--	--

2. ÎN CAZ DE INFECȚIE (Bifați)

2.1. CONTACTUL CU SISTEMUL DE SĂNĂTATE

- Fără contact
- Consulturi (internări, rezident, sanatoriu), fără proceduri invazive
- Internări cu proceduri invazive

2.2. TRATAMENT ANTIBIOTIC

- Fără
- Tratament antibiotic recent

2.3. PACIENT

- Tânăr sau fără comorbidități
- Bătrân, multiple comorbidități
- Boli structural pulmonare, HIV/SIDA/imunodeficiențe severe

2.4. TIPUL INFECȚIEI

- Infecție respiratorie pulmonară
- Infecție intra-abdominală
- Infecții ale pielii și țesuturilor moi
- Infecții de tract urinar
- Infecții ale oaselor și articulațiilor
- Infecții SNC
- Infecții genitale
- Sepsis de origine necunoscută
- Endocardită bacteriană
- Altele

2.5. MICROORGANISMUL IMPLICAT

- Stafilococ auriu metilino-rezistent
- Clostridium difficile
- Enterobacteria producătoare de carbapenemaze
- Pseudomonas
- Klebsiella
- Acinetobacter
- Altele

3. CONCLUZII (Bifați)

3.1. Pentru a finaliza raportul este necesar a se aștepta concluziile expertizei medico-legale?

- Da
- Nu

3.2. Consecințe asupra pacientului în momentul raportării

- Deces
- Traumatische
- Infecție
- Fără consecințe

3.3. EAAAM A AFECTAT:

- Instituția medico-sanitară
- Angajații
- Nu a afectat

DATE CE RAMÂN ÎN EVIDENȚA IMSP IMȘIC, RESPECTIV SMCAM

ATENȚIE ! Acest raport se întocmește și se transmite către SMCAM în maxim 10 zile calendaristice de la apariția presupusului EAAAM.

(Dacă există toate datele necesare se poate transmite totodată și Raportul asupra cauzelor și Planul de măsuri a EAAAM).

Data ora prezentării Raportului de analiză EAAAM la SMCAM

Nume, prenume, semnătura șef subdiviziune _____

Am primit la SMCAM data _____ ora ____ .

Nume, prenume, semnătura șef SMCAM _____

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ PRIVIND SIGURANȚA PACIENȚILOR	IMC.PG.012	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 26 din 26	
		Exemplar nr.1	

Anexa nr.5

PLAN MĂSURI
PROPUSE SPRE IMPLEMENTARE ÎN VEDEREA ELIMINĂRII SAU
DIMINUĂRII RISCULUI DE APARIȚIE A UNOR EAAAM
 (Model-schemă)

Nr. crt. din reg. evid. EAAAM	Tipul EAAAM	Măsuri propuse spre implementare	Responsabil implementare	Termen