**ANEXA 16 F.2**

**CHESTIONAR DE EVALUARE**

**Pentru includerea în Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei - tratamentul bolnavilor care nu necesită intervenţii chirurgicale**

Judeţul ..................................................................

Localitatea ..............................................................

Unitatea sanitară ........................................................

Adresă ...................................................................

Telefon ..................................................................

Fax ......................................................................

E-mail ...................................................................

Manager\*: Nume ....................... Prenume ..................

Adresă ................................................

Telefon .................... fax ......................

E-mail ................................................

Medic coordonator: Nume ....................... Prenume ..................

Adresă ................................................

Telefon .................... fax ......................

E-mail ................................................

Director medical: Nume ....................... Prenume ..................

Adresă ................................................

Telefon .................... fax ......................

E-mail ................................................

Capitolul 1. Relaţie contractuală în sistemul de asigurări sociale de sănătate

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

| | | DA | NU |

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

| 1. | Unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală | | |

| | cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de | | |

| | servicii medicale spitaliceşti | | |

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

Capitolul 2. Criterii privind structura organizatorică

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

| | | DA | NU |

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

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

| | aprobată: |

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

| 1. | - secţie/compartiment de hematologie sau | | |

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

| | - secţie/compartiment de pediatrie sau | | |

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

| | - secţie/compartiment de medicină internă pentru judeţele | | |

| | unde nu există unităţi sanitare cu paturi cu secţie/ | | |

| | compartiment de hematologie sau | | |

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

| | - structură de spitalizare de zi pentru monitorizarea şi | | |

| | tratamentul talasemiei şi hemofiliei | | |

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

| 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 şi personal sanitar mediu a secţiei/ | | |

| | compartimentului de hematologie conform Normativelor de | | |

| | personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate | | |

| | prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010 sau | | |

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

| | încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/ | | |

| | compartimentului de pediatrie conform Normativelor de | | |

| | personal pentru asistenţa medicală spitalicească aprobate | | |

| | prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010 sau | | |

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

| | încadrarea cu medici şi personal sanitar mediu a secţiei/ | | |

| | compartimentului de medicină internă conform Normativelor | | |

| | de personal pentru asistenţa medicală spitalicească | | |

| | aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1224/2010 | | |

| | | | |

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

| | medicali ...) | | |

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

| 2. | Încadrarea cu farmacişti şi asistenţi medicali de farmacie | | |

| | conform Normativelor de personal pentru asistenţa medicală | | |

| | spitalicească aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii | | |

| | nr. 1224/2010 (precizaţi nr. farmaciştilor şi al | | |

| | asistenţilor medicali de farmacie ...) | | |

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

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.

Semnătura Semnătura Semnătura

MANAGER MEDIC COORDONATOR DIRECTOR MEDICAL

\* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine managerului.

Capitolul 4.

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

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

| Unitatea sanitară: | AVIZAT | NEAVIZAT |

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

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

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

Semnătura Semnătura Semnătura

DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE MEDIC ŞEF