



CONSILIUL LOCAL HUEDIN
SPITALUL ORASENESC HUEDIN
Huedin, str. Spitalului, nr. 42, jud. Cluj, cod: 405400
Telefon/fax 0264 351815, 0264 354175, cod fiscal: 4485618
E-mail : secretariat@spitalulhuedin.ro; spitalul.huedin@yahoo.com;
Web: www.spitalulhuedin.ro



Nr/DA / 27.6.2018

PLAN DE SUPRAVEGHERE, PREVENIRE SI LIMITARE A INFECȚIILOR ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE 2019

I. INFECȚIILE ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE

Definiție: Infecția nosocomială este infecția asociată îngrijirilor medicale acordate în unități sanitare cu paturi, diagnosticată clinic, și/sau microbiologic și/sau prin alte mijloace de diagnostic pentru care există argumente epidemiologice a contractării infecției în timpul spitalizării, indiferent dacă simptomele bolii apar sau nu apar pe perioada spitalizării.

Termenul de infecție asociată îngrijirilor medicale este generic și include infecțiile câștigate în spital și manifeste pe perioada internării sau după externare în unitățile cu spitalizare de scurtă durată, infecțiile asociate asistenței în spitale de cronici, infecții consecutive asistenței ambulatorii, infecțiile apărute la personalul medical în urma acordării de îngrijiri medicale și cele apărute la personalul nemedical ca voluntari, vizitatori, muncitori, cei care manevrează deșeurile sau cei care livrează marfă în unități medicale.

Spitalul public, indiferent de rețeaua în cadrul căreia funcționează și forma de proprietate, are obligația exclusivă pentru asigurarea siguranței pacientului, inclusiv prin prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale.

Depistarea/identificarea, înregistrarea și declararea/raportarea infecțiilor nozocomiale de către orice unitate sanitară cu paturi sunt obligatorii.

Infecțiile asociate asistenței medicale:

- cauzează dereglări funcționale și stres emoțional pacientului
- pot reduce calitatea vieții
- cresc morbiditatea și mortalitatea
- riscul extinderii fenomenului prin persistența factorilor de risc
- selectarea și persistența tulpinilor cu rezistență multiplă la antibiotice
- creșterea duratei de spitalizare
- creșterea costurilor de spitalizare

Factori de risc pentru apariția IAAM / procesul epidemiologic:

- legat de sursă:

- pacienți internați, având forme manifeste sau latente de boală sau portaj sănătos de microorganisme
- personal medico-sanitar
- studenți, elevi
- personal de întreținere, auxiliare (bucătărie, spălătorie, magazie)
- vizitatori

- legat de mediu / cale de transmitere:

- contact apropiat între persoane
- mâinile, aerul, apa, alimentele, obiectele contaminate

- legat de pacient:

- vârste extreme
- imunodeficiențe
- boli cronice, neoplazii, tratamente cu imunomodulatoare, marii traumatizați (chirurgical, accidental)

- factori favorizanți:

- condiții deficitare de spitalizare
- durata prelungită a spitalizării
- contaminarea mediului ambiental cu produse patologice
- aglomerarea spațiilor destinate asistenței medicale
- instalații tehnico-sanitare insuficiente, deficitare ca igienă
- nerespectarea condițiilor de igienă și decontaminare ambientală și personală
- contaminarea tegumentelor, mucoaselor, plăgilor, cavităților naturale prin manopere diagnostice și de tratament.

Depistarea/identificarea, înregistrarea și declararea/ raportarea IAAM de către orice unitate sanitară sunt obligatorii. Definițiile de caz utilizate sunt cele prevăzute în Decizia 2012/506/UE.

În toate unitățile sanitare activitatea de supraveghere și prevenire a IAAM face parte din obligațiile profesionale ale personalului conform **Ord. MSP nr. 1101/ 2016** privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare, **Ord. MSP nr. 961/2016** pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare, tehnici de lucru și interpretare pentru testele de evaluare a eficienței procedurii de curățenie și dezinfectie, **Ord. MSP nr.1226/2012** pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activitățile medicale, **Legii nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății și **Regulamentului de ordine interioară** al unității sanitare, iar organizarea unității sanitare se efectuează conform **Ord. MSP nr. 914/2006 completat de Ord. MSP nr. 1096/ 2016** pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare, **Ord. MS nr. 1500/2009** privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare, **Ord. MSP nr. 1301/2007** pentru aprobarea Normelor privind funcționarea laboratoarelor de analize medicale.

**PLANIFICAREA ACTIVITATII PENTRU SUPRAVEGHEREA,
PREVENIREA SI LIMITAREA IAAM**

Teste de autocontrol = teste efectuate de o unitate sanitara in vederea cunoasterii circulatiei germenilor patogeni in mediul spitalicesc si a evaluarii eficientei procedurilor de curatenie si dezinfectie cu scopul prevenirii aparitiei infectiilor asociate ingrijirilor medicale. Acestea cuprind:

Teste de sterilitate = teste efectuate pentru controlul sterilitatii a instrumentarului si altor materiale sanitare prin proceduri de sterilizare fizica, biologica si chimica;

Teste de aeromicroflora = teste efectuate pentru controlul gradului de incarcare a aerului cu flora microbiana atmosferica in zonele de risc;

Teste de sanatate = teste de verificare a eficientei curateniei si dezinfectiei suprafetelor si altor materiale (de ex., lenjerie) efectuate in cadrul unitatii sanitare.

Frecventa efectuarii testelor de autocontrol este stabilita in functie de zonele de risc identificate pe harta anuala a riscurilor, de circulatia germenilor in spital, de numarul de infectii asociate asistentei medicale depistate in anul anterior. Pentru anul 2019 recoltarile se vor face conform tabelului de mai jos si ori de cate ori situatia epidemiologica o impune.

CAND?	UNDE?
O DATA LA 2 SAPTAMANI	BLOC OPERATOR CAMERA DE GARDA NEONATOLOGIE ATI
O DATA PE LUNA	CHIRURGIE GINECOLOGIE PEDIATRIE INTERNE BLOC ALIMENTAR Prin sondaj - lichid de barbotare -inventar moale -maini personal -aeromicroflora
O DATA LA 3 LUNI	SPALATORIE PSIHIATRIE ACUTI PSIHIATRIE CRONICI CABINETE AMBULATOR - plafon fals casetat (subsol) - filtru aparatura ventilatie si AC- Camera de garda

II. OBIECTIVE Obiectivele specifice ale programului de supraveghere includ :

- monitorizarea tendințelor infecțiilor asociate asistenței medicale - incidența, prevalența și distribuția pe tip de infecție, secții și etiologie - indicatorilor fizici și de rezultat	- prin analiza lunară a datelor furnizate de către secții și laboratorul de microbiologie
- colaborarea cu Laboratorul de analize medicale în vederea creșterii gradului de depistare a etiologiei infecțiilor nozocomiale	- caracterizarea tulpinii bacteriene izolate
- identificarea factorilor de risc și a condițiilor favorizante pentru apariția IAAM - identificarea zonelor în care îngrijirea pacienților poate fi îmbunătățită	- remedierea acestor deficiențe în cel mai scurt timp posibil
- monitorizarea accidentelor cu expunere la produse biologice la personalul medical și pacienți - instituirea investigațiilor și a terapiei profilactice la Spitalului Clinic de Boli Infecțioase Cluj-Napoca	- monitorizare cu caracter permanent - în 24 de ore de la accident / declarare conform OMS 1101/2016
- monitorizarea măsurilor de igienă, dezinfecție și asepsie aplicate atât pe suprafețe cât și personalului medico-sanitar prin recoltare de probe de autocontrol	- prin recoltare de probe de autocontrol conform graficului anual
- monitorizarea gestionării corecte a deșeurilor provenite din activitățile spitalicești conform OMS 1226/2012	- termen permanent
- îmbunătățirea cunoștințelor personalului clinic și al altor lucrători din cadrul spitalului în ceea ce privește IAAM precum și legislația sanitară și normele sanitare în vigoare	- instructaj initial- la angajare - instructaje efectuate anual , cu testarea cunoștințelor acumulate - la apariția unor situații speciale
- asigurarea circuitelor funcționale ale spitalului conform Ord. MSP nr. 914/2006 completat de OMS 1096/2016	- termen permanent
- obținerea autorizației sanitare de functionare a unității sanitare și a a vizelor anuale de funcționare	- anual
- programarea de fonduri pentru asigurarea condițiilor de igienă, microclimat și pentru desfășurarea acțiunilor de prevenire și control a IAAM prevăzute în planul de activitate	- ponderea cheltuielilor pentru combaterea IAAM în bugetul unității; - stoc de materiale de curatenie si solutii dezinfectante aflat cel puțin la nivelul consumului mediu lunar,existent - termen permanent

Responsabili pentru realizarea obiectivelor :

- Conducerea spitalului
- Comitetul de prevenire a infecțiilor asociate asistentei medicale, din care fac parte: directorul medical, CPCIN, farmacistul, microbiologul, medicii sefi de secții/comp.

ACTIVITĂȚI PERMANENTE,
prin care se realizează obiectivele propuse:

- **supravegherea epidemiologică a infecțiilor asociate asistentei medicale**
- stabilirea suspiciunii și **diagnosticului de infecție nosocomială** de către **medicul curant**, conform definițiilor de caz din Decizia 2012/506/UE, **stabilirea etiologiei** cu laboratorul (dacă este posibil), consemnarea diagnosticului de infecție nosocomială în foaia de observație a pacientului cu **termen permanent**;

Responsabili: - medicul curant
- medicul șef de secție

- depistarea activă a infecțiilor nosocomiale prin controlul **săptămânal** al **registrului electronic unic de monitorizare a infecțiilor asociate asistentei medicale al secțiilor/comp.** și anchetarea cazurilor suspecte, conform OMS 1101/2016;

Responsabili: - medicul curant
- CPCIN

- **declararea infecțiilor nosocomiale** prin completarea "Fișei cazului de infecție asociată asistentei medicale" de către medicul care a stabilit diagnosticul de infecție intraspitalicească conform Decizia 2012/506/UE și înaintarea fișei spre CPCIN, conform OMS 1101/2016;

Responsabili: - medicul curant
- medicul șef de secție
- CPCIN

- urmărirea **antibioticoterapiei** și a **rezistenței microbiene** la antibiotice, a circulației microorganismelor multirezistente și a celor implicate în **etiologia infecțiilor nosocomiale** prin acțiuni **timestriale** de analiză a datelor

Responsabili: - medicul de laborator (microbiologie)
- farmacistul șef
- CPCIN

- **înregistrarea, consilierea în 24 de ore și supravegherea persoanelor** (personal medico-sanitar și asistați) cu **expunere accidentală la produse biologice timp de 6 luni**, cu determinarea **Ag HBs, Ac anti HCV și Ac anti HIV la 6 săptămâni, la 3 luni și la 6 luni după accident**, îndrumarea lor **în 24 de ore** către Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Cluj-Napoca pentru investigații și recomandări;

- **declararea accidentelor** pe "Fișa de supraveghere a accidentatului post-expunere la produse biologice" conform Ord. MSP nr. 916/2006

Responsabili: - CPCIN
- medicul șef de secție

- **centralizarea fișelor cazurilor noi de hepatite virale tip B și C** completate pe secțiile cu paturi sau în ambulator și a **fișelor unice de raportare a bolilor transmisibile**, respectiv înaintarea lor către DSP, conform metodologiilor de supraveghere elaborate de Ministerul Sănătății

Responsabili: - medicul curant

- biologul din laboratorul de analize medicale
- CPCIN

- **intervenție rapidă în caz de focar de IAAM**

- identificarea și izolarea cazului princeps

- identificarea și izolarea surselor de infecție secundare

- stabilirea etiologiei infecțiilor nosocomiale și a caracterului exogen sau endogen al agentului patogen incriminat

- identificarea și neutralizarea căilor de transmitere și prevenirea extinderii fenomenului prin metode de dezinfecție curentă și terminală

- aplicarea metodelor de profilaxie corespunzătoare, privind masa receptivă

Responsabili: - CPCIN

- medicul de laborator (microbiologie)
- medicul șef de secție

- **raportarea datelor**

- centralizarea datelor: **lunar**

- analiza datelor, calcularea indicatorilor fizici, de eficiență și de rezultat: **lunar**

- raportarea datelor către:

- **Conducerea spitalului**

- cazurile **sporadice**: - **lunar**

- **focarele** (mai mult de 3 cazuri): - **în ziua depistării**

- **DSP Cluj-Napoca**

- cazurile **sporadice**: - **lunar**, până în data de 5 a lunii pentru luna precedentă

- **focarele** (mai mult de 3 cazuri): - **în 24 de ore**

- fișele de declarare a infecțiilor nosocomiale- **lunar**, până în data de 5 a lunii pentru luna precedentă

- **indicatorii** de evaluare din metodologie: - **lunar**, până în data de 5 a lunii pentru luna precedentă

- **trimestrial**, până în data de

5 a lunii pentru trimestrul precedent

- **anual**, până în data de 5 ianuarie pentru anul precedent

- fișele de expunere accidentală la produse biologice: - **lunar**, până în data de 5 a lunii pentru luna precedentă

- raportarea deșeurilor medicale- lunar, până în data de 5 a lunii pentru luna precedentă

Responsabili: - CPCIN

- **identificarea factorilor de risc din spital**

- evaluarea funcționalității circuitelor intraspitalicești și remedierea deficiențelor conform Ord. MSP nr. 914/2006 completat de OMS 1096/2016 **cu termen permanent**

Responsabili: - Conducerea spitalului
- CPCIN

- evaluarea calității condițiilor hoteliere ale pacienților, cu respectarea prevederilor Ord. MSP nr. 914/2006 completat de OMS 1096/2016 cu privire la dotarea minimă a saloanelor și respectarea suprafețelor /pat de spital, **cu termen permanent**

Responsabili: - Conducerea spitalului
- CPCIN

- asistentele șefe si coordonatorii compartimentelor

- identificarea procedurilor și manoperelor la risc specifice fiecărei secții și întocmirea de protocoale de lucru, **cu termen permanent**

Responsabili: - medicii șefi de secție
- asistentele șefe

- evaluarea necesarului de materiale de curatenie, dezinfectanți, materiale sanitare, echipamente de protecție pentru desfășurarea în siguranță a manoperelor la risc și urmărirea aprovizionării secțiilor cu cantitatea necesară de materiale, **cu termen permanent**

Responsabili: - Conducerea spitalului
- Serviciul Achizitii Publice
- asistentele șefe
- CPCIN

- evaluarea **programului de imbunatatire a igienei mainilor din unitate si respectarea prevederilor precautiunilor universale conform OMS 1101/2016** privind:

- minimalizarea transmiterii între persoane a infecțiilor:

- spălarea mâinilor cu apă curentă și săpun
- dezinfecția mâinilor
- utilizarea mănușilor de protecție

- igiena personală
- echipament de protecție adecvat
- măsuri aseptice adecvate diferitelor grade de risc al infecțiilor nosocomiale
- întocmirea protocoalelor de proceduri și manopere cu controlul periodic și inopinant al respectării acestora **cu termen permanent**

Responsabili: - CPCIN
- medicii șefi de secție
- asistentele șefe

- întocmirea protocoalelor de sterilizare, controlul modului de efectuare a sterilizării și a funcționării corecte a aparatelor de sterilizare (controlul parametrilor de sterilizare zilnic, conform Ord. MSP nr. 961/2016) **cu termen permanent**

Responsabili: - asistenta șefă Bloc Operator
- asistente SSC
- CPCIN

- evaluarea respectării protocoalelor de curățenie și decontaminare a mediului de spital **cu termen permanent**

Responsabili: - CPCIN
- asistentele șefe

- efectuarea autocontrolului bacteriologic, recoltarea probelor efectuându-se **conform graficului anual stabilit**

Responsabili: - CPCIN

- medicul de laborator (microbiologie)

- efectuarea triajului epidemiologic al personalului din Blocul Alimentar si personalul de îngrijiri sectii/compartimente- **la începutul fiecărei ture de lucru**

Responsabili: - asistenta dieteticiana

-asistenta de tura

- controlul stării de portaj microbial al personalului **după frecvența stabilită de legislația în vigoare**, sau de câte ori este nevoie

Responsabili: - medicul de medicina muncii

- medicul de laborator (microbiologie)

- cunoașterea informațiilor privind dotarea tehnico- instrumentară utilizată pentru îngrijiri, **cu caracter permanent**

Responsabili: - Conducerea spitalului

- asistentele șefe

- medicul șef de secție

- cunoașterea factorilor de risc rezultați din serviciile auxiliare spitalului: aprovizionare cu apă, îndepărtarea reziduurilor menajere și periculoase, servicii de dezinsecție-deratizare

Responsabili: - Conducerea spitalului

- agent DDD angajat al spitalului

- CPCIN

h) managementul deșeurilor rezultate din activitatea de asistență medicală

- respectarea normelor tehnice precizate în Ord. MS nr. 1226/2012 privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale (norme tehnice), a modului în care se colectează, se ambalează, se depozitează temporar, se transportă și se elimină aceste deșeuri, o atenție deosebită acordându-se deșeurilor periculoase (infecțioase, înțepător-tăietoare, chimice și farmaceutice, etc) pentru a preveni astfel contaminarea mediului și afectarea stării de sănătate a personalului medico-sanitar direct implicat și al populației generale

Responsabili : - Conducerea spitalului

- CPCIN + Serv .tehnice

- asistentele șefe

i) organizarea programului de instruire a personalului medical

- efectuarea de instructaje la angajare si periodice, cu teste de verificare a cunoștințelor privind:

- respectarea precauțiilor universale

- prepararea și utilizarea corectă a produselor de curățenie și dezinsecție și aplicarea protocoalelor de curățenie și dezinsecție

- respectarea protocoalelor de proceduri și manopere

- gestionarea deșeurilor provenite din activitatea medicală

- prevenirea accidentelor prin expunere la produse biologice și atitudinea de urgență în caz de accident

- efectuarea corectă a sterilizării materialelor sanitare și menținerea sterilității

Responsabili : - CPCIN

- medicii șefi de secție

- asistentele șefe

ACTIVITĂȚI SPECIALE
prin care se realizează obiectivele propuse:

- depistarea și raportarea **săptămânală**, pe grupe de vârstă a cazurilor care dezvoltă pe perioada internării sau se internează cu:

- **ILI** (afecțiuni compatibile cu gripa)
- **ARI** (infecții acute ale căilor respiratorii superioare)
- **pneumopatii acute**

pe perioada și în funcție de definițiile de caz cuprinse în metodologia de supraveghere a gripei anunțată anual de către Ministerul Sănătății.

- ancheta epidemiologică a suspiciunilor apărute la pacienții internați
- izolarea/îndrumarea lor către Clinica de Boli Infecțioase în funcție de context
- **termen: pe perioada de supraveghere a gripei** anunțată în metodologie

Responsabili : - CPCIN

- medicii curanți
- asistentele șefe

- depistarea și raportarea **săptămânală**, pe grupe de vârstă a cazurilor de **BDA** (boală diareică acută) în funcție de definițiile de caz, etiologie, grupe de vârstă și categoriile de persoane cuprinse în metodologia de supraveghere a BDA, pe perioada anunțată de către Ministerul Sănătății.

- ancheta epidemiologică a suspiciunilor apărute la pacienții internați
- izolarea/îndrumarea lor către Clinica de Boli Contagioase în funcție de context
- **termen: pe perioada de supraveghere a BDA** anunțată în metodologie

Responsabili : - medicii curanți

- asistentele șefe
- medicul de laborator (microbiolog)

- centralizarea și raportarea **săptămânala** a **registrlui electronic unic de monitorizare a infectiilor asociate asistentei medicale al sectiilor/comp.** conform OMS 1101/2016;

Responsabili : - CPCIN

- centralizarea și raportarea **bolilor transmisibile** conform metodologiilor Centrului National de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile cu respectarea prevederilor Hot.589/2007 și OMS 1466/2008- **termen permanent**.

Responsabili : - CPCIN

- medicii șefi de secție
- asistentele șefe

- organizarea campaniilor de vaccinare în rândul personalului medico-sanitar eligibil

- sezoniere (antigripal) - **perioada octombrie-decembrie a fiecarui an.**
- ocazionale (antihepatită B, altele) - **cu ocazia inițierii lor din partea MSP**

Responsabili : - CPCIN

- monitorizarea respectării prevederilor din Avizele sanitare la executarea unor lucrări .

Responsabili : - Conducerea spitalului

- CPCIN

Data:
27.12.2018

Întocmit ,
As.ig.Danciu-Plesa Oana

Oana

100





CONSILIUL LOCAL HUEDIN
SPITALUL ORĂȘENESC HUEDIN

Huedin, str. Spitalului, nr. 42, jud. Cluj, cod: 405400
Telefon/fax 0264 351815, 0264 354175, cod fiscal: 4485618

E-mail : secretariat@spitalulhuedin.ro ; spitalul.huedin@yahoo.com;
Web : www.spitalulhuedin.ro



Cert.no: 11227

HOTARAREA
COMITETULUI DIRECTOR NR. 29 din 27.12.2018

Comitetul Director al Spitalului Orășenesc Huedin întrunit în ședința din data de 27.12.2018,
constituit în baza Legii nr. 95/2006 privind reforma sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

HOTĂRĂȘTE :

Art. 1 Se aproba Planul de supraveghere, prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale pentru anul 2019.

Pentru ducerea la indeplinire a prezentului articol se inainteaza Compartimentului CPCIN – as. ig. Danciu Plesa Oana.

COMITET DIRECTOR,

ec. Resteman Ana Silvia _____
dr.Dancila Ioan _____
ec. Farcane Adriana Felicia _____



Luat la cunostinta,

as. ig. Danciu Plesa Oana _____



CONSILIUL LOCAL HUEDIN
SPITALUL ORASENESC HUEDIN

Huedin, str. Spitalului, nr. 42, jud. Cluj, cod: 405400
Telefon/fax 0264 351815, 0264 354175, cod fiscal: 4485618
E-mail : secretariat@spitalulhuedin.ro; spitalul.huedin@yahoo.com;
Web: www.spitalulhuedin.ro



Cert.no: 11227

PROCES VERBAL DE INFORMARE

Lector /Instructor: Dir Medical Dancila Ioan; As.ig.Danciu-Plesa Oana		Perioada: 18.01.2019	
Materiale de referință: PLAN DE COLECTARE DESEURI MEDICALE 2019			
PROIECT DE PLAN DE COMBATERE IAAM 2019			
PLAN DEZINSECTIE, DERATIZARE 2019			
HARTA PUNTELOR SI ZONELOR DE RISC DIN SPITALUL ORASENESC HUEDIN			
PLAN DE FORMARE CONTINUA A PERSONALULUI PRIVIND PREVENIREA IAAM 2019			
PROTOCOL DE INTERVENTIE IN CAZ DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE			
PO CPCIN- 13/2-1/2018 = PROCEDURA DE COMUNICARE INTERNA PRIVIND INCIDENTA IAAM;			
Comunicare nr cazuri IAAM declarate in 2018			
Responsabilul cursului: Dir Medical Dancila Ioan; As ig. Danciu-Plesa Oana			
Desfășurarea instruirii și rezultatele 18.01.2019			
Nr	Numele	Funcția	Prezența *
Secția Medicină Internă			
1.	Dr. Roșca Marc Octavian	Șef secție-Medic pr./V	<i>[Signature]</i>
2.	Dr. Cioanca Oana	Medic sp	<i>[Signature]</i>
3.	Dr.Voiculescu Raul	Medic sp	<i>[Signature]</i>
4.	Dr.Negru Daria	Medic sp	<i>[Signature]</i>
Secția Chirurgie Generală			
6.	Dr. Dreve Ioan	Șef secție-Medic pr	<i>[Signature]</i>
7.	Dr. Macec Vlad	Medic specialist pr.	<i>[Signature]</i>
8.	Dr.Todor Mihai Dacian	Medic sp. șef secție	<i>[Signature]</i>
Secția Obstetrică - ginecologie			
9.	Dr.Dodu Marian	Șef secție-Medic pr.	<i>[Signature]</i>
10.	Dr.Ștefan Diana Mihaela	Medic pr.	<i>[Signature]</i>
Sectia Pediatrie			
11.	Dr. Costin Viorica Adriana	Medic pr- sef secție	<i>[Signature]</i>
12.	Dr. Nedelea Lăcrămioara Cristina	Medic. pr	<i>[Signature]</i>
Comp.Neonatologie			
13.	Dr. Maghiar Andreea	Medic specialist pediatrie	<i>[Signature]</i>
Compartiment A.T.I			
14.	Dr. Mățiș Liliana Cristina	Medic coordonator- Medic sp	<i>[Signature]</i>
Compartiment Psihiatrie Cronici			
15.	Dr. Cazan Flavia	Medic coordonator-medic specialist	<i>[Signature]</i>
Compartiment Psihiatrie Acuti			
17.	Paucean Elvira	Medic coordonator-medic specialist	<i>[Signature]</i>

18 Silvestean Anca

Responsabilul cursului
Dir Medical Dancila Ioan
As.ig.Danciu-Plesa Oana

[Signature]



CONSILIUL LOCAL HUEDIN
SPITALUL ORASENESC HUEDIN

Huedin, str. Spitalului, nr. 42, jud. Cluj, cod: 405400
Telefon/fax 0264 351815, 0264 354175, cod fiscal: 4485618
E-mail : secretariat@spitalulhuedin.ro; spitalul.huedin@yahoo.com;
Web: www.spitalulhuedin.ro



Cert.no: 11227

PROCES VERBAL DE INSTRUIRE

Lector /Instructor: As.ig.Danciu-Plesa Oana		Perioada: 17.01.2019		
Tema instruirii: informare asistente sefe, coordonatori sectii/compartimente cu privire la colectarea selectiva a deseurilor periculoase, prevenirea IAAM, harta zonelor de risc din spital, plan DD 2019, prelucrare legislatie				
Materiale de referință: PLAN DE COLECTARE DESEURI MEDICALE 2019				
PROIECT DE PLAN DE COMBATERE IAAM 2019				
PLAN DEZINSECTIE, DERATIZARE 2019				
HARTA PUNCTELOR SI ZONELOR DE RISC DIN SPITALUL ORASENESC				
HUEDIN				
PLAN DE FORMARE CONTINUA A PERSONALULUI PRIVIND PREVENIREA IN				
2019				
PROTOCOL DE INTERVENTIE IN CAZ DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE				
PO CPCIN- 13/2-1/2018 = PROCEDURA DE COMUNICARE INTERNA PRIVIND				
INCIDENTA IAAM; Comunicare nr cazuri IAAM declarate in 2018				
Legislatie: OMS 914 si 1096; OMS 961/2016; OMS 1101/2016; OMS 1226/2012.				
Responsabilul cursului: As.ig.Danciu-Plesa Oana				
Desfășurarea instruirii și rezultatele				
Nr	Numele	Funcția/semnătura	Prezenta	Calificată aferent
1.	- Panican Felicia Monica	Asistent medical pr. sefa sectie – sectia Pediatrie		FB
2.	- Pocs Emese	Asistent medical pr. sefa sectie - Sectia Medicina Interna		FB
3.	- Mudure Daniela	Asistent medical pr. sefa sectie- Sectia Chirurgie generala		FB
4.	- Giurgiu Melania Olimpia	Asistent medical pr. sefa sectie - Sectia Obstetrica Ginecologie		FB
5.	- Golban Florina	Asistent medical pr. coordonator comp. Neonatologie		FB
6.	- Bolfa Adriana	Asistent medical pr. coordonator comp. ATI		FB
7.	- Indreia Mihaela	Asistent medical pr. coordonator comp. Psihiatrie Acuti		FB
8.	- Florea Elena	Asistent medical pr. coordonator comp. Psihiatrie cronici		FB
9.	- Gansca Femita	Asistent medical pr. coordonator Camera de Garda si Primiri Urgente		FB
10.	- Bilc Gabriela	Asistent medical principal		FB

Responsabilul cursului