



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: secretariat@spitalcfiasi.ro

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitalcfiasi.ro

# GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

## PO-UTS-20

### **NOTĂ:**

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinara necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a corințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

### **Revizie**

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare de structura, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: II Rev.: 1

Pag.: 1/7

### Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componența revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	I/0	-	-	12.02.2014
2	I/1	Întreaga procedură	▶ Actualizare fără modificări ▶ Schimbarea machetei de procedură	09.08.2016
3	II/0	Integral	Modificare machetă și conținut	16.08.2022
4	II/1	Integral	▶ Actualizare legislație ▶ Completare conținut	10.07.2025

### Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Simona Virginia Nicolescu	Medic primar ATI Responsabil cu calitatea UTS		30.06.2025
		Dr. Petruța Drugociu	Medic epidemiolog		30.06.2025
		As. Oana Rusu	As. responsabil UTS		30.06.2025
2	Verificat	Dr. Iulia Andreea Mihălcuț	Medic coordonator UTS		2.07.2025
3	Verificat pentru conformitate MC	Băhnăreanu Andreea	RMC		2.07.2025
4	Avizat	Dr. Cătălina Ciolpan	Director medical		04.07.2025
5	Avizat juridic	Rotaru Alexandra-Florentina	Consilier juridic		07.07.2025
6	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager		10.07.2025

Exemplar nr.: Intranet





SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: II    Rev.: 1

Pag.: 2/7

### CUPRINS

- 1. SCOP**
- 2. DOMENIU DE APLICARE**
- 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI**
  - 3.1. *Definiții ale termenilor*
  - 3.2. *Abrevieri ale termenilor*
- 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ**
- 5. DESCRIEREA PROCEDURII**
  - 5.1. *Materiale pentru gestionarea deșeurilor*
  - 5.2. *Clasificarea și depozitarea deșeurilor*
  - 5.3. *Depozitare probe, pungi goale de produse sanguine transfuzate sau a pungilor cu produs netransfuzate*
  - 5.4. *Depozitarea temporară*
  - 5.5. *Transportul deșeurilor*
  - 5.6. *Eliminarea finală*
  - 5.7. *Gestionarea deșeurilor infecțioase*
- 6. RESPONSABILITĂȚI**
- 7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI**
- 8. ANEXE**
- 9. DIFUZARE**
- 10. INDICATORI DE MONITORIZARE**



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: II Rev.: 1

Pag.: 3/7

## 1. SCOP

Procedura are ca scop reglementarea activităților privind gestiunea deșeurilor și anume modalitatea de sortare, colectare, depozitare, transport și eliminare a deșeurilor în cadrul UTS.

## 2. DOMENIU DE APLICARE

- 2.1. Procedura se aplică în UTS.
- 2.2. Activitate procedurală: sortare, colectare, depozitare, transport și eliminare a deșeurilor în cadrul UTS

## 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

### 3.1. Definiții

Definiții conform art. 7, Anexa nr. 1 la *OMS nr. 1.226/2012*:

**3.1.1. Ambalajele pentru deșeuri rezultate din activitatea medicală** - reprezintă recipiente și containere utilizate pentru colectarea, ambalarea, transportul, tratarea și eliminarea finală a deșeurilor rezultate din activitatea medicală.

**3.1.2. Colectarea deșeurilor medicale** - reprezintă orice activitate de strângere a deșeurilor, incluzând separarea deșeurilor pe categorii, la sursă, și stocarea temporară a deșeurilor în scopul transportării acestora la o instalație de tratare sau de eliminare a deșeurilor.

**3.1.3. Deșeurile infecțioase** - sunt deșeurile care prezintă proprietăți periculoase, astfel cum acestea sunt definite în anexa nr. 4 la Legea nr. 211/2011, cu modificările ulterioare, la punctul "H 9 - «Infecțioase»: substanțe și preparate cu conținut de microorganisme viabile sau toxine ale acestora care sunt cunoscute ca producând boli la om ori la alte organisme vii"; aceste deșeuri sunt considerate deșeuri periculoase.

**3.1.4. Deșeurile înțepătoare-tăietoare** - sunt obiecte ascuțite care pot produce leziuni mecanice prin înțepare sau tăiere; aceste deșeuri sunt considerate deșeuri infecțioase/periculoase, dacă au fost în contact cu fluide biologice sau cu substanțe periculoase.

**3.1.5. Deșeurile medicale nepericuloase** - sunt deșeurile a căror compoziție și ale căror proprietăți nu prezintă pericol pentru sănătatea umană și pentru mediu.

**3.1.6. Deșeurile medicale periculoase** - sunt deșeurile rezultate din activități medicale și care prezintă una sau mai multe din proprietățile periculoase enumerate în anexa nr. 4 la Legea nr. 211/2011, cu modificările ulterioare.

**3.1.7. Deșeurile rezultate din activitatea medicală** - sunt toate deșeurile periculoase și nepericuloase care sunt generate de activități medicale și sunt clasificate conform Hotărârii Guvernului nr. 856/2002 privind evidența gestiunii deșeurilor și pentru aprobarea listei cuprinzând deșeurile, inclusiv deșeurile periculoase, cu completările ulterioare.

**3.1.8. Eliminarea deșeurilor medicale** - înseamnă operațiunile prevăzute la D5 și D10 din anexa nr. 2 la Legea nr. 211/2011, cu modificările ulterioare, cu precizarea că numai deșeurile tratate pot fi eliminate prin depozitare.

**3.1.9. Gestionarea deșeurilor medicale** - înseamnă colectarea, stocarea temporară, transportul, tratarea, valorificarea și eliminarea deșeurilor, inclusiv supravegherea acestor operații și întreținerea ulterioară a amplasamentelor utilizate.

### 3.2. Abrevieri:

**3.2.1. CPIAAM** = Compartiment Prevenire Infecții Asociate Asistenței Medicale

**3.2.1. FOCG** = Foaia de Observație Clinică Generală

**3.2.2. UTS** = Unitatea de Transfuzie Sanguină a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași

## 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

**4.1. SR EN ISO 9000:2015** - Sisteme de Management al Calității. Principii fundamentale și vocabular

**4.2. SR EN ISO 9001:2015** - Sisteme de management al calității. Cerințe.

**4.3. Lege nr. 282/2005, republicată în 2014** - Lege privind organizarea activității de transfuzie sanguină, donarea de sânge și componente sanguine de origine umană, precum și asigurarea calității și securității sanitare, în vederea utilizării lor terapeutice, cu modificările și completările ulterioare



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 4/7

**4.4. OMS nr. 1.224/2006** - Ordin al ministrului sănătății publice pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină din spitale

**4.5. OMS nr. 1.297/2025** - Ordin al ministrului sănătății pentru aprobarea Normelor privind autorizarea funcționării și a activităților specifice domeniului transfuzional desfășurate la nivelul Institutului Național de Transfuzie Sanguină "Prof. Dr. C. T. Nicolau", al centrelor de transfuzie sanguină, precum și al unităților de transfuzie sanguină din cadrul unităților sanitare cu paturi

**4.6. Ordin nr. 329/2018** - Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea Normelor și Cerințelor de bună practică cu privire la standardele și specificațiile pentru implementarea sistemului de calitate în unitățile sanitare care desfășoară activități în domeniul transfuziei sanguine

**4.7. OMS nr. 1.226/2012** - Ordin al ministrului sănătății pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale, cu modificările și completările ulterioare

**4.8. H.G. nr. 856/2002** - Hotărârea Guvernului privind evidența gestiunii deșeurilor și pentru aprobarea listei cuprinzând deșeurile, inclusiv deșeurile periculoase, cu modificările și completările ulterioare

**4.9. OMS nr. 1.101/2016** - Ordin al ministrului sănătății pentru aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare

**4.10. OMS nr. 1.761/2021** - Ordin al ministrului sănătății pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfectia și sterilizarea în unitățile sanitare publice și private, evaluarea eficacității procedurilor de curățenie și dezinfectie efectuate în cadrul acestora, procedurile recomandate pentru dezinfectia mâinilor în funcție de nivelul de risc, precum și metodele de evaluare a derulării procesului de sterilizare și controlul eficienței acestuia

**4.11. OMS nr. 446/2017** - Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

**4.12. Ordin Președinte A.N.M.C.S. nr. 35/2018** - Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate pentru modificarea Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor

**4.13. OSGG nr. 600/2018** - Ordinul secretarului general al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice

**4.14. Procedura internă privind managementul deșeurilor rezultate din activitatea medicală (CPIAAM)**

### 5. DESCRIEREA PROCEDURII

#### 5.1. Materiale pentru gestionarea deșeurilor

5.1.1. Materiale pentru gestionarea deșeurilor:

- Europubele
- Containere
- Cutii de carton prevăzute în interior cu saci de polietilenă de culoare galbenă marcați cu pictograma „Pericol Biologic” - pentru deșeuri periculoase
- Saci pentru deșeuri:
  - de culoare neagră pentru deșeuri nepericuloase
  - de culoare galbenă marcați cu pictograma „Pericol Biologic” pentru deșeuri periculoase

5.1.2. Materialele se ridică de la magazia spitalului.

#### 5.2. Clasificarea și depozitarea deșeurilor

5.2.1. Deșeurile sunt sortate în locuri bine delimitate, marcate și utilizate doar în acest scop.

5.2.2. Sortarea se face pe categorii de deșeuri după cum urmează:



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 5/7

### a) Deșeuri infecțioase

- ✓ **Tipuri:** eșantioane unități de sânge, comprese, tampoane îmbibate cu sânge sau alte lichide biologice, recipiente care au conținut sânge sau derivate de sânge, mănuși, instrumente și echipamente medicale de unică folosință care au venit în contact cu sânge sau alte produse biologice
- ✓ **Depozitare:** cutii din carton prevăzute în interior cu saci galbeni din polietilenă sau saci din polietilenă galbeni. Atât cutiile prevăzute în interior cu saci din polietilenă, cât și sacii sunt marcați și etichetați în limba română cu următoarele informații: tipul deșeurii colectate, pictograma „Pericol biologic”, capacitatea recipientului (l sau kg), modul de utilizare, linia de marcare a nivelului maxim de umplere, data începerii utilizării recipientului pe secție, unitatea sanitară și secția care au folosit recipientul, persoana responsabilă cu manipularea lor, data umplerii definitive. În locul cutiilor de carton se pot folosi pubelele cu pedală și capac inscripționate corespunzător- „Deșeuri infecțioase”

### b) Deșeuri infecțioase de tip înțepătoare- tăietoare

- ✓ **Tipuri:** ace, lame de sticlă, seringi cu ac, branule, pipete, perfuzoare, vârfuri de plastic, lame de bisturiu
- ✓ **Depozitare:** recipient din material plastic rigid rezistent la acțiuni mecanice, prevăzut la partea superioară cu un capac special, care să permită introducerea deșeurilor și să împiedice scoaterea acestora după umplerea recipientului, fiind prevăzut în acest scop cu un sistem de închidere definitivă. Capacul recipientului are orificii pentru detașarea acelor de seringă și a lamelor de bisturiu. Recipientele trebuie prevăzute cu un mâner rezistent pentru a fi ușor transportabile la locul de stocare temporară și, ulterior, la locul de eliminare finală. Recipientele utilizate pentru deșeurile înțepătoare-tăietoare infecțioase au culoarea galbenă și sunt marcate cu pictograma „Pericol biologic”.

### c) Deșeuri menajere

- ✓ **Tipuri:** resturi menajere, ambalaje pentru material sterile, hârtii, recipiente care nu au venit în contact cu sângele sau alte produse biologice, saci
- ✓ **Depozitare:** saci negri sau transparenți

### **5.3. Depozitare probe, pungi goale de produse sanguine transfuzate sau a pungilor cu produse netransfuzate**

5.3.1. Eșantioanele de sânge din care s-au efectuat determinările de grup OAB și Rh ale pacientului transfuzat, se vor centrifuga, iar serul/plasma se va separa în microtainere care vor fi etichetate cu aceleași date care au fost notate pe eprubeta centrifugată (nume prenume pacient, CNP pacient, nr. F.O.C.G., data recoltării) și se vor depozita într-un spațiu frigorific la temperaturi de -15-18°C, pentru o perioadă de minimum 6 luni.

5.3.2. Asistentul medical din UTS depozitează pungile goale returnate de pe secția care a efectuat transfuzia, precum și pungile returnate cu produse sanguine netransfuzate, într-un spațiu frigorific diferit de cel în care sunt depozitate produsele sanguine de transfuzat, timp de 48-72 ore la temperaturi de +2° C și +8° C.

5.3.3. Pungile cu sânge și preparate sau derivate din sânge, aflate în stoc, sunt depozitate într-un spațiu frigorific la temperaturile, în condițiile și pentru intervalul de timp specifice.

**5.3.4. Produsele sanguine nu vor fi depozitate/ folosite după expirarea termenului de valabilitate înscris pe fiecare unitate (pungă) de către CENTRUL DE TRANSFUZII.**

### **5.4. Depozitarea temporară**

5.4.1. Stocarea temporară trebuie realizată în funcție de categoriile de deșeuri colectate la locul de producere.

5.4.2. Există un spațiu central destinat depozitării temporare a deșeurilor periculoase, prevăzut cu paviment, scurgere și suprafețe lavabile.

5.4.3. Este interzis accesul persoanelor neautorizate în spații destinate stocării temporare.

5.4.4. Durata stocării temporare a deșeurilor medicale infecțioase nu depășește un interval de 48 de ore.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: II Rev.: 1

Pag.: 6/7

### 5.5. Transportul deșeurilor

5.5.1. Transportul deșeurilor medicale periculoase în incinta unității în care au fost produse se face pe un circuit separat de cel al pacienților și vizitatorilor.

5.5.2. Transportul deșeurilor medicale este realizat de către personalul auxiliar desemnat conform graficului de activitate, în intervalul orar și pe circuitul de transport stabilit la nivelul spitalului de către CPIAAM.

5.5.3. Transportul se realizează conform procedurii interne CPIAAM privind managementul deșeurilor.

### 5.6. Eliminarea finală

5.6.1. Metodele de eliminare a deșeurilor medicale trebuie să asigure distrugerea rapidă și completă a factorilor cu potențial nociv pentru mediu și pentru sănătatea populației.

5.6.2. Pentru deșeurile rezultate din activitatea transfuzională, metoda folosită este incinerarea (cu respectarea normelor de protecție a mediului).

5.6.3. Predarea deșeurilor medicale în vederea eliminării se realizează conform procedurii interne CPIAAM privind managementul deșeurilor

### 5.7. Gestionarea deșeurilor infecțioase

5.7.1. După 48-72 ore pungile goale, de la produsele sanguine transfuzate, se vor colecta în recipientul cu sac galben de polietilenă inscripționat cu „Risc biologic” destinat colectării deșeurilor infecțioase” (cod deșeuri 180103-H.G. 856/2002).

5.7.2. Mănușile folosite, eprubetele de plastic, compresele contaminate cu produs biologic se vor colecta în recipientul cu sac galben de polietilenă inscripționat cu „Risc biologic” destinat colectării deșeurilor infecțioase (cod deșeuri 18 0103-H.G. 856/2002).

5.7.3. Acele, lamele de sticlă folosite, vârfurile din plastic, catetere, perfuzoare, care au venit în contact cu un produs biologic, se vor colecta în recipiente galbene cu pereți rigizi inscripționați cu „pericol biologic”, special pentru colectarea obiectelor tăietoare-înțepătoare contaminate (cod deșeuri 180101-H.G. 856/2002).

5.7.4. Recipientele cu deșeurile infecțioase inscripționate cu „Risc biologic”, vor fi predate infirmierei, instruită în acest sens, etichetate cu numele secției, data. Acestea vor fi transportate către depozitul general temporar al spitalului, folosindu-se circuitul deșeurilor infecțioase, separat de cel al pacienților/vizitatorilor sau produselor curate, de unde vor fi preluate de către firma autorizată pentru transport și incinerare, cu care spitalul se află în relații contractuale. Se va înscrie în fișa de evidență a deșeurilor periculoase: data, secția, tipul de deșeuri, cantitatea, numele persoanei care a manipulat deșeurile.

## 6. RESPONSABILITĂȚI

### 6.1. Medic coordonator UTS

- ▶ controlează modul în care se aplică codul de procedură a sistemului de gestionare a deșeurilor medicale periculoase stabilit de către CPIAAM

### 6.2. Asistenți medicali UTS

- ▶ aplică procedurile stipulate de codul de procedură a sistemului de gestionare a deșeurilor medicale periculoase stabilit de către CPIAAM

### 6.3. Infirmier UTS

- ▶ aplică procedurile stipulate de codul de procedură a sistemului de gestionare a deșeurilor medicale periculoase stabilit de către CPIAAM

## 7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

Fișa de evidență a deșeurilor infecțioase



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 7/7

### 8. ANEXE

Nu este cazul.

### 9. DIFUZARE

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod **PS 01/F3** sau prin sistemul intranet al spitalului.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

### 10. INDICATORI DE MONITORIZARE

10.1. Nr. total personal cu expunere accidentală la sânge/nr. total personal UTS

10.2. Nr. total controale cu neconformități identificate / nr. total controale efectuate pentru monitorizarea deșeurilor