



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

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

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.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 cerințelor 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.: 2

Rev.: 0

Pag.: 1/6

Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	Integral	Elaborare inițială	12.02.2014
2	1/1	Întreaga procedură	- Actualizare fără modificări - Schimbarea machetei de procedură	09.08.2016
3	2/0	Integral	Modificare machetă și conținut	16.08.2022

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

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Iulia Andreea Mihălcuț	Medic coordonator UTS		25.07.2022
		As. Oana Rusu	As. coordonator UTS		25.07.2022
2	Verificat	Dr. Emilia Solomon	Director medical		27.07.2022
3	Avizat juridic	Petru Manița	Avocat		29.07.2022
4	Verificat	Ref. Andreea Băhnăreanu	Compartiment Managementul Calității		3.08.2022
5	Avizat	Dr. Izabela Frunză	Membru Comisie monitorizare		28.07.2022
6	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager		9.08.2022

Exemplar nr.:





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: 2

Rev.:0

Pag.: 2/6

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 și echipamente
 - 5.2. Clasificarea și depozitarea deșeurilor
 - 5.3. Depozitare probe, pungi goale de produs sanguine transfuzat sau a pungilor cu produs netransfuzat
 - 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.: 2

Rev.:0

Pag.: 3/6

1. SCOP

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

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în UTS.

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții

Deșeu = material rezultat în urma unui proces tehnologic sau biologic, care nu mai poate fi utilizat ca atare.

3.2. Abrevieri:

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

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. Ordin nr.607/2013 - Ordin al ministrului sănătății pentru aprobarea Normelor specifice privind autorizarea unităților de transfuzie sanguină din unitățile sanitare

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

4.8. H.G. nr. 856/2002 – Hotărârea Guvernului privind evidența gestiunii deșeurilor și pentru aprobarea listei cuprinzând deșeurile, inclusiv deșeurile periculoase

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



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: 2

Rev.:0

Pag.: 4/6

5. DESCRIEREA PROCEDURII

5.1. Materiale și echipamente

- 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
- Materialele se vor ridica de la magazia spitalului cu aprobarea serviciului administrativ

5.2. Clasificarea și depozitarea deșeurilor

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

Sortarea se face pe categorii de deșeuri după cum urmează:

5.2.1. 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 colectat, 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”

5.2.2. 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".

5.2.3. 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

- 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.
- asistenta din unitatea de transfuzii va depozita 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



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: 2

Rev.:0

Pag.: 5/6

depozitate produsele sanguine de transfuzat, timp de **48-72 ore la temperaturi de +2° C si +8° C**

- pungile cu sânge și preparate sau derivate din sânge, aflate în stoc, vor fi depozitate într-un spațiu frigorific la temperaturile, în condițiile și pentru intervalul de timp specifice; 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

- ✓ Stocarea temporară, trebuie realizată în funcție de categoriile de deșeuri colectate la locul de producere.
- ✓ Există un spațiu central destinat depozitării temporare a deșeurilor periculoase, prevăzut cu paviment, scurgere și suprafețe lavabile
- ✓ Este interzis accesul persoanelor neautorizate în spații destinate stocării temporare.
- ✓ Durata stocării temporare a deșeurilor medicale infecțioase nu depășește un interval de 48 de ore

5.5. Transportul deșeurilor

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

5.6. Eliminarea finală

- ✓ Metodele de eliminare a deșeurilor medicale trebuie să asigure distrugerea rapidă și completă a factorilor cu potențial nociv pentru mediu și pentru sănătatea populației.
- ✓ Pentru deșeurile rezultate din activitatea transfuzională, metoda folosită este incinerarea (cu respectarea normelor de protecție a mediului)

5.7. Gestionarea deșeurilor infecțioase

- ✓ după 48- 72 ore pungile goale, de la produsele sanguinetransfuzate, 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)
- ✓ 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)
- ✓ 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", speciali pentru colectarea obiectelor tăietoare- înțepătoare contaminate (cod deșeuri 180101-H.G. 856/2002)
- ✓ 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.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATEA TRANSFUZIONALĂ

Cod: PO-UTS-20

Ed.: 2

Rev.:0

Pag.: 6/6

6. RESPONSABILITĂȚI

- 6.1. **Medicul coordonator UTS**
▶ verifică periodic modul de triere și colectare a deșeurilor în UTS
- 6.2. **Asistenți medicali UTS**
▶ respectă prezenta procedură
- 6.3. **Infirmier**
▶ respectă prezenta procedură

7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

Fișa de evidență a deșeurilor infecțioase

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

INDICATOR	ȚINTA	METODA DE CALCUL	PERIOADA DE MONITORIZARE	RESPONSABIL
Ponderea actualității documentelor de referință care stau la baza elaborării procedurii .	100%	Nr. documente de referință în actualitate / Nr. total documente de referință.	Semestrial	Coordonator UTS
Ponderea înregistrărilor corect efectuate privind gestionarea deșeurilor	>98%	Numărul înregistrărilor corect efectuate privind gestionarea deșeurilor /Număr verificări.	Semestrial	Coordonator UTS