



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

CONTROLUL DOCUMENTELOR

PS 01

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 disciplinară 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 structură, 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

CONTROLUL DOCUMENTELOR

Cod: PS 01

Ed.: 3 Rev.:0

Pag.: 1 / 11

Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

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	22.01.2018
2	2/0	- integral	- actualizare listă responsabilități, actualizare legislație, actualizare descriere procedură	05.03.2019
3	2/1	- parțial	- modificare descriere	04.08.2021
4	3/0	- integral	- modificare machetă, schimbare denumire, actualizare descriere procedură	27.07.2022

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

Nr. crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Stela-Maria LEONTE	Responsabil cu managementul calității		25.05.2022
2	Verificat/Avizat juridic	Av. Petru MANIȚA	Avocat		27.05.2022
3	Avizat	Dr. Izabela Lăcrămioara FRUNZĂ	Membriu Comisie monitorizare		10.06.2022
4	Aprobat	Dr. Mihai GLOD	Manager		19.07.2022

Exemplar nr:





CUPRINS:

1. SCOP.....	2
2. DOMENIU DE APLICARE.....	2
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI.....	2
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ.....	3
5. DESCRIEREA PROCEDURII.....	4
5.1 Generalități.....	4
5.2 Etapele realizării unei proceduri documentate.....	4
5.3 Controlul modificărilor documentelor și ale datelor.....	7
5.4 Păstrarea și arhivarea documentelor controlate.....	8
5.5 Primire, înregistrare, repartizare de informații externe	8
5.6 Grafic de circuit al documentelor.....	8
6. RESPONSABILITĂȚI.....	9
7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRARI.....	10
8. ANEXE.....	10
9. DIFUZARE.....	11
10. INDICATORI DE MONITORIZARE.....	11

1. SCOP

1.1. Procedura documentează cerințele privind structura, modul de elaborare, verificare, aprobare, difuzare, retragere, modificare precum și metodele de ținere sub control a documentelor incluse în SCIM/SMC, pentru asigurarea că informațiile curente din edițiile în vigoare ale documentelor aplicabile sunt disponibile persoanelor interesate.

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1. Procedura se aplică în toate compartimentele/birourile/serviciile/secțiile *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași* de către personalul implicat în gestionarea controlată a următoarelor categorii de documente, fără a se limita numai la acestea:

- documente privind SCIM/SMC (politici, proceduri, referențiale servicii / procese și instrucțiuni);
- documentație tehnică (cărți tehnice, instrucțiuni de utilizare / exploatare echipamente- aparatură medicală);
- documente comerciale privind contractele cu furnizorii ;
- documente de organizare și funcționare ale spitalului (organigrama, decizii, fișe post, regulamente interne, planuri de urgență, etc);
- documente de calificare și perfecționare a personalului ;
- documente externe de reglementare aplicabile (standarde, legislație, acte normative, reglementări);
- formulare utilizate în activitatea organizației .

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții:

3.1.1. *Organizație de îngrijire a sănătății* – organizație implicată în furnizarea directă a serviciilor de îngrijire a sănătății.

3.1.2. *Procedură* = mod specific de a descrie o activitate în cadrul unui sistem de management .

3.1.3. *Procedură de sistem* = procedură prin care sunt descrise activități ce au corespondent în cerințele standardelor de referință pentru conformitatea sistemului de management implementat; procedură aplicabilă majorității sau tuturor compartimentelor din cadrul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

3.1.4. *Procedură operațională* = procedură prin care sunt descrise activități specifice desfășurate în cadrul structurilor funcționale (compartimente, birouri, secții, servicii, CG, bloc operator, laborator); procedură fără aplicabilitate la nivelul tuturor compartimentelor din cadrul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

3.1.5. *Gestionare documente* = activitate de identificare, elaborare, codificare, analiză, aprobare, difuzare, aplicare, modificare, păstrare, arhivare și distrugere a documentelor.

3.1.6. *Difuzare controlată* – difuzarea, cu listă de difuzare, a unui document în care sunt introduse eventualele modificări care se efectuează după emiterea lui anterioară .



3.1.7. Difuzare Informativă (necontrolată) = difuzarea unui document fără a se mai introduce modificările apărute.

3.1.8. Suport informatic = termen general care desemnează mijloacele de înregistrare magnetice, optice sau alte modalități de înregistrare a informațiilor și a căror caracteristică esențială este capacitatea mare de stocare, ștergere, copiere și modificare rapidă și facilă a informațiilor - dischetă, CD, HD, etc.

3.1.9. Document electronic = document a cărui gestionare se face pe suport informatic.

3.1.10. Fișier electronic = unitate logică și fizică de gestionare a datelor pe suport informatic, care grupează datele pe baza unor caracteristici logice comune.

3.1.11. Sistem de gestune a fișierelor = aplicații informatice/părți componente ale sistemelor de operare ce oferă suport utilizatorilor în operațiile curente efectuate cu fișiere: creare, actualizare, consultare, ștergere, arhivare.

3.1.12. Destinații (destinatari) de difuzare = locații sau persoane (compartimente, funcții) care au acces la un document fie pentru gestionare, fie numai pentru consultare (citire).

3.1.13. Ediție = număr de ordine acordat documentului la elaborare și/sau la o modificare de anvergură. Ediția unei proceduri se modifică atunci când deja au fost realizate 3 revizii ale respectivei proceduri sau atunci când modificările din structura procedurii depășesc 50% din conținutul reviziei anterioare.

3.1.14. Revizie = număr de ordine acordat la modificarea parțială a documentului (a unei secțiuni/pagini), respectiv adăugare sau eliminare a unor informații, date, componente ale unei ediții a unei proceduri, modificări ce implică, de regulă, sub 50% din conținutul procedurii.

3.1.15. Informație / Dosar medical = ansamblul informațiilor referitoare la sănătatea unui subiect al îngrijirii.

3.1.16. Structuri funcționale = compartimente, birouri, secții, servicii, CG, bloc operator, ambulatoriu, laborator

3.1.17. Analiză = evaluarea independentă a unei activități sau unui document efectuată de o persoană sau de un grup de lucru desemnat în acest scop, care nu sunt implicate în elaborarea documentului

3.1.18. Aprobare = acceptarea unui document de către o entitate organizatorică sau o persoană, prin care documentul primește un caracter executoriu

3.1.19. Avizare = acceptarea unui document de către o entitate organizatorică sau o persoană, care condiționează circulația ulterioară a acestuia, fără ca prin aceasta documentul să capete un caracter executoriu

3.2. Abrevieri:

- | | |
|----------------|--|
| 3.1.1. Ed | = Ediție |
| 3.1.2. Rev | = Revizie |
| 3.1.3. PS | = Procedură de sistem |
| 3.1.4. PO | = Procedură operațională |
| 3.1.5. SMC | = Sistem de management al calității |
| 3.1.6. SCIM | = Sistem de control intern managerial |
| 3.1.7. Comisie | = Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial |
| 3.1.8. CI | = Coordonator implementare |
| 3.1.9. PC | = Președintele Comisiei |
| 3.1.10. RMC | = Responsabil cu managementul calității |
| 3.1.11. CD | = Compact Disc |
| 3.1.12. SR | = Standard Român |
| 3.1.13. IL | = Instrucțiuni de lucru |
| 3.1.14. IPG | = Instrucțiuni proprii de securitate |
| 3.1.15. OUG | = Ordonanță de Urgență |
| 3.1.16. ROI | = Regulament de Ordine Interioară |
| 3.1.17. ROF | = Regulament de Organizare și Funcționare |
| 3.1.18. CG | = Cameră de gardă |

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

- 4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - "Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2018"
- 4.2. SR EN ISO 9000:2015 - „Sisteme de Management al Calității. Principii fundamentale și vocabular.”
- 4.3. SR EN ISO 9001:2015 - „Sisteme de management al calității. Cerințe.”
- 4.4. Ordinul Secretariatului General al Guvernului nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.



4.5. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.

4.6. Ordonanța Guvernului nr. 119/1999 privind controlul intern și controlul financiar preventiv * - Republicare.

4.7. Legea nr. 184/2015 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, precum și pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - TITLUL VII: Spitalele

4.8. Decizie de formare a Comisiei de monitorizare cu privire la sistemele de control managerial.

4.9. Regulament de organizare și de lucru al Comisiei de monitorizare a dezvoltării sistemului de control managerial al *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*.

4.10. Manual de control intern managerial în sectorul public- Jean-Pierre Garitte, Marius Tomoială- Editura Universitară, București, 2020

4.11. Manualul standardelor de acreditare a unităților sanitare cu paturi, Ciclul II de creditare, ANMCS, 2020

4.12. Ghidul utilizatorului- unitate sanitară cu paturi, Ciclul II de acreditare, Revizia I, ANMCS, 2020

5. DESCRIEREA PROCEDURII

5.1 Generalități

5.1.1. Necesarul de documente se stabilește pe parcursul proiectării, implementării, auditării și îmbunătățirii sistemului de control intern managerial și sistemului de management al calității, controlul documentelor SMC/SCIM fiind un proces care se efectuează pe întreaga durată de viață a acestora.

5.1.2 Controlul documentelor începe odată cu elaborarea sau primirea acestora și continuă până când acestea nu mai sunt necesare.

5.2 Etapele realizării unei proceduri documentate

5.2.1 Generarea procedurilor

5.2.1.1 Procedurile de sistem (PS) se inițiază de către Coordonatorul de implementare/Responsabilul cu managementul calității /conducătorii structurilor funcționale, care prezintă Comisiei de monitorizare liste cu propuneri în acest sens. Comisia de monitorizare aprobă necesarul procedurilor de sistem, persoanele/compartimentele responsabile și termenele la care acestea vor realiza PS.

5.2.1.2 Procedurile operaționale (PO) se inițiază de către conducătorii compartimentelor, în vederea eficientizării și standardizării activităților/proceselor și pentru gestionarea riscurilor ce pot afecta atingerea obiectivelor specifice. Conducătorul structurii funcționale stabilește necesarul de proceduri operaționale, persoana/persoanele responsabile pentru elaborarea PO și termenele la care acestea se vor finaliza.

5.2.1.3 Necesarul de proceduri operaționale sau de sistem este evidențiat prin completarea formularului cod PS 01/F1 "Calendar elaborare/actualizare proceduri", *Anexa 1*

5.2.2 Redactarea procedurilor/ protocoalelor

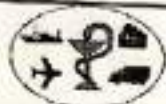
5.2.2.1 Toate procedurile SMC/SCIM elaborate în cadrul spitalului sunt redactate în format electronic, **formatul de pagina din Anexa 2**, tip A4, portret / vedere, cu caractere Times New Roman 11 sau 14, după caz.

5.2.2.2 Procedurile documentate SMC/SCIM (PS, PO) cuprind :

- a) o copertă personalizată, în care denumirea documentului este înscrisă cu caractere Times New Roman 36 - 48 sub antetul **spitalului** și specificarea privind dreptul de proprietate intelectuală asupra documentului, în partea de jos a paginii de copertă ;
- b) prima pagină de conținut a documentului în care este specificat, conform modelului din *Anexa 2*;
- c) cod,ediția, revizia, număr de pagini, înscrise în tabloul de identificare document, poziționat în antet;
- d) data elaborării, avizării, aprobării, funcția, numele și semnătura persoanelor care elaborează, verifică și aprobă, în tabloul competențelor de elaborare/verificare/aprobare poziționat în partea inferioară a paginii;
- e) „Situția edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii” - poziționat între tabloul de identificare al documentului și tabloul competențelor.
- f) pagini curente, ce conțin, în partea de sus a formatului (în antet), tabloul de identificare, precum și watermark „*Spitalul Clinic Căi Ferate Iași*”;
- g) anexe, dacă este cazul, elaborate în format A4, tip portret sau vedere și numerotate în ordinea elaborării

5.2.2.3 Toate procedurile sunt identificate unic, după caz, prin titlu, cod, ediție, revizie și sunt date și înregistrate la Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare, după aprobarea acestora și înainte de a fi difuzate.

5.2.2.4 Sistemul de codificare al procedurilor și protocoalelor documentate este o combinație alfa-numerică de tipul:



a) Codul unei *proceduri de sistem* este format din grupul **PS – NN**, unde **NN** reprezintă numărul de ordine atribuit procedurii de către Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare, coordonatorul de implementare, responsabilul cu managementul calității sau de către aceștia împreună atunci când sunt elaborate proceduri în comun cu integrarea sistemului de management al calității în sistemul de control intern.

b) Codul unei *proceduri operationale* este format din grupul **PO – XXX – NN**, unde **XXX** reprezintă codul atribuit compartimentelor și înregistrate în „Lista codurilor atribuite compartimentelor”, cod **PS 01/F1, Anexa 3** la prezenta procedura iar **NN** reprezintă numărul de ordine alocat de către compartimentul elaborator.

c) Codul unui protocol este format din grupul **PR XXX – YY – NN**, unde **XXX** reprezintă codul atribuit compartimentelor și înregistrate în „Lista codurilor atribuite compartimentelor”, cod **PS 01/F1, Anexa 3** la prezenta procedură, **YY** abrevierea de tip **DT-** diagnostic și tratament sau **NU – Nursing**, iar **NN** reprezintă numărul de ordine alocat de către compartimentul elaborator.

5.2.2.5 Capitolele procedurii documentate sunt următoarele:

a) *Cuprins* - include o listă cu elementele componente ale procedurii

b) *Scop* – identifică și descrie obiectivul general al procedurii elaborate, ținând cont de rolul, locul, importanța precum și de alte elemente privind activitatea procedurată;

c) *Domeniul de aplicare* - definește activitățile în care se va aplica procedura, delimitează explicit activitatea procedurată în cadrul portofoliului de activități și precizează compartimentele care vor implementa această procedură;

d) *Definiții și abrevieri* - dezvoltă acei termeni care sunt folosiți cu cea mai mare frecvență în textul procedurii documentate și care, conform definițiilor (din standarde, prevederi legale, norme, documentații tehnice, etc) sunt necesari pentru înțelegerea conținutului procedurii documentate precum și pentru explicitarea prescurtărilor utilizate;

e) *Documente de referință* – evidențiază documentele care au stat la baza elaborării procedurii documentate, inclusiv cele cu caracter informativ; actele normative și documentele interne de această natură, emise și utilizate în cadrul compartimentelor;

f) *Descrierea procedurii* - descrie modul cum trebuie desfășurată activitatea/procesul în succesiune logică, atribuțiile și sarcinile factorilor implicați, resursele utilizate (după caz), indicându-se în paranteză codul **PS/PO** care descrie activitatea la care se face referire;

g) *Responsabilități* - se precizează funcțiile responsabile pentru realizarea etapelor prezentate; se precizează activitățile pentru care răspund;

h) *Evidențe și înregistrări* – se vor preciza tipurile de formulare necesare a fi completate în desfășurarea activității descrise de procedură. Formularele se anexează la procedură;

i) *Anexe* - se vor menționa toate anexele la procedură (formulare generate de procedura elaborată);

Diagrama de proces reprezintă o schemă logică cu forme grafice care reprezintă etapele și pașii realizării unui proces sau unei activități. (are caracter opțional)

j) *Difuzare* - se face referire la modalitatea difuzării procedurii;

k) *Indicatori de monitorizare* – se stabilesc indicatori în vederea monitorizării eficienței procedurii;

5.2.2.6 Procedurile de control intern managerial, managementul calității, cât și celelalte documente ale **SMC/SCIM** sunt elaborate pe secțiuni sau capitole, conform „**Conținutului cadru al documentelor incluse în SMC/SCIM**” detaliat în **Anexa 4** la prezenta procedură.

5.2.2.7 La elaborarea și gestionarea documentelor prin tehnica informatică sunt respectate următoarele cerințe :

- gestionarea sub formă de fișiere a documentelor pe suport electronic;
- păstrarea formei documentului original cu posibilități de reproducere;
- multiplicarea pe hârtie și difuzarea controlată, multiplicarea executându-se numai în limita listei de difuzare;
- eliminarea / arhivarea documentului inițial atunci când o copie trebuie înlocuită;
- asigurarea posibilității de regăsire rapidă a oricărui document ;
- asigurarea accesului diferențiat, prin intermediul sistemului de gestiune al fișierelor, la documente în funcție de autorizările și responsabilitățile stabilite prin **SMC /SCIM**, și anume:
- acces pentru citire/scriere (read /write) numai pt. funcțiile cu responsabilități în modificarea documentelor;
- acces numai pentru citire (read – only) pentru celelalte categorii de utilizatori ;
- asigurarea menținerii la zi a stadiului reviziei (versiunii) documentelor.

5.2.2.8 *Procedurile operationale (de lucru) elaborate în baza unor reglementări în domeniul medical (proceduri laborator medical acreditat RENAR, proceduri CNCAN, etc) vor fi elaborate conform cerințelor organelor de reglementare și nu vor fi supuse regulilor de avizare/aprobare de către Comisia de monitorizare.*



5.2.2.9 Procedurile menționate la punctul 5.2.2.8 se vor codifica în funcție de cerințele de reglementare atunci când este cazul.

5.2.2.10 Protocoalele de diagnostic și tratament nu este obligatoriu să fie trecute prin Comisia de monitorizare.

5.2.3 Avizarea / Aprobarea procedurilor de sistem / operaționale

5.2.3.1 Toate documentele și formularele asociate SMC/SCIM precum și reviziile lor, se elaborează sub formă de proiect (ediție 1/ revizie 0) și se transmit de către elaborator Comisiei de monitorizare și tuturor funcțiilor implicate în utilizarea lor pentru analiză, în baza unei adrese prin poșta electronică în care se va menționa termenul maxim până la care vor trebui transmise concluziile analizei, cu mențiunea că „Netransmiterea unor concluzii atrag după sine acceptarea ca atare a documentului pentru utilizare ulterioară”.

5.2.3.2 Funcțiile implicate formulează observații în scris și le transmit elaboratorului pentru analiză și determinare a formei finale inițiale, în prima ediție, a documentelor și/sau a formularelor.

5.2.3.3 După stabilirea formei finale a documentelor/ formularelor, elaboratorul asigură parcurgerea etapelor de avizare și aprobare.

5.2.3.4 „Elaborat” - Numele și prenumele celui/celor care a/au întocmit procedura și semnătura/semnăturile;

5.2.3.5 „Verificat” - Funcția conducătorului compartimentului, numele și prenumele conducătorului compartimentului care a verificat procedura documentată și semnătura;

5.2.3.6 „Avizat” - Președinte Comisia de Monitorizare/ persoană desemnată (membru Comisia de Monitorizare) Numele și prenumele președintelui Comisiei de Monitorizare și semnătura. În situația în care Președintele Comisiei de monitorizare este Managerul Spitalului, atunci acesta va desemna o persoană- membru în Comisia de Monitorizare care va aviza procedurile de sistem/ operaționale.

5.2.3.7 „Verificat” legislația pentru a fi în vigoare- Numele, prenumele consilierului juridic și semnătura;

5.2.3.8 „Aprobat” - Funcția, numele și prenumele persoanei care aprobă procedura. Aprobarea procedurilor se face numai de către Manager prin semnare și stampilare.

5.2.3.9 Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei procedurii (procedura capătă caracter obligatoriu), se înscrie cu pix albastru sau negru în caseta " Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii" de pe prima pagină a procedurilor. Se are în vedere asigurarea timpului necesar pentru distribuirea procedurii și instruirea personalului (minim 5 zile lucrătoare de la data la care este aprobată de către Manager). Caracterul obligatoriu al prevederilor procedurii începând cu data menționată poate fi schimbat dar numai prin decizii scrise ale managerului.

5.2.4 Difuzarea PS/PO dar și a altor tipuri de documente SCIM/SMC

5.2.4.1. Toate documentele pe suport hârtie, asociate SMC/SCIM, inclusiv cele de proveniență externă, se difuzează în interiorul spitalului pe bază de „Lista de difuzare”, cod PS 01/F3, *Anexa 5* care este menținută la zi, toate listele de difuzare fiind păstrate într-un dosar, fie împreună cu documentul care o generează, fie la coordonatorii pentru implementare/ responsabil cu elaborarea procedurii.

5.2.4.2. Difuzarea internă a documentelor pe suport informatic se efectuează electronic, prin intermediul sistemelor de gestiune a fișierelor existente pe server și folosind ca infrastructură de comunicație rețeaua intranet, documentele difuzate putând fi accesate în fișierul „SMC/SCIM” din momentul creării acestuia.

5.2.4.3. Difuzarea unor documente în exteriorul spitalului, către organe abilitate de control sau alte instituții, se poate face fie electronic prin intermediul fișierelor, fie pe suport imprimabil (hârtie).

5.2.4.4. Lista de difuzare conține următoarele informații:

- destinațiile de difuzare – se menționează pentru fiecare destinație în parte regimul difuzării (controlat, informativ) și suportul de difuzare (electronic, tipărit), iar pentru destinațiile de difuzare pentru care difuzarea se face pe hârtie se va menționa și numărul copii;
- consemnarea evenimentelor de difuzare și a datelor la care au loc acestea, cum ar fi :
- emiteri de noi documente și/sau emiteri de noi ediții ale acelui document ;
- retragerea edițiilor perimate, scoateri din uz (retragere) ale documentelor, în coloana „Observații”;
- modificarea destinațiilor de difuzare și/sau schimbarea locației de difuzare, în coloana „Observații”.

5.2.4.5. Documentele SMC/SCIM se difuzează cu toate formularele anexe și sunt disponibile la toate compartimentele unde sunt necesare datele/informațiile pe care le cuprind, fiind lizibile și ușor accesibile personalului interesat.

5.2.4.6. La difuzarea unei noi revizii a documentului, copia controlată a reviziei perimate, care nu mai este în vigoare, este retrasă, distrusă și înlocuită cu noua revizie a documentului de către destinatarul noii revizii.



5.2.4.7. Listele de difuzare tipărite și/sau electronice se actualizează la fiecare eveniment de difuzare, înștiințarea tuturor destinatarilor despre difuzare și strângerea semnăturilor de luare la cunoștință fiind efectuată de către CI/RMC sau elaborator document după caz, pentru documentele SMC/SCIM.

5.2.4.8. Copiile difuzate cu scop informativ, fără obligația de a difuza reviziile ulterioare, se evidențiază cu inscripția „Informativ” pe lista de difuzare și pe prima pagină a documentului, nu se retrag și nu se distrug.

5.2.4.9. Difuzările externe, indiferent de suport (electronic, hârtie) se înregistrează cu număr de înregistrare unic în „Registrul de intrări – ieșiri corespondență” și sunt însoțite de note / adrese de transmitere (pe hârtie sau prin e-mail).

5.2.4.10. Orice referire ulterioară la aceste difuzări externe efectuate trebuie să indice numărul de înregistrare unic sub care acesta a ieșit din spital, înscris în „Registrul de intrări – ieșiri corespondență”.

5.2.4.11. Responsabilii cu difuzarea externă (secretara) a documentelor au obligația să obțină de la destinațiile de difuzare confirmări (e-mail, telefon, fax sau pe hârtie) de primire a documentelor.

5.2.4.12. Sistemul de înregistrare în „Registrul de intrări – ieșiri corespondență”) cuprinde: număr alocat, data înregistrării, numărul și data documentului, proveniența, descrierea pe scurt a conținutului, destinatarul intern sau extern (compartimentul), data expedierii și semnătura.

5.3. Controlul modificărilor documentelor și ale datelor

5.3.1. Procesul de control al documentelor SMC/SCIM este un proces care se efectuează pe întreaga durată de viață a acestora și prin derularea programului anual de audit intern al sistemului de management al calitatii, se verifică periodic dacă documentele și formularele utilizate și accesibile în fiecare structura funcțională, reprezintă ultimele ediții în vigoare ale acestora.

5.3.2. Funcția de control a documentelor se materializează prin întocmirea și menținerea la zi a următoarelor :

- a) Lista de difuzare a documentelor;
- b) Lista de control a paginilor revizuite;
- c) Lista documentelor în vigoare;
- d) Lista prevederilor legale și a altor cerințe aplicabile.

5.3.3. Necesitatea modificării unui document poate apărea ca rezultat direct al unei cerințe venite direct de la orice funcție din cadrul *spitalului* sau indirect, ca urmare a: modificărilor legislative, modificări ale procesului de realizare servicii medicale, constatărilor la audituri interne/ externe, analize de management, etc.

5.3.4. Documentele asociate SMC/SCIM sunt emise inițial în ediție 1/ revizie 0 iar după un număr de max. 3 revizii în cadrul aceleiași ediții sau când se schimbă radical structura acestuia se trece la o nouă ediție cu revizia 0.

5.3.5. Modificările survenite sunt evidențiate prin creșterea numărului reviziei / ediției pe document și, unde este posibil, o scurtă descriere a modificării (în Lista de control a paginilor revizuite, inclusă în unele documente).

5.3.6. În cazul în care este necesară revizuirea anexelor sau a formularelor asociate unei proceduri, revizia se face doar pe acel document și nu pe întreaga procedură.

5.3.7. Toate edițiile / reviziile documentelor generate intern primesc aceleași aprobări ca și cele inițiale, stadiul edițiilor/ reviziilor în vigoare fiind identificat prin „Lista de control a paginilor revizuite” inclusă în document, și prin menținerea la zi a unei „Lista documentelor în vigoare”, cod PS 01/F4 , *Anexa 6* care poate fi consultată la elaboratorii procedurilor sau coordonatorii pentru implementare.

5.3.8. În cazul înlocuirii versiunilor documentelor pe suport informatic, retragerea se face prin suprascrierea fișierului conținând vechea versiune cu fișierul conținând noua versiune.

5.3.9. La retragerea definitivă a documentelor pe suport informatic, fișierul este șters, operațiile de suprascriere / ștergere a fișierelor având loc la sursa de difuzare (locul de difuzare).

5.3.10. Evenimentul de retragere este consemnat de către funcția responsabilă cu gestionarea documentului în lista de difuzare a documentului care asigură astfel înștiințarea și semnarea de luare la cunoștință de către toți destinatarii de difuzare interni care au regimul de difuzare controlat.

5.3.11. Copiile controlate difuzate în afara *spitalului*, care nu mai sunt valabile, sunt retrase și distruse de către posesori, obligativitatea retragerea documentelor ieșite din uz și a distrugerii lor aducându-se la cunoștință posesorului extern prin adresa de însoțire a documentelor actualizate de către distribuitor .

5.3.12. Deținătorii de copii controlate care au fost depreciate prin utilizare, chiar dacă mai sunt valabile, le retrag și le înlocuiesc cu exemplare noi, lizibile.

5.3.13. Documentele scoase din uz, păstrate din diferite motive, se inscripționează vizibil cu „PERIMAT”, iar documentele în format electronic se distrug prin ștergere fără posibilitatea de restaurare.

5.3.14. Toate documentele și activitățile care le-au generat, care nu respectă prevederile prezentei proceduri, se tratează ca neconformități.



5.4. Păstrarea și arhivarea documentelor controlate

5.4.1. Toate *exemplarele originale* ale documentelor și formularelor asociate SMC/SCIM generate intern, sunt păstrate și arhivate în cadrul compartimentelor emitente în condiții care să prevină distrugerea lor prin :

- foc, inundație, variații de temperatură / umiditate în zona de păstrare ;
- furt, pierdere, deteriorare intenționată ;
- acțiunea insectelor, rozătoarelor.

5.4.2. Documentele și datele perimate sunt retrase din punctele de utilizare de către elaboratori, care asigură arhivarea / distrugerea acestora, conform prevederilor legislației aplicabile, în vigoare.

5.4.3. Documentele originale ieșite din uz sunt inscripționate cu mențiunea „ANULAT”, cel puțin pe prima pagină, sunt datate, semnate și păstrate pe o perioadă de 3 ani.

5.4.4. Pentru a fi ușor accesibile și protejate de deteriorări și pierderi, documentele distribuite la locurile de muncă se vor proteja cu folie transparentă.

5.4.5. Documentele în vigoare sunt păstrate în format electronic, atât în calculator cât și pe suport fizic, într-o singură copie la coordonatorul pentru implementarea SMC/SCIM.

5.4.6. Documentele sunt păstrate/arhivate pe perioade stabilite prin legislația în vigoare aplicabilă.

5.4.7. Pentru arhivarea documentelor și formularelor în format electronic, generate intern/extern, conducerea *spitalului* a stabilit proceduri proprii care asigură acoperirea nevoilor de evidență, acces la informație și de protecție împotriva oricărei pierderi datorate unor disfuncționalități ale sistemului sau unor erori de utilizare.

5.5.8. Practicile interne de păstrare și arhivare a documentelor în format electronic asigură integritatea și securitatea documentelor arhivate dar și supraviețuirea tehnică și informațională, în timp prin:

- utilizarea a cel puțin 2 medii de stocare (suport fizic) diferite ;
- locații de depozitare diferite ale mediilor de stocare utilizate;
- salvare periodică, pe noi suporturi fizice, a documentelor în format electronic păstrate / arhivate.

5.5. Primire, înregistrare, repartizare de informații externe

5.5.1 Toate informațiile de proveniență externă primite atât prin e-mail, poștă cât și fax își păstrează numele și alte date de identificare (cod, ediție, revizie, etc.) folosite de proprietarii externi emitenți (furnizori, părți interesate) și sunt înregistrate la primire, de către secretar într-un „Registru de intrări – ieșiri corespondență”,

5.5.1. Informațiile de proveniență externă cu caracter informativ vor fi identificate în cadrul proceselor din spital folosind numărul de înregistrare unic sub care au fost înscrise în „Registru de intrări – ieșiri corespondență” .

5.5.2. Orice referire ulterioară la aceste informații de proveniență externă va trebui să indice numărul de înregistrare unic sub care documentul a intrat în cadrul spitalului.

5.5.3 Informațiile de proveniență externă, cu caracter de reglementare (legislație și normative de reglementare aplicabile, autorizații, standarde, referențiale / documentații medicale etc.) se înscriu în „Lista prevederilor legale și a altor cerințe aplicabile” PS 01/F5, Anexa 7 și orice referire ulterioară la acestea va indica datele de identificare (nume, cod, ediție, revizie) folosite de emitent / creator .

5.5.4. Informațiile de proveniență externă, în original sau copii, sunt difuzate de către secretar tot prin „Registru de intrări – ieșiri corespondență”, conform deciziilor stabilite de către Manager.

5.6. Grafic de circuit al documentelor

5.6.1 Graficul de circuit al documentelor, cod PS 01/F6, Anexa 8 are rolul de a reglementa modul de gestionare al documentelor de tip înregistrare elaborate în cadrul structurilor din organizație.

5.6.2 Graficul de circulație al documentelor este elaborat de către fiecare șef de structură sau responsabil de activitate, aceeași persoană care are responsabilități în elaborarea procedurilor la nivel de structură funcțională. O dată elaborat Graficul este adus la cunoștință persoanelor din cadrul structurii pe baza de Lista de difuzare.

5.6.3 Graficul este modificat de către laboratorul inițial ori de câte ori apar modificări în circuitul unui document.

5.6.4 Graficele sunt elaborate în două exemplare, unul este trimis către CI, iar unul este îndosariat de către laborator la nivelul structurii funcționale.

5.6.5. Graficele de circuit al documentelor se completează astfel:

a) NR crt - număr de ordine atribuit formularului

b) Denumirea ad litteram a formularului care se întocmește:

- comune - documente întocmite în cadrul structurii funcționale în format electronic sau pe suport de hârtie.
- tipizat - documente reglementate prin acte legislative;

c) NR ex. - se completează cu cifre și reprezintă numărul de exemplare în care se întocmește documentul



d) De către cine se semnează:

- întocmit : se completează cu funcția persoanei care întocmește documentul (ex. economist, medic, asistent, etc)
- aprobat: se completează cu funcțiile care aprobă documentul (ec. Manager, Director, Șef Secție, etc).

e) Destinatar:

- intern : - se menționează nr de exemplare și structura funcțională unde este trimis documentul) (ex. 1 ex. Secretar, 1 ex Compartiment financiar contabil, etc);
- extern - se completează cu Numele destinatarului - instituție, entitate alta decât *spitalul* (ex. 1 ex. Ministerul Transporturilor și Infrastructurii - Direcția Medicală, 1 ex. Trezorerie, etc).

f) Periodicitatea întocmirii formularului - se notează frecvența cu care se completează documentul respectiv (ex. lunar, zilnic, trimestrial, ori de câte ori este nevoie, etc)

g) De către cine și când se arhivează - se completează cu funcția responsabilă pentru arhivare și perioada la care se arhivează documentul.

6. RESPONSABILITĂȚI

6.1 Manager

6.1.1 Asigură cadrul legislativ și organizatoric pentru desfășurarea activităților specifice sistemului de control intern managerial și sistemului de management al calității;

6.1.2 Aprobă documentele SCIM/SMC;

6.1.3 Supraveghează periodic modul de aplicare a prevederilor procedurii.

6.2. Președintele Comisiei de monitorizare/ PC- Membru în Comisia de monitorizare

6.2.1 Avizează, prin semnătură, procedurile și protocoalele elaborate;

6.2.2 Conciliază aspectele neclare în relația realizator - avizator și ia decizia finală în cazul lipsei consensului dintre realizator și avizator;

6.2.3 Verifică documentele SCIM/SMC, dă aviz pentru aprobare prin semnătură.

6.3 Secretariatul tehnic al Comisiei de monitorizare

6.3.1 Verifică modul de respectare a prevederilor PS -01 la realizarea PS și PO și formulează observații dacă este cazul;

6.3.2 Distribuie PS conform Listei de difuzare a procedurii;

6.3.3 Transmite la arhivă edițiile PS/ PO retrase;

6.3.4 Primește și înregistrează în Registrul procedurilor, PS/ PO transmise pentru verificare conducătorilor compartimentelor responsabile;

6.3.5 Înaintează spre avizare Președintelui Comisiei de monitorizare PS/ PO elaborate;

6.3.6 Înaintează procedurile, în vederea aprobării de către managerul unității, după vizarea acestora de către consilierul juridic;

6.3.7 Alocă codul unei PS/ PO;

6.3.8 Retrage din circulație vechile variante ale PS/ PO;

6.3.9 Distribuie PS cu paginile modificate ale reviziei, conform Listei de difuzare a procedurilor;

6.3.10 Arhivează originalele procedurilor de sistem/ operaționale elaborate.

6.4 Personalul angajat al spitalului

6.4.1 Elaborează proceduri și alte documente SMC/SCIM;

6.4.2 Se asigură că utilizează documente în vigoare;

6.4.3 Aplică prevederile procedurilor aplicabile domeniului propriu de activitate;

6.4.4 Face propuneri de îmbunătățire a documentelor ce procedurează activități proprii.

6.5. Conducătorii de structuri funcționale

6.5.1 Stabilesc lista procedurilor operaționale și propun, dacă e cazul, proceduri de sistem, necesar a fi elaborate în propriul compartiment; transmit propunerile de PS către CI/Secretariatul Comisiei de monitorizare;

6.5.2 Desemnează persoanele responsabile pentru realizarea procedurilor și termenele la care acestea le vor finaliza;

6.5.3 Formulează observații referitoare la procedurile primite spre avizare în termenul stabilit;



- 6.5.4 Avizează procedurile primite de la alte compartimente sau de la Comisia de monitorizare în termenul stabilit;
- 6.5.5 Transmite procedurile operaționale/de sistem realizate de compartimentul propriu spre avizare altor compartimente/Comisiei de monitorizare;
- 6.5.6 Analizează oportunitatea propunerilor de revizie a procedurilor operaționale/de sistem;
- 6.5.7 Coordonează realizarea la termen a procedurilor de sistem stabilite de Comisia de monitorizare pentru compartimentul pe care îl conduce;
- 6.5.8 Contribuie la stabilirea de către Comisia de monitorizare a listei documentelor în vigoare (proceduri și protocoale) necesare a fi realizate în cadrul instituției;
- 6.5.9 Participă la consultările care au loc în vederea analizei observațiilor formulate de alte compartimente în cazul PS.

6.6. Persoana desemnată pentru realizarea unei proceduri/ Coordonator implementare

- 6.6.1 Elaborează proceduri și alte documente necesare funcționării SCIM/SMC conform prevederilor prezentei proceduri și a calendarelor stabilite de către șefii de structuri și le prezintă conducătorului compartimentului în vederea avizării;
- 6.6.2 Formulează observații în legătură cu PS/PO primite în cadrul compartimentului pentru avizare;
- 6.6.3 Transmite PS/PO elaborate altor compartimente pentru analiză/formulare de observații și analizează observațiile formulate de acestea;
- 6.6.4 Participă la consultările care au loc pentru armonizarea observațiilor formulate în vederea avizării PS/PO;
- 6.6.5 Stabilește, împreună cu șeful ierarhic, compartimentele care trebuie să avizeze PO și urmărește obținerea avizelor în termenul stabilit;
- 6.6.6 Păstrează (clasează) originalele PO emise în cadrul compartimentului din care face parte;
- 6.6.7 Completează lista de difuzare a PO și distribuie copii ale PO tuturor celor afectați de PO respectivă;
- 6.6.8 Se asigură că utilizează documente în vigoare;
- 6.6.9 Aplică prevederile procedurilor aplicabile domeniului propriu de activitate;
- 6.6.10 Face propuneri de îmbunătățire a documentelor ce procedurează activități proprii.

6.7. Membrii Comisiei de monitorizare

- 6.7.1 Stabilește/aprobă lista PS/PO și altor documente SCIM/SMC necesare, persoanele/compartimentele responsabile și termenele la care acestea vor finaliza elaborarea;
- 6.7.2 Verifică, formulează observații (dacă e cazul) și avizează documentele SCIM/SMC primite spre analiză în termenele prevăzute;
- 6.7.3 Aprobă efectuarea unor modificări la PS conform prevederilor "Revizie".

6.8 Consilierul juridic- verifică legislația pentru a fi în vigoare, analizează și avizează PS/PO

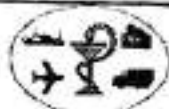
6.9 Responsabilul cu managementul calității- verifică pentru conformitate SMC

7. EVIDENTE ȘI ÎNREGISTRĂRI

- 7.1. Lista de difuzare
- 7.2. Lista documentelor în vigoare
- 7.3. Registrul de intrări – ieșiri corespondență
- 7.4. Lista prevederilor legale și a altor cerințe aplicabile
- 7.5. Grafic de circulație a documentelor
- 7.6. Calendar elaborare proceduri
- 7.7. Lista simboluri compartimente

8. ANEXE

- Anexa 1 - Calendar elaborare/actualizare proceduri, cod PS 01/F1
- Anexa 2 - Formatul de pagină tip pentru redactarea documentelor
- Anexa 3 - Lista codurilor atribuite compartimentelor, cod PS 01/F2
- Anexa 4 - Conținutul cadru al documentelor incluse în SMC/SCIM
- Anexa 5 - Lista de difuzare, cod PS 01/F3



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

CONTROLUL DOCUMENTELOR

Cod: PS 01

Ed.: 3 Rev.:0

Pag.: 11 / 11

Anexa 6 - Lista documentelor în vigoare, cod PS 01/F4

Anexa 7 - Lista prevederilor legale și alte cerințe aplicabile, cod PS 01/F5

Anexa 8 - Grafic de circuit al documentelor în cadrul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași*, cod PS 01/F6

Anexa 9 - Formular de analiză a procedurilor, cod PS 01/F 7

Anexa 10 - Diagrama de proces, cod PS 01/F8

9. DIFUZARE

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau în format electronic.

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

10. INDICATORI DE MONITORIZARE

INDICATOR	TINTA	METODA DE CALCUL	PERIOADA DE MONITORIZARE	RESPONSABIL
Pondere actualități documentelor de referință care stau la baza elaborării procedurii.	100%	Nr documente de referință în actualitate / Nr total documente de referință.	Semestrial	RMC
Pondere documentelor de tip procedură care respectă sistemul de codificare din total proceduri analizate.	100%	Nr proceduri care respectă sistemul de codificare / Nr total proceduri analizate.	Semestrial	RMC
Pondere structurilor care au întocmit graficul de circuit documente din total structuri analizate.	100%	Nr structuri care au întocmit graficul de circuit documente / Nr structuri analizate.	Semestrial	RMC
Pondere procedurilor care au respectat etapele de avizare, verificare și aprobare din total proceduri analizate.	100%	Nr proceduri care au respectat etapele de avizare aprobare / nr total proceduri analizate.	Semestrial	RMC

 SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI	CALENDAR ELABORARE/ACTUALIZARE PROCEDURI	Cod PS 01/F1
		Rev. 0
		Pag. 1/1

STRUCTURA FUNCȚIONALĂ:

NR	DENUMIRE PROCEDURĂ	COD PROCEDURA	RESPONSABILI	TERMEN	OBSERVAȚII
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

DATA:

ÎNTOCMIT:

PAGINA DE GARDA PENTRU REDACTAREA DOCUMENTELOR

 SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI	DENUMIRE DOCUMENT (Caracter Arial, cu bold)	Cod :	
		Ed.:	Rev.:
		Pag.:	

Tablou identificare document

Caracter Arial, 12,
cu bold

Situafia edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției

Tabloul competențelor de elaborare / verificare / avizare / aprobare, Times New roman, cu bold

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume si prenume	Funcția	Semnatura	Data
1	Elaborat				
2	Verificat				
3	Avizat				
4	Aprobat				



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

LISTĂ SIMBOLURI COMPARTIMENTE

Cod PS 01/F2

Rev. 0

Pag. 1/1

NR	DENUMIRE COMPARTIMENT	COD
1	Director medical	MED
2	Compartiment Managementul Calității Serviciilor Medicale	MC
3	Compartiment de Audit Puplic Intern	API
4	Birou Resurse Umane Salarizare	RUS
5	Birou Achizitii Publice Contractare	ACH
6	Compartiment Juridic	JR
7	Compartiment Securitatea Muncii, PSI, Protectie Civila si Situatii de Urgenta	SSM-SU
8	Compartiment Informatica	INFO
9	Compartiment Evaluare si Statistica Medicala	STA
10	Compartiment Financiar -Contabilitate	FC
11	Administrativ, Aprovizionare- Transport	ADM
12	Serviciu Tehnic	TEH
13	Serviciu de Anatomie Patologica	AP
14	Farmacie	FAR
15	Compartiment de Prevenire a Infectiilor Asociate Asistentei Medicale	CPIAAM
16	Laborator Analize Medicale	LAB-AM
17	Laborator Radiologie si Imagistica Medicala	LAB-RADIO
18	Ambulatoriu	AMB
19	Unitatea de Transfuzii Sanguine	UTS
20	Sectia Clinica Medicina Interna	MI
21	Sectia Clinica Oftalmologie	OFT
22	Sectia Clinica Chirurgie Generala	CHI
23	Sectia Clinica ORL	ORL
24	Sectia Neurologie	NEURO
25	Sectia A.T.I	ATI
26	Sectia Clinica Dermatovenerologie	DER
27	Sectia Clinica Recuperare, Medicina Fizica si Balneologie	RMFB
28	Psihiatrie	PSH

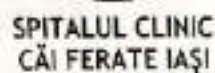
Intocmit

CONȚINUTUL CADRU AL DOCUMENTELOR INCLUSE ÎN SMC/SCIM

Nr. crt	Denumire document	Conținut cadru	Observații
1.	PROCEDURI DE SISTEM	CUPRINS 1. SCOP - se va indica pe scurt de ce este nevoie să fie elaborată respectiva procedură. 2. DOMENIU DE APLICARE - se va indica domeniul în care acționează procedura elaborată, enunțând concret procesul la care se referă. 3. DEFINIȚII ȘI ABBREVIERI - vor fi clarificate în mod explicit definițiile și prescurtările folosite în procedură. 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ - se vor enumera toate documentele la care se face referire în procedură, ca: norme, decrete, legi, alte reglementări, alte proceduri complementare procedurii respective. 5. DESCRIEREA PROCEDURII - se descrie procedura în amănunt. 6. RESPONSABILITĂȚI - se menționează responsabilități cu elaborarea documentelor și menținerea înregistrărilor. 7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI - se vor preciza tipurile de formulare necesare a fi completate în desfășurarea activității descrise de procedură. Formularele se anexează la procedură. 8. ANEXE - se vor menționa toate anexele la procedură. 9. DIFUZARE - se va face referire la modalitatea de difuzare. 10. INDICATORI - se stabilesc indicatori de monitorizare eficiența procedurii	Conform: - Ordinului 600/2018 - SR EN ISO 9001:2015
2.	PROCEDURI OPERATIONALE	CUPRINS 1. SCOP - se va indica pe scurt de ce este nevoie să fie elaborată respectiva procedură. 2. DOMENIU DE APLICARE - se va indica domeniul în care acționează procedura elaborată, enunțând concret procesul la care se referă. 3. DEFINIȚII ȘI ABBREVIERI - vor fi clarificate în mod explicit definițiile și prescurtările folosite în procedură. 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ - se vor enumera toate documentele la care se face referire în procedură, ca: norme, decrete, legi, alte reglementări, alte proceduri complementare procedurii respective. 5. DESCRIEREA PROCEDURII - se descrie procedura în amănunt. 6. RESPONSABILITĂȚI - se menționează responsabilități cu elaborarea documentelor și menținerea înregistrărilor.	Conform: - Ordinului 600/2018 - SR EN ISO 9001:2015

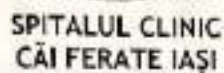
	7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI - se vor preciza tipurile de formulare necesare a fi completate în desfășurarea activității descrise de procedură. Formularele se anexează la procedură. 8. ANEXE - se vor menționa toate anexele la procedură. 9. DIFUZARE - se va face referire la modalitatea de difuzare. 10. INDICATORI – se stabilesc indicatori de monitorizare eficiența procedură	
3.	REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE Partea I Cap.1. Denumirea, forma juridică, sediul și emblema Spitalului Clinic Căi Ferate Iași Cap.2. Obiectul de activitate al Spitalului Clinic Căi Ferate Iași Cap.3. Patrimoniul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași Cap.4. Structura organizatorică a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași Cap.5. Administrarea și conducerea Spitalului Clinic Căi Ferate Iași Cap.6. Bugetul de venituri și cheltuieli al Spitalului , evidența contabilă și situațiile financiare anuale Cap.7. Dispoziții referitoare la angajații Spitalului Clinic Căi Ferate Iași Cap.8. Auditul intern Cap.9. Alte dispoziții Partea II Cap.1. Structura organizatorică și funcțională a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași Cap.2. Atribuții	
4.	REGULAMENT INTERN Cap.1. Dispoziții Generale Cap. II. Reguli privind protecția, igiena, sănătatea și securitatea în muncă Cap. III. Reguli privind respectarea principiului nediscriminării și al înlăturării oricărei forme de încălcare a demnității Cap. IV. Drepturile și obligațiile angajatorului și ale salariaților Cap. V. Procedura de soluționare a cererilor sau reclamațiilor individuale ale salariaților Cap. VI. Reguli concrete privind disciplina muncii în unitate Cap. VII. Sancțiuni disciplinare Cap. VIII. Reguli referitoare la procedura disciplinării Cap. IX. Evaluarea performanțelor profesionale Cap. X. Dispoziții finale	
5.	FIȘE DE POST 1. Anexă la contractul individual de muncă Nr.../..... 2. Denumirea postului 3. Compartimentul 4. Relații ierarhice 5. Nivelul studiilor 6. Experiența 7. Perioada de probă 8. Atribuțiile postului	

		9. Aptitudini, abilitati si cerinte necesare pentru exercitarea atributiilor postului 10. Raspunderi si obligatii specifice 11. Limita competentelor 12. Semnatura privind confirmarea luarii la cunostinta si primirii unui exemplar.	
6.	INSTRUCTIUNI	• Instructiuni de lucru pentru exploatarea echipamentelor -caracteristici ale dispozitivului, -reguli de pornire, reguli de exploatare, reguli de oprire -reguli de oprire în caz de avarii • Instructiuni SSM, SU -conform cerintelor din actele normative în vigoare pe linie SU, SSM. • Instructiuni de manipulare, depozitare, conservare kit-uri pentru analize, medicamente si orice alte produse supuse operatiunilor de manipulare, depozitare.	
7.	CAIET DE SARCINI	conținutul caietelor de sarcini va fi stabilit conform ghidului de întocmire specific domeniului pentru care se emite	



Pag: 1/1

Legenda: H = suport hirtie; E = suport electronic; C = difuzare controlată; I = difuzare informativă /necontrolată



Pag.: 1 / 1

Data: / /



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

**LISTA PREVEDERILOR LEGALE ȘI
A ALTOR
CERINȚE APLICABILE**

Cod: PS 01/F5

Rev: 0

Pag 1 /

Nr. crt.	Tip docum.	DENUMIRE DOCUMENT	PROVENIENTA	CODIFICARE/ IDENTIFICARE	DATA EMITERII
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					

Data:

Elaborat:

Aprobat:

MANAGER



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GRAFIC CIRCULAȚIE DOCUMENTE

Cod: PS 01/F6

Rev.: 0

Pag.: 1/1

STRUCTURA FUNCȚIONALĂ

Nr. crt	Denumirea ad litteram a formularului care se întocmește		Nr. Ex	De către cine se semnează?		"Destinatar" (se trimite la		Periodicită tea întocmirii formularul ui	De către cine și când se arhivează	O.B.S
	Comune	Tipizat		Întocmit	Aprobat (avizat)	Intern	Extern			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										

Data

Intocmit



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE ANALIZĂ A PROCEDURII

Cod PS 01/F 7

Rev. 0

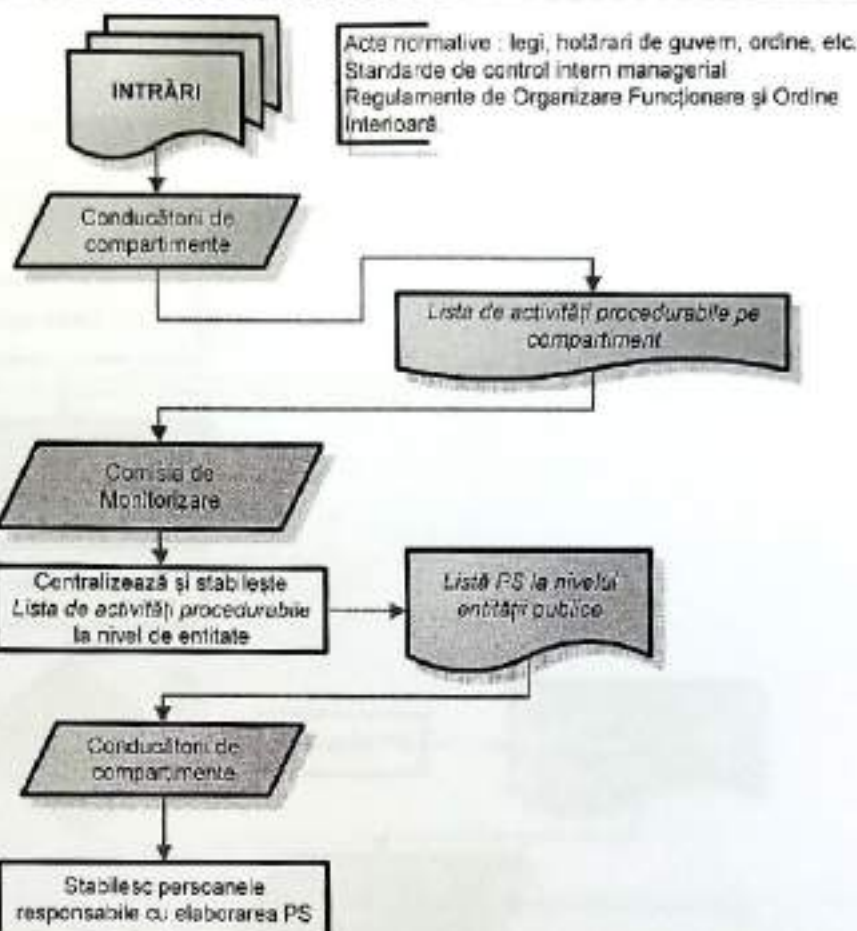
Pag. 1/1

Denumirea structurii care exprimă punctul de vedere	Nume, prenume conducător compartiment/ înlocuitor	Avizul favorabil		Aviz nefavorabil cu precizarea explicită a observațiilor		
		Data	Semnatura	Observații	Data	Semnatura

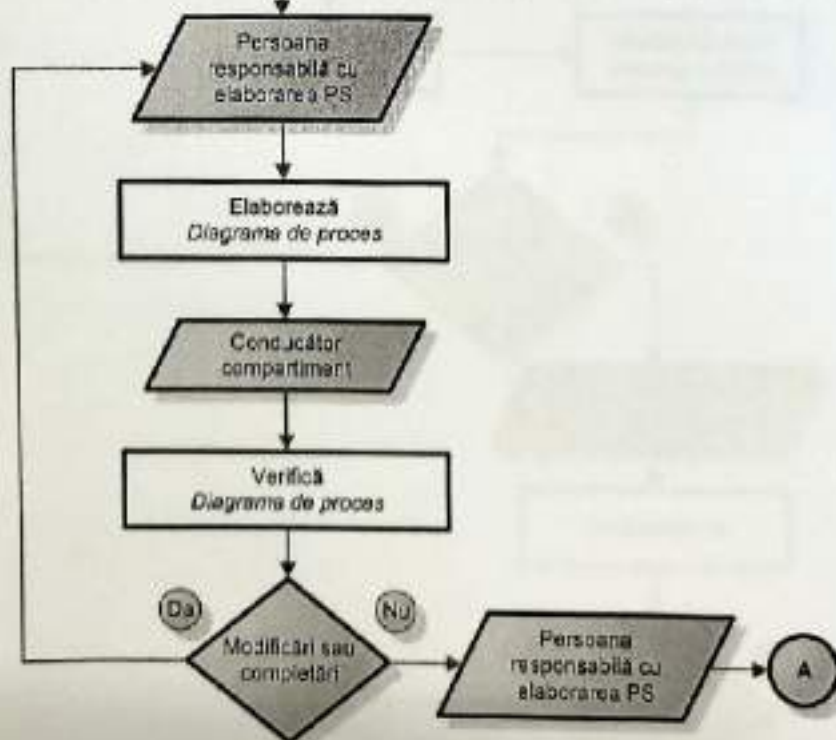


DIAGRAMĂ DE PROCES Realizarea Procedurilor de Sistem

ETAPA I
Stabilirea activităților procedurabile și a
responsabililor



ETAPA II
Elaborarea procedurii de sistem





DIAGRAMĂ DE PROCES Realizarea Procedurilor de Sistem

ETAPA II
Elaborarea procedurii
de sistem

A

Persoana
responsabilă cu
elaborarea PS

Elaborează PS

Conducător
compartiment

Verifică PS

Da

Nu

Modificări sau
completări

Semnează PS

PS semnată de
conducător
compartiment

Secretarul
Comisiei de
Monitorizare

Înregistrează
procedura

Verifică PS dacă
respectă formatul

Da

Nu

Modificări sau
completări

Comisia de
Monitorizare

Analizează PS

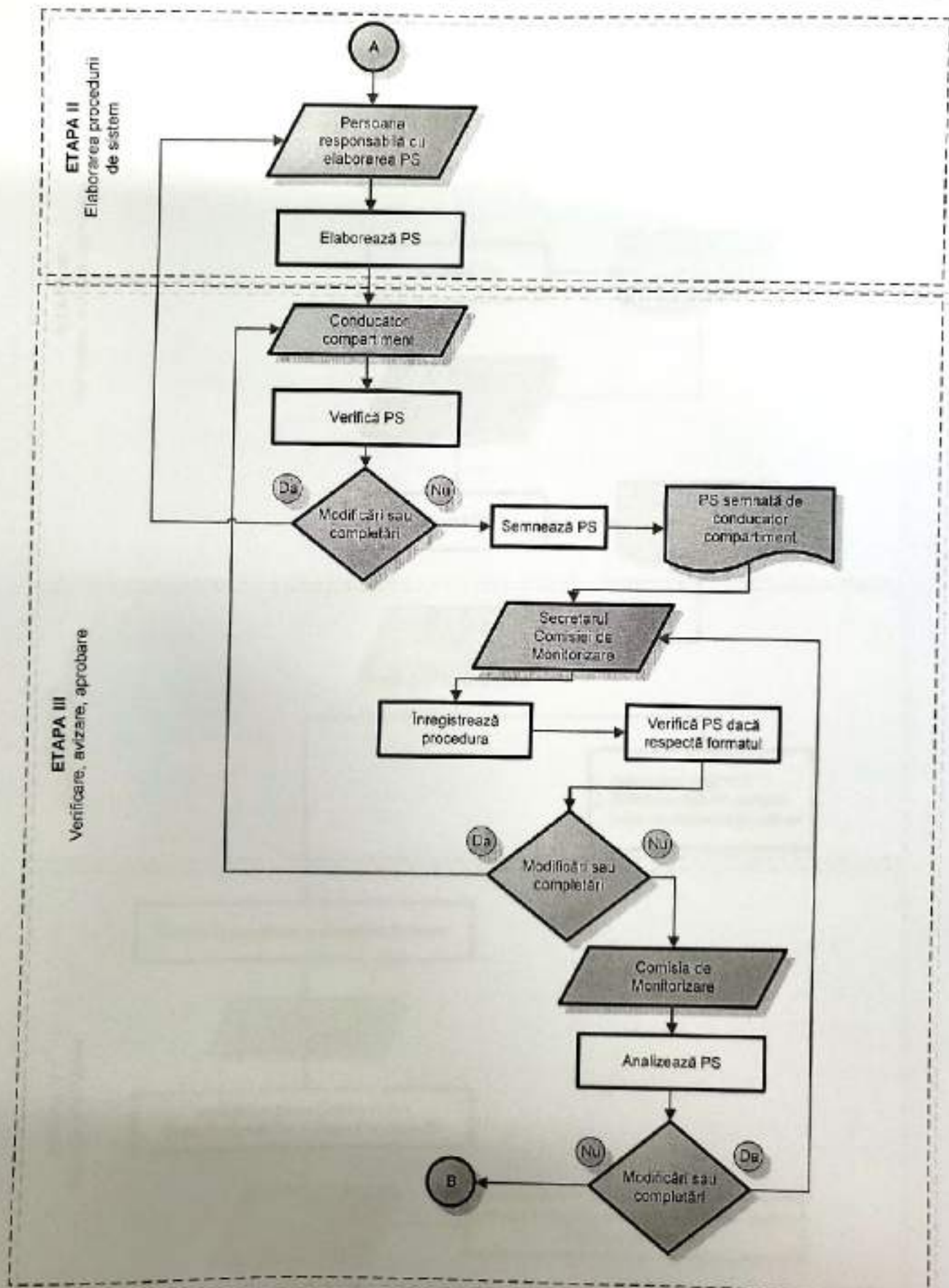
Nu

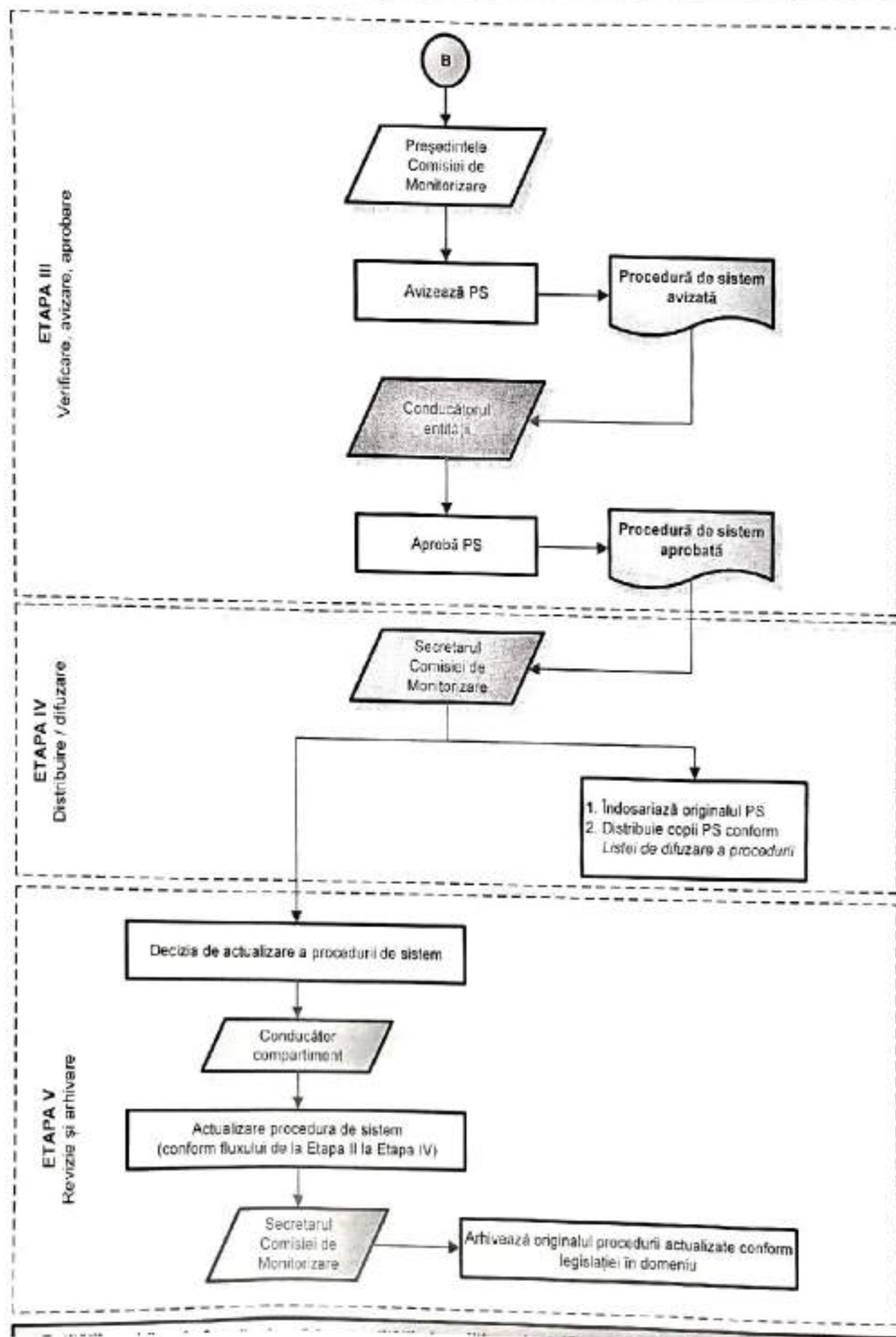
Da

Modificări sau
completări

B

ETAPA III
Verificare, avizare, aprobare







SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE DIFUZARE

Cod: PS 01/F3

Rev: 0

Pag: 1/3

Titlul documentului : CONTROLUL DOCUMENTELOR

Cod document / Indice revizie : PS 01/ Ed.3/Rev. 0

Nr. crt.	Nr. ex.	Destinatarul documentului			Difuzare				Data difuzării	Observații
		Funcția	Numele și prenumele	Semnătura	H	E	C	I		
1		Director medical	Dr. Emilia Solomon							
2		Director financiar-contabil	Ec. Roberto Cristian Roman							
3		Secția Clinică Chirurgie- Generală	Dr. Radu Terinte							
4		Secția Clinică ORL	Dr. Alexandru Vlase							
5		Secția Clinică Oftalmologie	Dr. Ion Cijevschi							
6		Secția ATI	Dr. Iulia Andreea Mihalcu							
7		Secția Neurologie	Dr. Izabela Frunză							
8		Secția Clinică Medicină Internă	Conf. Dr Irina Eșanu							
9		Secția Clinica Recuperare Medicină Fizică și Balneologie	Dr. Mihaela Chicu							
10		Secția Clinică Dermatovenologie	Prof. Dr. Daciana Brănișteanu							
11		Laborator Analize Medicale	Dr. Florina Dascălu							
12		Laborator Radiologie și Imagistică Medicală	Dr. Cătălina Ciolpan							
13		Ambulatoriul de Specialitate Iași	Dr. Livia Pădure							
14		Ambulatoriul de	Dr. Octavian							

Legenda: H = suport hîrtie; E = suport electronic; C = difuzare controlată; I = difuzare informativă /necontrolată



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE DIFUZARE

Cod: PS 01/F3

Rev: 0

Pag: 3/3

30	Compartiment de Audit Public Intern	Luca Mihail							
31	Compartiment Juridic	Av. Manița Petru							
32	Compartiment Securitatea Muncii	Cobuz Mihaela							
33	Compartiment Evaluare și Statistica Medicală	Iulia Berbuncă							
34	Compartiment Tehnic	Iurea Pavel							
35	Compartiment financiar-contabilitate	Tudosă Camelia							
36	Administrativ Aprovizionare Transport	Roman Adriana							