



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

COMPARTIMENT PREVENIRE INFECȚII ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE

Nr. 11 / 27 01 2026



APROBAT MANAGER,
DR. MIHAI GLOD

**RAPORT DE EVALUARE ANUALĂ
PRIVIND ACTIVITATEA EPIDEMIOLOGICĂ ȘI DE PREVENIRE A INFECȚIILOR
ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE
2025**

Activitatea compartimentului de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale s-a derulat în spital având următoarele obiective :

- I. Epidemiosupravegherea infecțiilor asociate asistenței medicale
- II. Monitorizarea sterilizării și sterilității în Spital și ambulatoriile de specialitate – element fundamental de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale
- III. Controlul focarelor de infecții asociate asistenței medicale (Ancheta epidemiologică în focar)
- IV. Funcționarea secțiilor și circuitele epidemiologice
- V. Elaborarea de protocoale și ghiduri de medicină preventivă spitalicească
- VI. Evaluarea încărcăturii microbiene și autocontrolul bacteriologic
- VII. Igiena de spital – element de confort pentru pacienți, de siguranță și calitate a actului medical, de protecția muncii și de prevenire a infecțiilor intraspitalicești
- VIII. Sistemul informațional operativ în caz de boală transmisibilă contagioasă spitalizată
- IX. Infecții asociate asistenței medicale de tip parenteral
- X. Managementul biocidelor în spital
- XI. Programul extins DDD în spital
- XII. Identificarea nevoilor de formare continuă profesională a personalului medico-sanitar în noso-prevenție și formarea continuă a personalului cuprins în activitatea de nursing
- XIII. Managementul expunerii accidentale la sânge și produse biologice – prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale la personalul medical.
- XIV. Autorizații – vize sanitare
- XV. Monitorizarea deșeurilor spitalicești periculoase
- XVI. Evaluarea activității de epidemiosupraveghere a IAAM în spital

I. EPIDEMIOSUPRAVEGHEREA INFECȚIILOR ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE (IAAM)

- ◆ **Spitalul** are în structura funcțională Compartimentul (înființat încă din anul 1999) care în prezent este numit Compartiment Prevenire Infecții Asociate Asistenței Medicale (CPIAAM) și care este coordonat de medic epidemiolog.
- ◆ Monitorizarea IAAM pentru supravegherea, prevenirea și limitarea acestora s-a derulat în 2025 conform Planului anual de prevenire și limitare a IAAM aprobat de Comitetul Director al Spitalului.
- ◆ Se utilizează epidemiosupravegherea activă continuă, la toate cazurile rezolvate în spital pe parcursul anului 2025, în vederea cunoașterii **incidenței infecțiilor asociate asistenței medicale lunare, trimestriale și anuale, precum și a prevalenței acestora la un moment dat (studii de prevalență)**:
 - raportarea, colectarea, înregistrarea și analizarea datelor din FOCG a determinat înregistrarea operativă a **15 de cazuri de infecții nosocomiale în 2025 față de 20 de cazuri în 2024**.
 - în procente, rata de atac a IAAM s-a menținut constantă de-a lungul anilor - **sub 0,5 % până în 2019; în anii pandemici 2020 - 2022 a crescut până la 1,4% , revenind după 2023 la o incidență în parametrii anteriori acceptabili și cu o rată subunitară de 0.3 la 100 bolnavi rezolvați în 2024, valoare ușor scăzută pentru 2025 : 0.2% la 100 bolnavi rezolvați**;
- ◆ conform sistemului de informare epidemiologică (Ord.M.S 1101/2016) evidența IAAM este comunicată lunar, trimestrial și anual la DSP județean – Laborator Epidemiologie;
- ◆ **Se anexează tabele cu incidența IAAM pe secții, luni și cauze**.

Cazurile de IAAM sunt comunicate de către secții: identificate de medicii curanți și medicul șef de secție; sprijinul constant al asistentelor sefe asigură completarea operativă a Fișei tip de IAAM; se utilizează Registrul electronic din sistemul INFOWORD al spitalului.

Fișa de anchetă epidemiologică a fost întocmită pentru toate cazurile.

Epidemiosupravegherea cazurilor în vederea prevenirii și combaterii IAAM se bazează în continuare pe colaborarea cu medicul șef de secție, medicii curanți, asistentele sefe de secții și laboratorul de bacteriologie.

II. MONITORIZAREA PROCEDURILOR DE STERILIZARE ȘI STERILITATE

- ◆ **Protocoale** afișate la locul de pregătire și sterilizare a instrumentarului medical; fac parte din Procedurile implementate în spital completate și actualizate periodic în funcție de normele sanitare în vigoare și recomandările ghidurilor MS..
- ◆ În 2025 a continuat procesul de implementare a Programului Igiena mâinilor elaborat încă din perioada 2014, revizuit și actualizat în cadrul Procedurii igiena mâinilor; pe parcursul anului 2025 au fost testate bacteriologic un nr. de 86 de persoane privind modul de spălare/dezinfecție a mâinilor.
- ◆ Asigurarea decontaminantelor corespunzătoare procedurilor de presterilizare și sterilizare chimică, conform Ord. MS 1761 / 2021 privind sterilizarea și dezinfecția în unitățile sanitare, prin **Planul anual de achiziții de tip DDD pentru 2025** a fost corespunzătoare.
- ◆ Evidența procedurilor de sterilizare la autoclav și de nivel înalt (chimică/la rece) este înregistrată în Registre speciale conform Ord. MS 1761 / 2021.

- ◆ Definitivată în anul 2023, trasabilitatea prin înregistrări electronice și letrice a tuturor dispozitivelor medicale sterilizate și reglementată în procedura specifică de sterilizare a continuat în 2025. În acest sens codul trusei se regăsește înregistrat pe tot parcursul circuitului de reprocesare a instrumentarului în toate registrele din sterilizare, inclusiv în documentele medicale ale pacientului, prin atasarea etichetei dublu adezive și documentarea electronică a trasabilității.
- ◆ Instruirea profesională continuă a personalului implicat în dezinfecție și sterilizare; semestrial au fost ținute sedințe de instruire profesională pe teme de IAAM pe categorii: asistente șef, personal de la BO, BA, Spălătorie, prelucrarea instrumentarului.
- ◆ Testarea sterilizării și sterilității se face prin monitorizare permanentă: verificare periodică cu teste chimice și biologice, conform Ord. MS 1761/2021; 188 per total an; teste conforme;
- ◆ Controlul procedurilor prin verificare clinică și autocontrol planificat bacteriologic și prin sondaj este o practică constantă: nu au fost neconformități.
- ◆ **Se anexează tabelul cu autocontrolul bacteriologic.**

III. CONTROLUL FOCARELOR DE INFECȚII ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE (ANCHETA EPIDEMIOLOGICĂ ÎN FOCAR).

- ◆ În cursul anului 2025 în Spitalul Clinic Căi Ferate nu au fost identificate și declarate infecții asociate asistenței medicale cu caracter de evoluție în focar.

IV. FUNCȚIONAREA SECȚIILOR, SCHIMBARI CIRCUITE, etc

- ◆ Secțiile Dermatologie și BFTR au fost relocalate în spațiile originare conform avizului sanitar de funcționare; pe parcursul anului au fost aduse îmbunătățiri privind circuitele funcționale;
- ◆ Sălile de operații din Blocurile Operatorii Chirurgie și ORL au funcționat în continuare comasate în același BO ORL, prin intrarea în reabilitare a etajului 2 din corpul A; De asemenea, Secția ATI a funcționat în saloane din Secția ORL; în acest context au avut loc modificări de circuite care să permită funcționarea la parametrii cât de cât corespunzători a secțiilor ORL și Chirurgie precum și desfășurarea intervențiilor chirurgicale.
- ◆ Nu au fost evenimente adverse (EAAAM) ca urmare a modificărilor prin relocarea spațiilor de spitalizare.

V. ELABORAREA DE PROTOCOALE, GHIDURI, PLANURI

- ◆ Pe parcursul anului 2025 activitatea de elaborare documentației a cuprins :
 - Revizuirea de protocoale și proceduri – 5 proceduri revizuite pe parcursul anului;
 - Îmbunătățirea protocoalelor de înregistrare a operațiunilor de curățenie în toate sectoarele de activitate
 - a continuat implementarea **FISEI DE EVALUARE A RISCULUI INFECTIOS** la pacienții internați introdusă încă din 2018;
 - s-a continuat implementarea screening-ului la internare a pacienților în sectoarele de risc: ATI, Chirurgie, Urologie, Dermatovenerologie, ORL;
- ◆ Au fost elaborate:
 - Raportul activității de epidemiosupraveghere și prevenire IAAM pentru 2024
 - Planul de prevenire infecții nosocomiale 2025
 - Planul de autocontrol - 2025

- Planul de gestionare deșeuri pentru 2025
- Planul de formare profesionala pe teme de prevenire IAAM - 2025
- Plan general DDD - 2025

VI. EVALUAREA ÎNCĂRCĂTURII MICROBIENE – AUTOCONTROL BACTERIOLOGIC

Cu ajutorul Laboratorului de Microbiologie a spitalului s-au practicat prelevări de probe în mod sistematic și controlat în cadrul Programului anual de autocontrol privind apele sterile, sterilizarea/sterilitatea și sanitația și în plus prin sondaj evaluări microbiologice efectuate în toate secțiile și BO, de către CPIAAM. Au fost evaluate de asemenea și eficiența soluțiilor de decontaminare utilizate în unitate, soluțiile de sterilizare chimică, portajul de germeni la personalul medical superior, mediu și auxiliar etc.,

- ♦ **Autocontrolul (bacteriologic + teste rapide) consta în:** planificare, colaborare cu medicina de laborator (bacteriologie), controlul procedurilor, interpretare, feed-back, măsuri specifice;

TOTAL probe lucrate în 2025 = 1472 cu o rată de 4.0% pozitive - față de 1352 probe cu o rata de 1.6 % pozitive în 2024; testele neconforme sunt de tip rapide de sanitație suprafețe (53.84%) și exudate nazale (11.53%); analiza cauzelor de neconformități: un mare brasaj de pacienți odată cu relocarea secțiilor, circuitul și brasajul personalului între secții și acumularea în timp a purtătorilor sănătoși de stafilococ auriu în rândul personalului care lucrează în secții cu risc infecțios (din fericire de tip MSSA); există evidența acestora și sunt testați periodic până la negativare.

- ♦ Se anexează tabel cu **centralizarea probelor recoltate în cadrul autocontrolului, separat bacteriologic și total examinări în 2025.**

VII. IGIENA DE SPITAL – ELEMENT DE CONFORT PENTRU PACIENȚI, DE SIGURANȚĂ A ACTULUI MEDICAL PENTRU PERSONALUL SALARIAT, DE PROTECȚIA MUNCII ȘI DE PREVENIRE A IAAM

- ♦ **Controlul igienico-sanitar în obiective:** secții, laboratoare, compartimente, bloc alimentar, spălătorie, servicii etc.; activitate permanentă. S-au întocmit Rapoarte interne lunare către conducerea spitalului și informare lunară către secții cu privire la epidemiosupravegherea mediului de spital. În general condițiile de igienă interioară au fost monitorizate constant prin observare directă, teste bacteriologice și teste de sanitație rapidă. Neconformitățile au fost aduse direct la cunoștința medicilor șefi de secție/serviciu prin Informările lunare (dar și încărcate în intranet). Unele deficiențele au fost remediate operativ, restul care țin de sistem sunt în atenția managementului spitalului.

VIII. SISTEMUL INFORMAȚIONAL OPERATIV ÎN CAZ DE BOALĂ TRANSMISIBILĂ CONTAGIOASĂ SPITALIZATĂ

- ♦ Bolile cu raportare operativă nu au s-au constituit în evenimente care să necesite raportări speciale (ex. telefonic către DSP sau MS);
- ♦ Lunar se completează o machetă pentru evidența bolilor transmisibile care sunt menționate în Ordinul nr. 1.738 din 29 iunie 2022 și se transmite către DSP ;
- ♦ Se face informare operativă săptămânală : **privind cazurile de infecții digestive în sezonul cald și cele respiratorii în sezonul rece în conformitate cu recomandările MS și DSP județ.**
- ♦ Toate cazurile au fost raportate conform sistemului informațional către DSP - Laboratorul de supraveghere boli transmisibile.

IX. INFECȚIILE ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE DE TIP PARENTERAL

- ◆ În acest scop, în spital este stabilit un protocol care prevede că la toate manoperele parenterale se utilizează pentru antiseptizarea tegumentelor pad-uri / comprese sterilizate; obiectiv permanent în epidemiosupraveghere;
- ◆ Există procedură de asepsie/antisepsie care este însușită de personal și conform căruia recoltarea de sânge, montarea de transfuzii, perfuzii și toate tratamentele care interacționează cu mediul intern al pacientului se efectuează cu mănuși sterile iar antiseptizarea tegumentelor pentru puncție intravasculară se face cu betadină.
- ◆ În 2025 nu a fost declarată sau identificată nici o IAAM cu cauzalitate de tip parenteral prin puncții.

X. MANAGEMENTUL BIOCIDELOR ÎN SPITAL

- ◆ La începutul anului 2025, ca de altfel în fiecare an, s-a întocmit **Planul General de Dezinfecție / Dezinsecție / Deratizare** pentru fiecare unitate și subunitate a Spitalului Clinic CF Iași, cu necesarul detaliat lunar, trimestrial și anual; planul a reprezentat și baza de susținere pentru desfășurarea în condiții de securitate a actului medical și fără riscuri infecțioase.
- ◆ Se evidențiază distinct repartiția și gestionarea dezinfectantelor pe locuri de muncă pentru ca utilizatorii să beneficieze fără discriminare, în funcție de specificul serviciului, de produse decontaminante.
- ◆ Sistematic s-a reevaluat necesarul de decontaminante pentru fiecare compartiment, în funcție de stocul existent, de necesitatea înlocuirii unor dezinfectante; s-a întocmit referat de necesitate lunar și ori de câte ori este nevoie, către serviciul economic și achiziții.
- ◆ Analiza detaliată a consumului de dezinfectante, dezinsectizante și raticide privind consumul și repartiția acestora este adusă la cunoștința personalului, în ședințele de lucru cu asistentele șefe, periodic și în Comisia de biocide.
- ◆ Decontaminantele folosite în spital au fost achiziționate în cantități suficiente care să asigure dezinfecția suprafețelor, instrumentarului, aerului, mainilor, etc.;
- ◆ **Specificațiile tehnice** ale produselor decontaminante privind calitățile și proprietățile lor au stat la baza recomandării către serviciul de achiziții în vederea aprovizionării cu dezinfectante, insecticide și raticide;
- ◆ S-a efectuat inițial și periodic instruirea personalului care manipulează decontaminantele și s-a urmărit utilizarea lor;
- ◆ Există protocoale scrise și afișate la fiecare loc de muncă privind modul de gestionare a produselor utilizate în planul DDD.

XI. PROGRAMUL EXTINS DD ÎN SPITAL

- ◆ Planificarea și aprovizionarea constantă cu produse dezinsectizante și raticide pentru acțiunile profilactice și de combatere este conformă cu **Programul DD – 2025** aprobat de conducere și cuprinde periodicitatea efectuării acțiunilor profilactice în toate sectoarele medicale, tehnice și administrative.
- ◆ În mod sistematic s-au organizat acțiuni de dezinfecție-dezinsecție-deratizare în toate spațiile de activitate, inclusiv în spațiile casetate, pentru menținerea unui risc minim infecțios și parazitar.

- ◆ Aceste acțiuni au fost efectuate cu personal autorizat printr-o firmă specializată cu care spitalul a făcut contract dar și către personalul spitalului – cu atribuții de dezinsecție-dezinsecție – personalul auxiliar.
- ◆ Au fost folosite capcane profesionale pentru depistarea gradului de infestație cu blatide, s-au aplicat substanțe profesionale pentru combatere pentru insecte târâtoare și zburătoare : solutii lichide de Fendona și K-O-thryne, și gel momeala tip MAX-Force.

XXII .IDENTIFICAREA NEVOILOR DE FORMARE CONTINUĂ PROFESIONALĂ A PERSONALULUI MEDICO-SANITAR ÎN NOSO-PREVENȚIE ȘI FORMAREA CONTINUĂ A PERSONALULUI DE NURSING

- ◆ Au fost organizate **ședințe de lucru** cu scop de instruire cu personalul cuprins în activitatea de nursing, îngrijire și servicii auxiliare (s-au întocmit procese verbale), conform cu temele cuprinse în **Planul de formare profesională**
 - prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale;
 - sterilizare, sterilitate, dezinsecție;
 - antibiotico-profilaxie și terapie;
 - rezistența la germeni patogeni;
 - calitatea serviciilor medicale;
 - managementul lenjeriei în spital;
 - managementul dezinfectantelor (biocidelor) în spital
 - igiena mâinilor ;
 - organizarea acțiunilor DDD, instruirii profesionale,
 - reinstruirea personalului pe tema managementului deșeurilor spitalicești,
 - noțiuni despre managementul expunerii accidentale la produse biologice,
 - normative sanitare recent apărute,
 - mobilizarea la acțiunile de depistare activă a infecțiilor parenterale profesionale cu HIV, VHB, VHC, etc.
 - protocoale privind prevenirea infecției CoVID la personal și pacienți.
 - protocoale actualizate privind testarea personalului
- ◆ **Educarea continuă și evaluarea cunoștințelor profesionale** a prevăzut elaborarea de teme de care au fost puse la dispoziția secțiilor pentru tematica de instruire anuală la personalul medical mediu și auxiliar, mai ales în domeniul prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale ; se anexează programul și tematica.

XIII. MANAGEMENTUL EXPUNERII ACCIDENTALE LA SÂNGE ȘI PRODUSE BIOLOGICE – PREVENIREA INFECȚIILOR ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE LA PERSONALUL MEDICAL

- ◆ Aplicarea metodologiei expunerii la sânge și alte produse biologice a personalului medico-sanitar este introdusă în activitatea epidemiologiei de spital din 2007 actualizată apoi prin dispozițiile Ord. MS 1 1101 /2016 și se desfășoară prin monitorizare constantă .
- ◆ Prin această normă sanitară se pune accent pe personalul implicat în actul medical care poate contracta o IAAM de tip parenteral ca boală profesională
- ◆ Personalul medico-sanitar este instruit și reinstruit privind protocolul de acțiune în caz de expunere accidentală – Planul anual de formarea profesională .

- ◆ Pe parcursul anului 2025 au fost înregistrate și raportate 3 cazuri de EAS la personalul medical prin înțepare cu ace contaminate; față de 4 cazuri în 2024; s-a aplicat procedura; la controalele periodice rezultatele au fost negative privind infectarea cu virus B,C și HIV; nu au fost cazuri de infecții profesionale prin această expunere accidentală; au fost efectuate instruirii de prevenție pe această temă.

XIV. AUTORIZAȚII – VIZE SANITARE

- ◆ Preocupare de baza în activitatea CPIAAM este funcționarea spitalului și unităților din subordine cu Autorizație Sanitară.
- ◆ Spitalul funcționează cu ASF și cu viză anuală eliberată de Directia Medicală din Ministerul Transporturilor după expertizarea condițiilor de igienă interioară și circuite, efectuată în spital și ambulatorii.
- ◆ Spitalul are un program cadru de conformare în vederea menținerii autorizației sanitare și este o prioritate în managementul spitalului.
- ◆ În cursul anului 2025 Spitalul a primit viza sanitară pentru activitatea sanitară, cu program de conformare, care este în curs de realizare.

XV. ACTIVITĂȚI ÎN MONITORIZAREA DEȘEURILOR

- ◆ **Supravegherea condițiilor de protecția mediului** conform Legii 137/1995 și a gestiunii deșeurilor rezultate din activitățile medicale conform Ordinului MSF 1226 / 2012 și Legii 426/2001, se face de responsabilul pe spital în relația cu mediu (asistent de la compartimentul CPIAAM) ; materiale și documente informative pentru Garda de mediu și Protecția muncii; rapoarte lunare.
- ◆ **Monitorizarea deșeurilor spitalicești constă în :**
 - ◆ elaborarea anuală a Planului de gestionare deșeuri care este aprobat de managerul unitatii.
 - ◆ întocmire documentație pentru evidența deșeurilor periculoase ;
 - ◆ supravegherea codului de procedură stipulat pentru deșeurile periculoase și menajere;
 - ◆ coordonarea permanentă a regimului deșeurilor periculoase și menajere în spital;
 - ◆ conform dispozițiilor intrate în vigoare în 2024 s-a implementat și colectarea medicamentelor expirate și/sau neutilizate de la populație;
 - ◆ informarea lunară către DM-MT cu privire la gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea spitalicească;
 - ◆ în fiecare lună se face caracterizarea deșeurilor pe categorii și cantități în vederea raportării ;
 - ◆ Se anexează tabel centralizator deșeuri periculoase pentru 2024.

XVI. EVALUAREA ACTIVITĂȚII DE EPIDEMIOSUPRAVEGHERE ÎN SPITAL

- ◆ În cursul anului 2025 condițiile de igienă interioară și circuitele funcționale au fost monitorizate prin controale periodice și inopinate efectuate în secții și servicii cu întocmirea de Procese Verbale de expertizare a condițiilor sanitare.
- ◆ Activitatea CPIAAM este monitorizată în Raportul de activitate a CPIAAM – 2025.

Întocmit, dr. Drugociu Petruța

MEDIC PRIMAR EPIDEMIOLOGIE

Dr. DRUGOCIU PETRUȚA
medic primar
epidemiologie
Cod 209381

INCIDENȚA INFECȚIILOR NOSOCOMIALE RAPORTATA LA BOLNAVII REZOLVAȚI
PE SECȚII ȘI CAUZE
SEMESTRUL II 2025

SECȚII SPITAL	Număr bolnavi REZOLVAȚI	Septicemie	Digestive	Urinare	Cutanate	După injecții, puncții etc.	Plagă chirurgicală	Infecții respi- ratorii	Alte infecții nosoco- miale	Total infecții nosocomiale	Incidență IN %
ATI	942									0	0.0
CHIRURGIE	671		1				6			7	1.0
UROLOGIE	88									0	0.0
ORTOPEDIE	45									0	0.0
MEDICALĂ	537									0	0.0
GERIATRIE	140									0	0.0
GASTRO	105									0	0.0
BFTR	450									0	0.0
NEURO	301									0	0.0
PSIHIATRIE	104									0	0.0
DERMA	366									0	0.0
ORL	353	1						2		2	0.5
OFTALMO	822									1	0.3
TOTAL	3982	1	1	0	0	0	6	2	0	10	0.3

MEDIC PRIMAR EPIDEMIOLOGIE,
DR. DRUGOCIU PETRUȚA



INCIDENȚA INFECȚIILOR NOSOCOMIALE RAPORTATA LA BOLNAVII REZOLVAȚI

PE SECȚII ȘI CAUZE

AN 2025

SECȚII SPITAL	Număr bolnavi REZOLVAȚI	Septicemie	Digestive	Urinare	Cutaneate	După injecții, puncții etc.	Plagă chirur- gicală	Infecții respi- ratorii	Alte infecții nosoco- miale	Total infecții noso- comiale	Inci- dență IN %
ATI	1732		1							0	0.0
CHIRURGIE	1356		1				5	0		8	0.6
UROLOGIE	173									0	0.0
ORTOPEDIE	67									0	0.0
MEDICALĂ	1157							0		0	0.0
GERIATRIE	278							0		0	0.0
GASTRO	235									0	0.0
BFTR	894									0	0.0
NEURO	671							3		3	0.3
PSIHIATRIE	162							1		1	0.1
DERMA	739									0	0.0
ORL	709									2	0.3
OFTALMO	1549							0		1	0.1
TOTAL	7990	0	2	0	0	0	5	4	0	15	0.2

DR DRUGOCIU PETRUTA



SPITALUL CLINIC CF IAȘI
COMPARTIMENT PREVENIRE INFECȚII ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE

CENTRALIZATOR PROBE AUTOCONTROL BACTERIOLOGIC SPITAL CLINIC CF IAȘI
SEMESTRUL II 2025

APE STERILE			STERILITATI			SANITATIE			SOLUTII			EXUDATE			AEROFLORA			MAINI			FILTRE AER CON			LENJERIE			TOTAL				
SECTIA	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %	NR. PROBE	POZ %			
BO CHIR.	46	1	2	29	1	3	63		4						2	1	50	9			2						155	2	1.3		
BO ORL	38			39	1	3	66		6						2	1	50	1			12						164	2	1.2		
BO OFT	26	2	8	33			27		15				10					16			8						135	2	1.5		
Endo gastro	9						29		5																						
Endo Uro	8			3			25		1									1													
Med. Int.							11											2			1										
Chirurgie							11											2													
ORL							11											2													
Neuro							6		1	9								2													
Dermato							11											2													
ATI							11											2													
OFT							11											2													
RMFB							11											2													
Spit. De zi							11											2													
Cam.garda							6											2													
Spalatorie							4											2													
Farmacie							6																								
Bloc Alim							13											3													
TOTAL	127	3	2.4	104	1	1.0	322	1	0.3	37	0	0.0	27	5	18.5	10	4	40.0	51	1	2.0	23	0	0.0		28	1	3.6	729	16	2.2
TOTAL PROBE	729																														
PROBE POSITIVE	16																														
Procent	2.2																														

183602 poC

alfoioioiueipide

MEDIC PRIMA EPIDEMIOLOGIE

DR. DRUGOCIU PETRUȚA

198602 poC
afgloiwupida
and cipau
DR. DRUGOCIU PETRUȚA
MEDIC PRIMA EPIDEMIOLOGIE

PLANIFICARE / REALIZARE TRIMESTRIALA A AUTOCONTROLULUI ÎN SPITAL - ANUL 2025

NR		TOTAL AN				Trim. I				Trim. II				Trim. III				Trim. IV			
		PLAN	R	Poz	%	P	R	Poz	%	P	R	Poz	%	P	R	Poz	%	P	R	Poz	%
1	Examinari bacteriologice ape sterile - B. O.	160	202	4	2	40	48	1	2	40	44			40	59			40	51	3	6
2	Examinari bacteriologice conditii de sterilizare si sterilitate	100	196	1	1	25	41			25	55			25	56			25	48	1	2
3	Examinari bacteriologice pentru conditii de mediu = sanitatii (suprafete, echipamente, obiecte sanitare)	200	482	1	0.2	50	160			50	78			50	87			50	235	1	0.4
4	Examinari bacteriologice pentru conditii de mediu = sanitatii lenjerie	60	36	1	3	15	8			15				15				15	28	1	4
5	Examinari sterilitate solutii preparate în Farmacie	12	10			3	4			3				3				3	6		
6	Examinari suprafete maini	80	86	1	1	20	35			20	22			20	16			20	36	1	3
7	Examinari bacteriologice solutii dezinfectie	40	68			10	31			10	17			10	18			10	19		
8	Examinari bacteriologice microaerofloră	26	22	10	45	6	12	6	50	6				6	6	3	50	8	4	1	25
9	Examinari bacteriologice calce sodică	6	4			0	4			3				3				0			
10	Teste rapide de sanitatie suprafete	120	102	28	27	30				30				30	52	21	40	30	50	7	14
11	Exudate portaj	40	46	6	13	15	19	1	5	5				5				15	27	5	19
12	Examinari pentru portaj germeni patogeni la personal (copro - bact si parazitologic)	170	183			10				100	110			60	73			0			
13	Examinari încălăcătură bacteriologica filtre aparate aer condițional	20	23			0				10				10	17			0	6		
14	Examinari pentru controlul bacteriologic si chimic apa de retea	12	12							6	6							6	6		
	TOTAL EXAMINARI	1046	1472	52	4	224	362	8	2	323	332			277	384	24	6	222	516	20	4

Atest de primire
epidemiologică
semnat de medicul de
epidemiologie
Dr. Nicoleta D. D. D.

SPITALUL CLINIC OFTALMI
COMPARTIMENT DE PREVENIRE
INFECȚII ASOCIATE
ASISTENȚEI MEDICALE

SEMESTRUL I 2025

SEMESTRUL II 2025														
	BO Chirurgie	BO ORL	BO Oftalmologie	ST. STERILIZARE (Amb)	ENDO- UROLOGIE	SECTIE CHIRURGIE	SECTIA Oftalmologie	SECTIA ORL	SECTIA DERMATOLOGIE	SECTIA ATI	AMB. Cab Chir.	Endo- scopie Gastro	UTS	TOTAL
teste biologice	117		122	93	0	0	0	0	0	0	0	5	0	337
teste sanit. instrumentar (KPRO2 -E69)	6	6	12	0	6	6	6	6	6	6	26	6	0	92

	BO Chirurgie	BO ORL	BO Oftalmo logie	ST. STERILIZ ARE (Amb)	ENDO- urologie	SECTIE CHIRURG IE	SECTIA Oftalmo- logie	SECTIA ORL	SECTIA DERMATO LOGIE	SECTIA ATI	AMB. Cab. Chir.	Endo- scopie Gastro	UTS	TOTAL
teste biologice	248		250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	498
teste sanit. instrumentar (KPRO2 - E69)	12	12	24	0	12	13	12	12	12	11	56	12	0	188

15 januarie 2025

Dr. DRUGGIERI PETRUTA
medic primar
epidemiologie
209381

Întocmit,
Asist. med.

Irina GAJDU

Asist. med.

SEMESTRUL II 2025

SEMESTRUL II 2025

SPITALUL CLINIC 11591
COMPARTIMENT DE PREVENIRE
INFECTII ASOCIATE
ASISTENȚEI MEDICALE

STUDENT

TOTAL

Intocmit, As. med. Gațu Irina

98

ANUL 2025

SPITALUL CLII
COMPARTIMENTE
INFECTII AS
ASISTENȚEI M
RE

[illegible]

Intocmit, As. med. Gațu Irina

Dr. DRUGĂ CIU PETRUTA
medic primar
epidemiologie
Cod 409381