



SPITALUL MUNICIPAL DEJ

STR. 1 MAI NR.14-16, jud. Cluj,

TEL. 0264 212640

e-mail: spital_dej@yahoo.com,

www.spitaldej.ro

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE
SPITALUL MUNICIPAL DEJ
str. 1 Mai nr. 14-16, jud. Cluj, cod 405200
nr. 26 din 4.11.2016
INTRARE/IESIRE

PROCEDURA OPERATIONALA privind DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI Editia I, Revizia 0

COD: PO MED-ASS-1.06

Document valabil din data de : 07.11.2016



Reproducerea , utilizarea sau difuzarea catre o terta parte a acestui document , fara acordul scris al Spitalului Municipal Dej , nu este permisa!

Document difuzat in sistemul informatic al spitalului

SPITALUL MUNICIPAL DEJ	DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI	Ediția : II
	Conform SR EN ISO 9001:2015 OSGG 400/2015	Revizia 0
	Cod: PO MED-ASS-1.06	Pag. 1 / 10

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

Nr. crt.	Elemente privind responsabilii/ operațiunea	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1	2	3	4	5
1.1.	Elaborat	Muresan Zena	asistent sef spital	07.11.2016	
1.2.	Verificat SMC pentru conformitate OSGG 400/2015	Susca Cecilia	consilier juridic SMC	08.11.2016	
1.3.	Vizat birou juridic	Susca Cecilia	consilier juridic	08.11.2016	
1.3.	Avizat	dr Nicoara Antonela	presedinte CMSCIM	10.11.2016	
1.4.	Aprobat	dr. Pandrea Mihai	manager	11.11.2016	

2. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii formalizate

Nr. crt.	Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
	1	2	3	4
2.1.	Ediția I			14.11.2016
2.2.	Editia II			
2.3.				

SPITALUL MUNICIPAL DEJ 	DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI	Ediția : II
	Conform SR EN ISO 9001:2015 OSGG 400/2015	Revizia 0
	Cod: PO MED-ASS-1.06	Pag. 2 / 10

3. Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii formalizate

	Scopul difuzării	Exemplar nr.	Compartiment	Funcția	Numele și prenumele	Data primirii	Semnătura
	1	2	3	4	5	6	7
3.1.	aplicare	in sistemul informatic al spitalului	toate sectile /compartimetele, CPU, biroul de internari, laboratoarele de investigatii, laboratorul de anatomie patologica		tot personalul medical de pe sectii si compartimente	data afișării in sistemul informatic al SMD	conform procesului verbal de instruire
3.2.	informare	in sistemul informatic al spitalului	toate sectile /compartimetele, CPU, biroul de internari, laboratoarele de investigatii, laboratorul de anatomie patologica		tot personalul medical de pe sectii si compartimente	data afișării in sistemul informatic al SMD	conform procesului verbal de instruire
3.3.	evidență/ arhivare	1	SMC	Asistent medical SMC	Muresan Zena	14.11. 2016	
3.4.	monitorizare/ analiza	1	CMSCIM	presedinte CMSCIM	dr Nicoara Antonela	14.11. 2016	

SPITALUL MUNICIPAL DEJ 	DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI	Ediția : II
	Conform SR EN ISO 9001:2015 OSGG 400/2015	Revizia 0
	Cod: PO MED-ASS-1.06	Pag. 3 / 10

4. Scopul procedurii

- 4.1. Reglementează modalitatea de identificare corectă a pacientului
- 4.2. Îmbunătățirea siguranței pacientului prin identificarea sigură a acestuia prin utilizarea a cel puțin doi identificatori ai pacientului pe timpul acordării asistenței sanitare.
- 4.3. Reglementează modul de monitorizare a sistemului de identificare a pacientului.
- 4.4. Reglementează planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la identificarea corectă a pacienților.

Indicator	Măsoară
Nr. personal medical instruit/ nr. total personal medical	Gradul de instruire al personalului
Nr de cazuri de bolnavi care refuza brătara de identificare /nr total de bolnavi internați în ultimul trimestru X100	Proporția cazurilor de refuzare a brătării de identificare.
Nr de cazuri de identificare greșită a bolnavilor /nr total de bolnavi internați în ultimul trimestru X100	Indicele de frecvență a cazurilor de identificare greșită a bolnavilor pe trimestru

5. Domeniul de aplicare a procedurii formalizate

5.1. Procedura se aplică tuturor secțiilor și compartimentelor Spitalului Municipal Dej, biroului de internări, CPU, Laboratorului de analize medicale, Laboratorului de anatomie patologică, Laboratorului radiologie și imagistică medicală.

6. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate

6.1. Legislație primară

- Ordinul secretarului general al Guvernului nr. 400 din 12 iunie 2015 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice pentru aprobarea Codului controlului intern/manAGERIAL al entităților publice, cuprinzând standardele de control intern/manAGERIAL.

6.2. Alte documente, inclusiv reglementări interne ale SMD

- Manualul Calității, ediția și revizia în vigoare;
- SR EN ISO 9001:2015 – Sisteme de management al calității. Cerințe.
- Protocoale de nursing.
- Legea spitalelor nr. 270/2003.
- Decizia Managerului de numire a persoanelor responsabile cu activități privind managementul calității la nivelul SMD, aflate în raport de colaborare cu SMC
- Fișele posturilor.

SPITALUL MUNICIPAL DEJ	DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI	Ediția : II
	Conform SR EN ISO 9001:2015 OSGG 400/2015	Revizia 0
	Cod: PO MED-ASS-1.06	Pag. 4 / 10

7. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura formalizată

7.1. Definiții ale termenilor

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Procedura operațională	Prezentarea formalizată, în scris, a tuturor pașilor ce trebuie urmați, a metodelor de lucru stabilite și a regulilor de aplicat în vederea realizării unei activități, a atribuțiilor și sarcinilor de serviciu. Descrie o activitate sau un proces care se desfășoară la nivelul unui sau mai multor componente structurale, putând fi astfel elaborată de către unul, sau, prin colaborare, de mai multe componente structurale.

7.2. Abrevieri ale termenilor

Nr. crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	PS/PO	Procedura formalizată
2.	E	Elaborare
3.	V	Verificare
4.	A	Aprobare
5.	Ap.	Aplicare
6.	Ah.	Arhivare
7.	SMC	Serviciul de management al calitatii
8.	CMSCIM	Comisia de monitorizare a sistemului de control intern managerial,
9.	SMD	Spitalul Municipal Dej
10.	ROI	Regulament de Ordine Interna
11.	ROF	Regulament de organizare și funcționare

SPITALUL MUNICIPAL DEJ	DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI	Ediția : II
	Conform SR EN ISO 9001:2015 OSGG 400/2015	Revizia 0
	Cod: PO MED-ASS-1.06	Pag. 5 / 10

8. Descrierea procedurii.

- Se solicita coparticiparea pacientilor in toate fazele procesului dupa o prealabila informare a acestora asupra importantei si relevantei corecteii lor identificari;
- Identificarea incrucisata a pacientului, pe timpul initierii internarii, prin citirea actului de identitate a acestuia si identificarea verbala a pacientului cu voce sonora si clara;
- Identificarea pacientului prin bratari de identificare a pacientilor care utilizeaza informatia scrisa si lizibila despre trei identificatori: nume si prenume, data nasterii si numarul foii de observatie clinica.
- Inainte de aplicarea oricarei proceduri se va face identificarea incrucisata a bolnavului prin citirea bratarilor atasate la bratul bolnavului si identificarea verbala a acestuia; se verifica consemnarea in scris a recomandarii privind procedura care urmeaza sa fie efectuata, pentru a realiza coincidenta pacient corect/procedura corecta;
- Se respecta protocoalele de identificare a pacientului si ale mostrelor biologice pe timpul intregului proces. Etichetarea recipientilor pentru obtinerea mostrelor biologice se va face in prezenta pacientului;

8.1. Bratara identificativa: este un dispozitiv care se pune in general pe antebratul pacientului si pe care sunt scrise datele de identificare sigura ale acestuia. Bratara de identificare se pune in general la incheietura mainii stangi sau, daca nu este posibil acolo, la incheietura mainii drepte sau pe extremitatile inferioare.

Caracteristici generale ale bratarilor de identificare:

- Latime 25 mm;
- Fabricata din polipropilena sau alt material flexibil, antialergica (fara latex), inofensiva pentru pacient;
- De culoare alba;
- Text de culoare neagra, cu caractere comune de marimea 12;
- Rezistenta la tensiune sau rupere din orice directie, in mediu uscat sau umed;
- Rezistenta la caldura si apa;
- Cerneala imposibil de sters si impregnare rezistenta la apa sau abraziune;
- Flexibila si comoda, fara margini taietoare;
- Inchidere (lipire) sigura, fara inchidere manipulabila, bine securizata (ex. inchidere de unica folosinta);
- Imposibil de reutilizat dupa ruperea inchiderii securizate;
- Adaptata la marimea antebratului (de la copil pana la adult);
- Sa permita manevrarea usoara de catre personalul medico sanitar (citire vizuala)
- Bratarile de identificare a pacientilor care utilizeaza informatia scrisa si lizibila despre trei identificatori: nume si prenume, data nasterii si numarul foii de observatie clinica.

8.2. Pacienti susceptibili de verificare verbala a identitatii (fara bratara de identificare):

- pacienti care fac apel telefonic pentru programare la consultatie;
- pacienti care solicita prezential, programare la consultatie;
- pacienti aflati in consultatie directa la medic;

SPITALUL MUNICIPAL DEJ	DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI	Ediția : II
	Conform SR EN ISO 9001:2015 OSGG 400/2015	Revizia 0
	Cod: PO MED-ASS-1.06	Pag. 6 / 10

- extractii si probe neinvazive pentru pacienti neinternati (Rx, spirometrie, EKG, ecografie, etc.,).

8.3. Pacienti susceptibili de verificarea identitatii cu ajutorul bratarii de identificare:

In toate cazurile de internare a bolnavului (continua si de zi), pentru evitarea situatiilor de risc aditional, se procedeaza la identificarea fizica a pacientilor utilizand bratara identificativa. Pacientul este, in primul rand, informat despre uzul si utilitatea acestei masuri de siguranta, solicitandu-se participarea sa activa.

8.4. Se identifica sigur si inechivoc pacientul inainte de:

- extragerea unei probe biologice pentru analize de laborator;
- administrarea unui medicament sau transfuzie;
- realizarea unei proceduri invazive;
- realizarea unei interventii chirurgicale;
- confirmarea unui exitus;
- transferul unui pacient atat in cadrul circuitului intern cat si a celui extern;
- administrarea (servirea) unei diete speciale (regim alimentar);
- verificarea mamei in procesul perinatal.

8.5. Pacienti susceptibili de verificarea cu bratara identificativa:

- cei care beneficiaza de ingrijire spitaliceasca astfel:
 - pacientii care s-au prezentat la Compartimentul de Urgenta;
 - pacientii internati;
 - pacientii care s-au prezentat pentru internare de zi, tratamente ambulatorii sau realizarea probelor diagnostice invazive;
 - pacientii care s-au prezentat pentru internarea de zi in vederea realizarii procedurilor chirurgicale de mica amploare, tratament cu medicamente de risc (citostatice) sau transfuzii;
 - pacient pediatric/nounascut;
 - pacient obstetrica.

8.6. Responsabilitatea identificarii – revine personalului biroului de internari sau medico sanitar care are primul contact de natura profesionala cu pacientul. Toti ceilalti profesioniști sunt responsabili de a realiza verificarile precedente realizarii procedurilor de risc descrise anterior.

8.7. Situatii speciale

- Pacientul ajuns in Compartimentul de Primiri Urgente care nu are asupra sa acte doveditoare asupra identitatii si este imposibil de cunoscut identitatea sa. Se realizeaza identificarea punand in spatiul „nume si prenume” – NECUNOSCU/sex/numar de ordine, iar personalul medico sanitar va lua masuri de identificare cat mai rapida si sigura a acestuia (telefon Politie 0264 / 212121).
- Daca este vorba de mai multe persoane in stare critica, personalul care face transferul este responsabil de identificarea sigura a acestora si ramanerea datelor in locul in care se face intrarea in unitatea sanitara.
- Pacient care refuza punerea bratarii de identificare. Aceasta situatie se va consemna

SPITALUL MUNICIPAL DEJ	DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI	Ediția : II
	Conform SR EN ISO 9001:2015 OSGG 400/2015 Cod: PO MED-ASS-1.06	Revizia 0
		Pag. 7 / 10

obligatoriu în foaia de observație clinică.

- Pacient cu bratară de identificare distrusă sau cu marcaje ilizibile. Se va consemna în foaia de observație clinică, se va proceda la reidentificarea pacientului și punerea unei bratari de identificare noi;

- Situații de catastrofe: se identifică pacienții conform procedurilor stabilite pentru astfel de situații.

8.8. Distrugerea bratarii

Înainte de externare se va recupera bratară de identificare de la pacient și se va distruge.

8.9. Resurse necesare:

8.9.1. Resurse materiale

- mobilier și aparatură medicală specifică;
- bratari de dimensiuni diferite pentru copii și adulți;
- linie telefonică internă;
- copiator;
- rechizite specifice.

8.9.2. Resurse umane

- personalul din cadrul secțiilor/compartimentelor;
- personalul din cadrul biroului de internări, CPU, Laboratorului de analize medicale, Laboratorului de anatomie patologică, Laboratorului radiologie și imagistică medicală.

8.9.3. Resurse financiare

- Conform bugetului spitalului pentru anul în curs.

SPITALUL MUNICIPAL DEJ	DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI	Ediția : II
	Conform SR EN ISO 9001:2015 OSGG 400/2015	Revizia 0
	Cod: PO MED-ASS-1.06	Pag. 8 / 10

9. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

Nr. crt.	Compartimentul (postul/acțiunea (operațiunea))	asistent sef spital	SMC Consilier juridic	manager	Personalul medical din sectii/compartimente	SMC
	0	1	2	3	4	6
1.	a1-Pocedura operationala a2- Propuneri de modificare a procedurii în funcție de legislația în domeniu	E				
2.	b-valorificarea rezultatelor activității		V			
3.	c-Procedura operațională			A		
4.	d-Procedura operațională				Ap.	
5.	e- Procedura operațională					Ah.

10. Anexe, înregistrări, arhivări

Nr. crt.	Denumirea anexei	Elaborator	Aprobă	Număr exemplare	Difuzare	Arhivare		Alte elemente
						Loc	Perioadă	
0	1	2	3	4	5	6	7	8

SPITALUL MUNICIPAL DEJ 	DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI	Ediția : II
	Conform SR EN ISO 9001:2015 OSGG 400/2015	Revizia 0
	Cod: PO MED-ASS-1.06	Pag. 9 / 10

11. Cuprins

Numărul componentei în cadrul procedurii formalizate	Denumirea componentei din cadrul procedurii formalizate	Pagina
	Coperta	1/10
1.	Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii	2/10
2.	Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii	2/10
3.	Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii	3/10
4.	Scopul procedurii formalizate	4/10
5.	Domeniul de aplicare a procedurii formalizate	4/10
6.	Documentele de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate	4/10
7.	Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura	5/10
8.	Descrierea procedurii	6-8/10
9.	Responsabilități și răspunderi în derularea activității	9/10
10.	Anexe, înregistrări, arhivări	9/10
11.	Cuprins	10/10

SPITALUL MUNICIPAL DEJ	DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI	Ediția : II
	Conform SR EN ISO 9001:2015 OSGG 400/2015	Revizia 0
	Cod: PO MED-ASS-1.06	Pag. 10 / 10

Centralizator pentru indicatorii de monitorizare/analiza periodica a indicatorilor la Procedura Operațională privind DUBLA IDENTIFICARE A PACIENTULUI Editia 1, Revizia 0 COD: PO MED-ASS-1.06
document difuzat în sistemul informatic al spitalului

Denumirea indicatorului de monitorizare	Analiza periodica a indicatorilor			
	Analiza 1 data	Analiza 2 data	Analiza 3 data	Analiza 4 data
Indicatori de structura Personal Gradul de instruire al personalului	Secția..... Nr. personal medical instruit...../ nr. total personal medical.....	Secția..... Nr. personal medical instruit...../ nr. total personal medical.....	Secția..... Nr. personal medical instruit...../ nr. total personal medical.....	Secția..... Nr. personal medical instruit...../ nr. total personal medical.....
Indicatori de proces Proportia cazurilor de refuzare a bratarii de identificare.	Nr de cazuri de bolnavi care refuza bratară de identificare..... /nr total de bolnavi internati in ultimul trimestruX100	Nr de cazuri de bolnavi care refuza bratară de identificare..... /nr total de bolnavi internati in ultimul trimestruX100	Nr de cazuri de bolnavi care refuza bratară de identificare..... /nr total de bolnavi internati in ultimul trimestruX100	Nr de cazuri de bolnavi care refuza bratară de identificare..... /nr total de bolnavi internati in ultimul trimestruX100
Indicatori de rezultat Indicele de frecventa a cazurilor de identificare gresita a bolnavilor pe trimestru	Nr de cazuri de identificare gresita a bolnavilor/nr total de bolnavi internati in ultimul trimestru.....X100	Nr de cazuri de identificare gresita a bolnavilor/nr total de bolnavi internati in ultimul trimestru.....X100	Nr de cazuri de identificare gresita a bolnavilor/nr total de bolnavi internati in ultimul trimestru.....X100	Nr de cazuri de identificare gresita a bolnavilor/nr total de bolnavi internati in ultimul trimestru.....X100

Masuri de imbunatatire a procedurii.

Masura 1.	
Masura 2.	
Masura 3.	