



ROMÂNIA
JUDEȚUL IAȘI – CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI
SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PENTRU COPII “SF.MARIA” IAȘI



ANMCS
unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

Adresa: Str. Vasile Lupu, nr.62; Tel.: 0232264266; Fax: 0232477309; www.sfmaria-iasi.ro

Nr. 21096 / 22.04.22

Nr. de exemplare:

Exemplar nr.: ___

Aprobat,

MANAGER,

Bioing. med. pr. drd. Alina Belu



EXTERNAREA PACIENȚILOR

PL 107 - 04

Ediția 2 / Revizia 2

Drept de proprietate :

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria” Iași.
Orice utilizare sau multiplicare, parțială sau totală, fără acordul scris al proprietarului este interzisă



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 1/41

CUPRINS

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii de lucru	2
2. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii generale	2
3. Scopul procedurii de lucru.....	3
4. Domeniul de aplicare	3
Procedura se aplică la nivelul secțiilor medicale și chirurgicale ale spitalului, la nivelul structurilor care asigură investigații paraclinice și servicii conexe actului medical.	3
5. Documentele de referință (reglementări) aplicabile activității procedurale	3
6. Definiții și prescurtări ale termenilor utilizați în procedura de lucru	4
7. Descrierea procedurii de lucru	4
8. Indicatori de monitorizare și riscul asociat	16
9. Identificarea riscurilor operaționale și stabilirea măsurilor de limitare ale acestora.....	16
10. Responsabilități.....	17
11. Formular de analiză a procedurii.....	18
12. Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii de lucru	9
13. Anexe, înregistrări, arhivări	18



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2 Rev.: 2

Pag.: 2/41

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii de lucru:

Nr. Crt	Editia	Data editiei	Revizia	Data reviziei	Nr. pagina	Descrierea modificarii	Semnatura Sef compartiment/sectie
1.	1		0		- integral	- elaborare inițială	
2.	1		1	01.10.2015	- cap.5, 6	- responsabilitati - descriere procedura	
3.	1		2	17.11.2016	- cap. 4	- modificare legislație	
4.	2	01.10.2019	0			- revizuire integrală	
5.	2		1	30.03.2022		- revizuire dupa ord. 600/ 2018	
6.	2	01.10.2019	2	06.07.2022		Comasare cu procedura PL 107 – 05 Actualizare descriere procedura	

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

Data	Elaborat		Verificat		Avizat	
	Funcția/Nume	Semnătura	Funcția/Nume	Semnătura	Funcția/Nume	Semnătura
06.07.2022	Medic, dr. Ioniuc Heana					
	Sef Serv. Informatica si Statistica medicala, Ing. Carmen Burtianu		CMCSS, Viza de conformitate cu PS-01 (data)		Președinte Comisie de Monitorizare, Dr. Rani ALAGHA	
	Medic Șef Anatomie Patologică, Dr. Mihăilă Doina		Verificat legislația în vigoare, Consilier juridic (data)			
	Dr. Olaru Carmen, U.P.U.			22.VII.2022		

Exemplar nr.:



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 3/41

3. Scopul procedurii de lucru

Procedura de lucru are scopul de a stabili regulile și etapele de parcurs în vederea externării pacientului, inclusiv a pacientului decedat din *Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași* precum și responsabilitățile și atribuțiile pentru fiecare categorie de personal.

4. Domeniul de aplicare

Procedura se aplică la nivelul secțiilor medicale și chirurgicale ale spitalului, la nivelul structurilor care asigură investigații paraclinice și servicii conexe actului medical.

5. Documentele de referință (reglementări) aplicabile activității procedurale

5.1 Legislație primară

- **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare
- **Ordonanța Guvernului nr. 119/1999** privind controlul intern și controlul financiar preventiv, republicată, cu modificările și completările ulterioare
- **OMS nr. 1.782/ 576/ 2006** privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare
- **Ordinul 1100/ 2005** privind întocmirea și emiterea Decontului de cheltuieli pacientului
- **Hotărârea nr. 696/ 2021** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2021-2022
- **Ordinul nr 1068/ 2021** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hg NR. 696/ 2021
- **Ordinul nr. 180/ 2022** pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023
- Reglementări privind completarea certificatului medical constatator de deces și codificarea buletinului statistic pentru deces. – Muresan, ED Medicala, București, 2001.

5.2 Legislație secundară

- **Ordinul MS nr. 600/ 2018** privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice
- **Ordinul nr. 446/2017** privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
- **Ordinul 298/ 2020** pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului

5.3 Alte documente, inclusiv reglementări interne ale spitalului

- Regulamentul intern
- Regulamentul de organizare și funcționare
- Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei de monitorizare, coordonare și îndrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control intern managerial.
- Fisa postului
- PL 102-11 - Internare pacienți care nu fac dovada calității de asigurat



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2 Rev.: 2

Pag.: 4/41

6. Definiții și prescurtări ale termenilor utilizați în procedura de lucru

6.1 Definiții ale termenilor

- *Cadavre umane*: persoanele care nu mai prezintă nici un semn de activitate cerebrală, cardiacă sau respiratorie și care sunt declarate decedate din punct de vedere medical, potrivit legii.
- *Necropsie*: Deschiderea și examinarea unui cadavru cu scopul stabilirii cauzei morții.
- *Unitate primire urgente*: secția sau secția clinică aflată în structura unui spital județean, regional, sau în structura spitalelor aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, cu personal propriu, special pregătit, destinată triajului, evaluării și tratamentului de urgență al pacienților cu afecțiuni acute, care se prezintă la spital spontan sau care sunt transportați de ambulanțe.
- *Spatiu pentru decedați*: spațiul destinat depunerii pacienților decedați până la transportul lor la Morga unității sanitare.

6.2 Abrevieri ale termenilor

Nr. Crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1	PO	Procedura operațională
2	PL	Procedură de lucru
3	E	Elaborare
4	V	Verificare
5	A	Aprobare
6	Ap.	Aplicare
7	Ah.	Arhivare
8	CD	Comitet Director
10	CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
10	FOCG	Foaie de Observație Clinică Generală
11	FSZ	Fisa spitalizare de zi
12	UPU	Unitate Primiri Urgente

7. Descrierea procedurii de lucru

EXTERNAREA PACIENTULUI VIU

1. Noțiuni generale

Spitalul de Copii "Sf. Maria" Iași acordă servicii medicale pacienților cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani, cetățeni români și străini care s-au internat conform procedurii de lucru PL 107-03 – "Internarea pacienților în spital"

2. Externarea din spital este de tip:

- Externare la domiciliu – stare pacient : vindecat/ameliorat
- Transfer la alt spital – stare pacient : agravat/ameliorat/stationar
- Externare prin deces – stare pacient : decedat
- Externare la cerere – stare pacient : stationar

3. Etapele de parcurs pentru efectuarea externării

În funcție de evoluția pacientului internat **medicul curant** stabilește data externării, cu respectarea programului de externare stabilit de fiecare secție.

Data externării poate fi :

- cu respectarea nr. de zile recomandat pentru afecțiunea cu care a fost internat:



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2 Rev.: 2

Pag.: 5/41

- decalată, în caz de complicații sau de necesitatea prelungirii supravegherii.

Pacienții minori necesită însoțitor la externare și aparținătorii sunt anunțați cu minim 48 ore înainte. **Cu cel puțin 12 ore înainte se pregătesc documentele de externare. În acest timp nu se mai recomandă investigații/proceduri, operatorii de sistem finalizează preluarea și în format electronic a tuturor serviciilor de care a beneficiat pacientul - excepție fac situațiile neprevăzute: transferul interspitalicesc/decesul/externare la cerere.**

În aceste situații, decontul de cheltuieli se finalizează imediat ce au fost preluate toate datele în sistem dar nu mai târziu de prima zi lucrătoare pentru registratura secției.

3.1. Asistenta medicală

- pregătește pacientul pentru externare ;
- închide dosarul de îngrijire cu preluarea la zi și în format electronic a medicației prescrise din aparatul de urgență, a materialelor sanitare consumate și procedurile specifice . Medicația eliberată din aparatul de urgență și materialele sanitare consumate pentru pacienți este introdusă zilnic în aplicația Hospital Manager de către asistenta de serviciu ;
- dirijează aparținătorul către registratura-internări a spitalului pentru returnare/achitare diferențe sume Taxa spitalizare;
- se asigură că la preluarea pacientului, aparținătorii semnează în FOCG/FSZ, consemnându-se data și ora predării pacientului;
- După înmânarea documentelor de externare de către medic, pacientul se poate schimba în hainele de exterior;
- În cazul în care pacientul nu se poate deplasa singur este însoțit până la ieșirea din spital de un brancardier sau o infirmieră;

Mamele minore internate cu copilul sau gravidele minore vor fi externate de către aparținătorii legali ai acestora, cu completarea unei declarații pe propria răspundere, de asigurare a transportului în condiții de siguranță la domiciliu și de sprijinire a minorei în creșterea și îngrijirea copilului, cu monitorizare ulterioară din partea SPAS-ului. În situația mamei minore/ gravidei minore ai căror aparținători legali nu pot fi identificați, se contactează asistentul social al spitalului (vezi activitate asistenta socială – **PL 118-01 – punctele 5,6**).

- în afara orelor de program a registraturii secției, asistenta de serviciu efectuează următoarele operațiuni:
 - înregistrează în aplicația informatică transferurile pacienților între secții , imediat după ce pacientul a plecat de pe secție, cu respectarea datei /orei la care a avut loc transferul
 - pentru pacienții care au împlinit 18 ani pe parcursul spitalizării sau în momentul externării, efectuează verificarea calității de asigurat pe site-ul CNAS <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html> și atașează la FOCG/FSZ interogarea care se dovedește că pacientul ”nu are card emis”. Prezentarea cardului de sănătate este obligatorie și pentru însoțitorul asigurat care a fost internat în spital și dorește certificat medical la externare. Acesta trebuie să prezinte totodată adeverința de salariat completată cu numărul de zile de concediu medical de care a beneficiat în ultimele 12 luni.

3.2 Medicul curant :

- stabilește și codifică diagnosticele de externare ;
- stabilește starea la externare a pacientului ;
- întocmește epicriza, prescrie tratamentul pe rețete compensate sau simple; rețetele compensate se emit în format electronic (aplicația Hospital Manager) doar dacă pacientul face dovada calității de asigurat. Pentru pacienții care beneficiază la externare de medicație din farmacia cu circuit



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2 Rev.: 2

Pag.: 6/41

- inchis a spitalului conform Ordinului nr. 245/ 2017, prescriptia medicală (Reteta interna) se emite de către medicul curant al pacientului.
- emite Certificatul medical pentru pacient si/ sau insotitor , care se avizează de către medicul Șef de sectie
 - emite Certificatul constator deces (după caz)
 - stabileste data consultației de control
 - emite dupa caz:
 - bilete de trimitere către alte specialități
 - referate medicale catre serviciile de expertiza a muncii
 - semnează toate documentele de externare in concordanta cu informatiile cuprinse in FOCG/FSZ , documente înmânate pacientului in momentul externarii,
 - comunică recomandările privind regimul de viata sau tratament
 - verifică dacă pacientul a semnat toate anexele FOCG/FSZ cu referire la :
 - Acord privind prelucrarea datelor cu caracter personal
 - Consimtamant cu privire la metode diagnostice si de de tratament ,si participarea la procesul educațional medical
 - Acordul pacientului pentru acces deplin la informațiile cu caracter confidențial dat unei persoane mentionate , atât în timpul vieții pacientului, cât și după decesul pacientului
 - Declaratie privind neinregistrarea la starea civilă (daca este cazul)
 - Angajament de plată pentru pacientii străini care nu fac dovada calitatii de asigurat sau cetateni români care au certificate emise de Consulate /Ambasade si nu sunt inregistrati in SIUI, conform procedurii PL 102-11 -Internare pacienti care nu fac dovada calitatii de asigurat, etc.
- Attentionare:** pacientul va completa in josul paginii "**bun și aprobat pentru achitarea sumei prevazuta in decontul de cheltuieli de spitalizare primit la data externarii**", **cu arătarea în litere a sumei de datorat** , in caz contrar Angajamentul este declarat nul in instanta.
- în situatii exceptionale in care medicul preda pacientul apartinatorilor, se asigură că la preluarea pacientului, acestia semnează în FOCG/FSZ de preluare și se consemnează în FOCG/FSZ data si ora predării pacientului . Mamele minore internate cu copilul sau gravidele minore vor fi externate de către aparținătorii legali ai acestora, cu completarea unei declaratii pe propria raspundere, de asigurare a transportului in conditii de siguranta la domiciliu si de sprijinire a minorei în creșterea si ingrijirea copilului, cu monitorizare ulterioară din partea SPAS-ului. In situatia mamei minore/ gravidei minore ai caror aparținatori legali nu pot fi identificati, se contacteaza asistentul social al spitalului (vezi Protocol activitate asistenta sociala – **PL 118-01 – punctele 5,6**).
 - in situatia in care externarea pacientului este obligatoriu a se efectua in afara orelor de program ale registraturii sectiei, medicul curant si personalul medical de serviciu inregistreza si in format electronic (aplicatia Hospital Manager) datele necesare externării (diagnostice, epicriza, decont de cheltuieli, etc.)

Attentionare : După externare nu se mai efectuează modificări/ completări in FOCG/ FSZ, cu exceptia unor situatii bine argumentate si cu aprobarea scrisă a medicului sef de sectie si a directorului medical. După raportarea lunară către CNAS/ Scoala Natională , deblocarea FOCG/ FSZ se va efectua doar cu aprobarea managerului spitalului la solicitarea scrisă a medicului curant avizată de medicul sef de sectie, in situatii foarte bine argumentate.

3.3 Registratorul medical

- **Preia FOCG/FSZ** de la asistenta medicală din serviciu si **introduce** in aplicatia informatică toate datele necesare externării atat pentru spitalizarea continuă cât si de zi (diagnostice, proceduri, epicriza, etc);



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2 Rev.: 2

Pag.: 7/41

- Dirijează apartinatorul catre registratura-internari a spitalului pentru returnare/achitare diferite sume
Taxa spitalizare (dacă este cazul)

- **Efectuează externarea pacientului** in aplicatia informatica Hospital Manager

- **Tehnoredactează/ listează/ inaintează** spre semnare medicului curant si medicului sef sectie/
stampileaza: **biletul de externare al pacientului, scrisoarea medicala, decontul de cheltuieli.**
Listeaza Buletine de analize medicale, verifica existenta Angajamentului de plata in FOCG/FSZ
pentru cazurile care nu au dovedesc calitatea de asigurat , in conformitate cu procedura PL 102-11.

- Tehnoredacteaza/ listeaza/ stampileaza **certificatul medical** pentru Comisie, **certificatul de concediu medical pentru insotitor** (semnare cu card);

- **Semnează si stampilează decontul de cheltuieli la "intocmit"**, asumându-si astfel raspunderea pentru prelucrarea datelor si a conformitatii informatiilor introduse de acesta in programul informatic, pe baza datelor inscrise in FOCG/ FSZ de catre medicul curant si asistentul medical. Un exemplar din decontul de cheltuieli este atasat la FOCG/FSZ , un exemplar este înmânat pacientului și un exemplar este predat zilnic pana la orele 15.00 la serv. Financiar , centralizat pe sectie cu foaia de miscare atasata .

Toate datele/serviciile medicale de la nivelul clinicii/ sectiei de externare cat si de la nivelul tuturor celorlalte departamente in care pacientul a beneficiat de servicii medicale (Laboratoare medicale, Servicii de investigatii : Explorări functionale, Radiologie si Imagistică medicală, Bloc operator, Anatomie patologica,etc) sunt introduse până la momentul externării de către utilizatorii desemnati de la nivelul fiecărei structuri/departament (registratori medicali, asistenti medicali, medici) . Neintroducerea in timp real sau imediat după efectuarea serviciului atrage după sine raportări incomplete, eronate, invalidarea cazului si sanctiuni in consecință.

- **Verifică calitatea de asigurat** si listează confirmarea acesteia pentru pacientii care nu au putut fi interogati pe parcursul spitalizarii din motive de nefunctionalitate a site-ului CAS dovedite prin listarea atasata la FO conform procedurii PL 102-11.

- **Centralizează Angajamentele de plată / Declaratiile privind nreinregistrarea la starea civila** ale pacientilor care nu fac dovada calității de asigurat/nu detin certificat de nastere și le depune la serv. Statistică medicală , zilnic , conform procedurii PL 102-11. Attentionare: Toate angajamentele de plată trebuie sa fie completate cu toate datele pacientului si in josul paginii sa aiba scris lizibil : **"bun și aprobat pentru achitarea sumei prevazuta in decontul de cheltuieli de spitalizare primit la data externarii"**, cu arătarea în litere a sumei de datorat .

Angajamentul de plată este completat si semnat de pacient in fata medicului curant la externare.

- Pentru pacientii cu insotitor , ordinea efectuării externării in calculator este:

1. Insotitor 2. Pacient

De pe sectia ATI nu se efectueaza externări nici pentru pacienti nici pentru insotitori.

- Depune la arhiva spitalului Foile de observatie spitalizare continuă si de zi , cu verificarea concordantei faptice (numerice) cu evidenta scriptică (din calculator) .

- In situatia in care externarea este dupa programul de lucru al registraturii sectiei si se efectuează prin transfer la alt spital sau externare la cerere , decontul de cheltuieli se finalizeaza imediat ce au fost preluate toate datele in sistem dar nu mai tarziu de prima zi lucrătoare pentru registratura sectiei.

Precizare: Costul zilei de spitalizare este calculat in baza datelor centralizate in Centrele de Cost ale fiecărei sectii si acelor rezultate din executia bugetara (cheltuieli indirecte, etc.).

3.4 Brancardierul/infirmiera

Însoteste pacientul de la salon pna la iesirea din spital, in caz de necesitate.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 8/41

EXTERNAREA PACIENTULUI DECEDAT

1. Constatarea decesului

Decesul este constatat obligatoriu de medicul curant primar/specialist sau medicul de gardă. In cazul in care decesul se produce intre orele 13.00 – 08.00, acesta este constatat de medicul de garda cu grad de primar/ specialist.

Dupa ora 14.00, in weekend si in zilele de sarbatoare decesul este constatat de catre medicul de garda.

Persoana care constata decesul, consemneaza in FOCG, data si ora decesului cu semnatura si parafa, scrie epicriza de deces, DIAGNOSTICUL DE DECES, cu data/ora cu semnatura si parafa.

Pacientul decedat ramane 2 ore pe sectie/compartment intr-un spatiu izolat cu paravan. In UPU exista camera special amenajata.

2. Anuntarea apartinatorilor despre survenirea decesului se face după 2 ore de la constatarea acestuia de catre medicul curant/medicul de garda al sectiei, pe perioada programului de lucru , care are obligatia (legala) de a anunta telefonic, telegrafic, prin centrala telefonica, etc. apartinatorii legali ai pacientului decedat .

Medicul curant al copilului internat fără apartinator are obligatia alaturi de registratorul medical sa verifice consemnarea datelelor de contact ale acestora in foaia de obsevatie: adresa, telefon.

Anuntul se consemneaza in registrul de note telefonice si in foaia de observatie clinica cu data, ora si semnatura.

În situația în care nu este posibilă contactarea aparținătorilor decedatului (și care întrunesc condițiile pentru prelevarea de organe și țesuturi) se va proceda conform cadrului legal dupa cum urmează:

- după 3 zile de la deces va fi anunțată în scris Poliția de către secția spitalului unde a decedat bolnavul;
- dacă, într-un interval de 10 zile de la survenirea decesului nu se prezintă aparținătorii, decedatul va fi considerat caz social;

Prin **cadavre nerevendicate** se înțeleg acei pacienți decedați nerevendicați legal de nici un aparținător de gradul I sau de soț /soție pe toată durata spitalizării până la declararea legală a decesului și ale căror servicii funerare intră în grija statului. De asemenea, în aceasta categorie intră și persoanele fără aparținători aflate în unitățile de îngrijire socială (cămine de bătrâni, cămine spital etc).

Pentru cadavrele nerevendicate si nepreluate, se va efectua autopsia si va fi anuntata in scris primaria din raza teritoriala a spitalului.

3. Transferul la morga

- După 2 ore de la deces, cadavrul este transferat la morgă de către brancardierii/ infirmierele sectiei unde a decedat bolnavul sau de brancardierul de serviciu și este depus în frigiderul mortuar.
- Responsabilitatea anuntarii brancardierilor/ infirmierelor este a medicului curant sau a medicului de garda in echipa cu asistenta de garda .
- Decedatul este adus dezbrăcat, fără obiecte prețioase (inele, cercei etc) învelit într-un cearceaf sau introdus într-un sac de plastic opac de culoare închisă; se va menționa în scris (pe biletul de însoțire al decedatului) prezența de proteze dentare fixe din aur.
- Decedatul trebuie să poarte (de preferință pe antebraț) o brățară de identificare cu: numele prenumele, vârsta, secția unde a fost internat, ora decesului, numărul foii de observație clinica.
- Decedatul trebuie însoțit către Serviciul de Anatomie Patologică de următoarele acte:
 - **biletul de însoțire al decedatului**, care să includă: numele, vârsta, ultimul domiciliu, data nașterii, CNP, data și ora decesului, secția unde a fost internat, numărul foii de observatie clinica



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2 Rev.: 2

Pag.: 9/41

diagnosticul de deces, semnătura și parafa medicului curant/ medic de garda, după caz, toate acestea completate într-un bilet tipizat unic pentru întreaga țară ;

- **FOCG cu evoluția completată la zi, inclusiv constatarea decesului** (cu semnătura și parafa) și **epicriza de deces** (cu semnătura, parafa și data efectuării) ;

- **certificatul de naștere, buletinul de identitate/ cartea de identitate/ pașaportul decedatului**. Foaia de observație clinică și actul de identitate al decedatului vor fi aduse Serviciului de Anatomie Patologică cel mai târziu până la ora 9 a dimineții următoare survenirii decesului sau se ridică de către un delegat al Prosecturii

- Brancardierii /ingrijitoarele secției vor completa în **GRAFICUL DE EVIDENȚA DECEDAȚI** de lângă frigiderul mortuar următoarele rubrici: data și ora când au depus cadavrul, clinica din care este adus, nume și prenume decedat, nume și prenume brancardier sau infirmier care a transportat decedatul cu semnătura.

- Ingrijitoarea din anatomie patologică va completa în același grafic: numele și prenumele cu semnătura și ora la care a luat la cunoștință despre existența decedatului în frigiderul mortuar.

- **Decedatul este trecut în registrul de înregistrare al decedaților.**

- **Se va verifica :**

▪ **in aplicatia informatica "Hospital Manager" concordanta dintre CNP-ul din certificatul de nastere, FOCG si cel completat in sistem**

▪ **inregistrarea in SIUI a pacientului (click buton alaturat CNP in Hospital Manager)**

- **In situatia in care nu exista concordanta intre informatii sau pacientul nu este inregistrat in SIUI se va anunta imediat comp statistica medicala/ birou internari pentru completarea datelor.**

4. Decesul care survine în ambulator, UPU sau în oricare din camerele de garda ale spitalului se va proceda în modul următor:

În U.P.U. sunt admise următoarele tipuri de pacienți:

- Pacienți de vârstă pediatrică (0 zile-18 ani) din prespital, în stop cardio-respirator, cu manevre de resuscitare în curs de desfășurare efectuate de către echipaje medicale SAJ sau SMURD
- Pacienți de vârstă pediatrică, în stop cardio-respirator cu Suport Vital de Baza inițiat sau nu, de aparținătorii legali sau anturaj, de la domiciliu sau loc public, cu mijloace proprii
- Pacienți transferați din alte unități sanitare, cu aviz medic primar/ specialist din secțiile clinice ale Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii "Sfânta Maria" Iași, care au intrat în stop cardiorespirator în mijloacele de transport medicalizat și care sunt în curs de resuscitare
- Pacienți internați în secțiile clinice ale spitalului, care au intrat în stop cardiorespirator în timpul deplasării cu sau fără însoțitor legal, la parterul spitalului sau în curtea interioară a acestuia, deci în imediata vecinătate a UPU
- Pacienți adulți în stop cardiorespirator instalat în incinta spitalului sau în imediata vecinătate

În UPU nu sunt admise cadavre, pacienții deja declarați decedați din punct de vedere medical.

În UPU, decesul este declarat de medicul șef tura/ garda, care este coordonatorul echipei de resuscitare, este consemnata data și ora decesului în Fișa UPU a pacientului, cu semnătura și parafa. În Fișa UPU se întocmește Epicriza de deces, medicul menționează data și ora efectuării acesteia, semnează și parafează epicriza.

Asistentul șef tura, la indicația medicului șef tura/ garda anunță telefonic, secția IV Poliție Iași, în caz de suspiciune medicolegală, pacient neidentificat sau adult, notează în fișa pacientului data/ ora convorbirii telefonice, gradul/ numele și prenumele ofiterului de poliție caruia i s-a comunicat evenimentul. Anunțul decesului se face în maxim 10 minute de la declararea decesului de către medic.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 10/41

Asistentul șef tura notează în fișa decedatului ora la care s-a prezentat echipa Serviciului de intervenție la evenimente din cadrul Poliției Iași, componenta acesteia.

- Dacă decesul nu corespunde criteriilor de încadrare drept caz medico-legal, echipa Serviciului evenimente va consemna în scris acest lucru pe foaia de examinare, decedatul urmând a fi obligatoriu autopsiat anatomopatologic în Laboratorul de Anatomie Patologică din cadrul spitalului, iar dacă este caz medicolegal sau adult acesta este transportat către IML Iași de Poliție și serviciile abilitate, la cererea acestora, cu ordonanțe de transport.
- *Pacient însoțit*: informarea aparinătorilor legali este efectuată de conducătorul echipei de resuscitare (medic șef tura/ garda) după întreruperea manevrelor de resuscitare și declararea decesului.
- *Pacient neînsoțit*: cunoscut (identificat) - sunt anunțati aparinătorii legali, după întreruperea manevrelor de resuscitare și declararea decesului, telefonic prin centrala spitalului de către coordonatorul echipei de resuscitare, consemnează acest lucru în Fișa UPU data și ora anunțului, sub semnatura și parafă. Dacă părinții nu pot fi contactați telefonic este anunțată telefonic secția IV Poliție în vederea transmiterii informației cu ajutorul echipajelor din teritoriul de domiciliu al pacientului decedat, asistentul șef menționează în fișa decedatului ora transmiterii evenimentului la Poliție și notează numele, prenumele, funcția persoanei care a preluat informația.
- *Pacient neidentificat* (necesită stabilirea identității)- se anunță secția IV Poliție, conform procedurii descrise anterior. În Fișa UPU - se notează greutatea, talia, sexul pacientului, vârsta probabilă.
- În situația în care unitatea medicală nu eliberează certificatul constatator al decesului, aceasta trebuie să instiinteze în scris Inspectoratul de poliție al județului Iași, în ziua decesului sau în următoarea zi lucrătoare, între orele 08.00 - 16.00, cu privire la decesul copilului. În cuprinsul instiintării se vor expune motivele pentru care instituția nu eliberează certificatul constatator al decesului și considera că se impune efectuarea unei autopsii medico-legale. Totodată, unitatea medicală va pune la dispoziție o copie completă și lizibilă a foii de observație UPU și a unor documente medicale relevante. În cuprinsul documentației medicale va fi menționată și unitatea spitalicească de la care a fost transferată persoana decedată (dacă este cazul).

Timp de 2 ore *pacientul declarat decedat* este menținut în UPU, în "*FILTRU*" pe targa, fără dispozitive medicale, cu brățara de identificare pe care se notează numele și prenumele, vârsta, data și ora decesului, numărul fișei UPU, acoperit cu cearsaf de unică. Dacă pacientul are aparinători legali aceștia însoțesc pacientul, în prezența unui angajat UPU (infirmiera sau brancardier) în spațiul special amenajat, fiind limitat accesul altor persoane în spațiul respectiv.

Pacientul neînsoțit - este izolat în "Filtru", sub cheie, pe targa, cu lumina artificială pe timp de noapte. Obiectele de valoare (inele, cercei, ceas, etc) sunt inventariate și pastrate până la predare în dulap sub cheie, conform Procedurii de predare-premire bunuri pacienți, în vigoare.

Cadavrul este transportat de brancardierul de serviciu, în Laboratorul de Anatomie Patologică, cu biletul de însoțire tipizat, completat. Pacientul decedat este introdus într-un sac de plastic opac de culoare închisă pe targa acoperit cu cearsaf de unică folosință. Actele medicale (Fișa UPU), buletinul de identitate sau certificatul de naștere sunt predate de către asistentul șef tura, medicului anatomopatolog până a 2-a zi, la ora 9.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 11/41

4. Necropsia

Necropsia se efectuează obligatoriu la toate decesele survenite în spital (cu excepția celor care solicita scutire de necropsie și pentru care există premisele legale acordării acesteia) cu informarea prealabilă a familiei.

Necropsia se efectuează de către medicul anatomopatolog după studierea foii de observație clinică generală a decedatului. Rezultatul necropsiei anatomopatologice cuprinde stabilirea tanatogenezei

Conform legii, la autopsie va participa :

- medicul curant
- medicul șef de secție (în cazul în care acesta nu poate participa va desemna un medic reprezentant al secției)

Efectuarea necropsiei anatomopatologice se va face cu respectarea următoarelor condiții :

necropsia este obligatorie pentru toate situațiile stabilite prin norme.

la cerere și contra cost se pot efectua necropsii ale unor persoane decedate la domiciliu peste vârsta de 1 an, dacă acestea nu constituie cazuri medico-legale .

Dacă în cursul necropsiei anatomopatologul constată leziuni cu implicații medico-legale, oprește necropsia și anunță organul judiciar competent, potrivit legii.

➤ **Decizia necropsiei anatomopatologice** (versus cea medico-legală) o ia medicul șef de Serviciu de Anatomie Patologică, care răspunde pentru această decizie, iar cazurile ce necesită o necropsie medico-legală se precizează prin lege .

Autopsia se efectuează cu informarea prealabilă a familiei. Autopsia se efectuează după 6 ore pentru copilul peste 7 ani și 12 ore pentru copiii sub 7 ani.

➤ **Expertiza medico – legală**

Expertiza medico-legală este reglementată de Legea 459/2001, Legea 104/2003, Legea 271/2004 și se face în cazurile de:

- Moarte violentă, chiar și atunci când există o anumită perioadă între evenimentele cauzale și deces;
- Cauza morții nu este cunoscută;
- Cauza morții este suspectă - un deces este considerat moarte suspectă în următoarele situații:
- moarte subită;
- decesul unei persoane a cărei sănătate, prin natura serviciului, este verificată periodic din punct de vedere medical;
- moartea pusă în legătură cu o deficiență în acordarea asistenței medicale sau în aplicarea măsurilor de profilaxie;
- decesul pacientului care a survenit în timpul sau la scurt timp după o intervenție diagnostică sau terapeutică medico-chirurgicală.
- decesul sub 24 ore de la internare fără patologie cunoscută.

În aceste cazuri, întocmirea certificatului medical constatator al decesului este responsabilitatea medicului legist.

În vederea autopsiei procesurale sau medico-legale, medicul curant (sau medicul reprezentant al secției respective) va prezenta, obligatoriu, cel târziu la ora 9.00 a zilei următoare survenirii decesului, la Serviciul de Anatomie Patologică/ Institutul de Medicină legală, Foaia de Observație Clinică Generală, completată cu evoluția la zi, **epicriza și diagnosticul de deces. Pentru cazurile medico-legale F.O. în două copii conform cu originalul.**



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 12/41

La autopsie asista obligatoriu medicul sef de sectie si medicul care a declarat decesul.

- Decesul se codifica in baza electronica de date ;
- Diagnosticul din certificatul medical constatator de deces se trece in foaia de observatie/Fisa UPU;

5. Diagnosticul anatomopatologic macroscopic postnecroptic se completează în foaia de observație clinică generală și registrul de protocoale de necropsie al Serviciului de Anatomie Patologică.

Medicul anatomopatolog le explică aparținătorilor leziunile găsite, mecanismul morții, precizând că rezultatul definitiv va putea fi stabilit numai după examenul microscopic.

Medicul anatomopatolog redactează protocolul de necropsie în maxim 48 ore de la efectuarea necropsiei și îl trece în registrul de protocoale de necropsie. Medicul anatomopatolog efectuează examenul histopatologic al fragmentelor recoltate în maxim două luni de la efectuarea acesteia și stabilește diagnosticul final postnecroptic care:

- se anexează protocolului de necropsie în registrul de protocoale de necropsie;
- se comunică în scris medicului curant al decedatului, care are obligația de a-l anexa la foaia de observație clinică generală a pacientului;
- se comunică în scris aparținătorilor decedatului doar dacă acestia solicită în scris direcției spitalului eliberarea acestuia

Certificatul Constatator al decesului si formularele tipizate necesare exista in Biblioraftul destinat deceselor, in Spatiul de Documentare din fiecare sectie/UPU.

6. In cazul când aparținătorii solicită SCUTIREA DE NECROPSIE și există premisele legale ale acordării acesteia, se va proceda după cum urmează :

- aparținătorii vor cere în scris scutirea de necropsie, menționând faptul că nu au nici o rezervă asupra diagnosticului stabilit și a tratamentului aplicat și asumându-și toată responsabilitatea pentru aceasta în fața restului familiei decedatului – formulare tipizate pentru întreaga țară.
- scutirea de necropsie (la care se atașează o copie după actul de identitate al solicitantului) va fi aprobată de medicul curant, șeful secției unde a decedat bolnavul, șeful Serviciului de Anatomie Patologică și managerul spitalului și va fi păstrată împreună cu biletul de însoțire a decedatului.
- nu se acordă scutire de la necropsie pentru decesele survenite la mai puțin de 24 ore de la internare.
- excepție de la necropsie face decesul survenit în cazul transferului între secții sau spitale, dacă nu există dubii asupra tratamentului aplicat sau a diagnosticului de deces, precum și decesul survenit în cursul internării pentru o cură periodică a unei afecțiuni cronice terminale, dacă nu există dubii asupra tratamentului aplicat sau a diagnosticului de deces.

7. Completarea si eliberarea certificatului medical constatator de deces.

Certificatul medical constatator de deces se completează după cum urmează:

- a) de către medicul anatomopatolog, în cazul în care se efectuează autopsia;
- b) în cazul în care nu se efectuează autopsia și decesul nu constituie caz medico-legal, certificatul

medical constatator de deces se eliberează de către medicul curant care a îngrijit bolnavul înaintea decesului.

Urmatoarele acte/ manevre medicale post - mortem se efectueaza dupa confirmarea medicala a mortii cerebrale, la interval de cel putin 6 ore pentru adulti si copii cu varsta de peste 7 ani si dupa un interval de cel putin 12 ore pentru copii sub varsta de 7 ani:

1. autopsia
2. eliberarea certificatului medical constatator de deces, in acelasi timp cu eliberarea decedatului imbalsamat si/sau autopsiat



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 13/41

3. imbalsamarea

In timpul programului de lucru (luni – vineri, orele 08.00 – 13.00) certificatul este intocmit de catre medicul anatomo-patolog/curant.

In afara programului normal de lucru, respectiv in ziua de sambata/ duminica la nevoie, la solicitarea expresa a apartinatorilor, certificatul este intocmit de medicul de garda cu grad de primar/ specialist, **daca exista cererea de scutire de necropsie**. In cazurile de solicitare expresa a eliberarii cadavrului in primele 6-12 ore de la constatarea decesului in zilele de sarbatoare si cand nu se impune necropsia, conducerea spitalului va face solocitare scrisa si telefonica catre personalul din Anatomie Patologica pentru eliberarea cadavrului. Solicitarea este facuta pentru intervalul de timp 8 – 12 a.m.

Daca pacientul decedeaza in sectia ATI, certificatul de deces va fi intocmit de medicul curant sau medicul de garda.

Completarea certificatului medical constatator al decesului se face pe sectie:

In zilele luni – vineri orele 07.00 – 15.00, certificatele medicale constatatoare ale decesului se gasesc la registratura sectiei.

Intre orele 15.00–07.00, certificatele medicale constatatoare ale decesului se gasesc pe sectie.

Este obligatorie completarea corecta a tuturor rubricilor conform cu FOCG si actul de identitate (certificat de nastere, carte de identitate, buletin de identitate sau pasaport) si nu se admit stersaturi, corecturi.

REGULI DE COMPLETARE A CERTIFICATULUI MEDICAL CONSTATOR AL DECESULUI:

1. Se vor alege drept cauze de deces, in ordinea gravitatii urmatoarele afectiuni:
 - Tumorele maligne in stadii avansate
 - Bolile infectioase cu evolutie grava
 - Tuberculoza evolutiva in forma grava
 - Malformatiile congenitale grave ale aparatului circulator, digestiv, renal.
2. In selectarea cauzei de deces trebuie tinut seama de stadiul sau/si de forma clinica, gravitatea bolii. De exemplu in cazul unui deces in care se constata sechele dupa hemoragie cerebrala si o nefrita cronica grava cu insuficienta renala se completeaza aceasta din urma drept cauza de deces.
3. Daca decesul a survenit dupa o interventie chirurgicala, ca de exemplu pentru abdomen acut, sau tumora maligna, ca urmare a gravitatii bolii, se va trece drept cauza initiala la punctul "c" boala care a provocat abdomenul acut, sau tumora maligna.
4. Prematuritatea nu poate fi inregistrata drept cauza de deces in partea I-a (a,b,c,d) a diagnosticului de deces, ci eventual in partea a II-a ca stare care a favorizat decesul, cautandu-se intotdeauna sa se precizeze cauza reala (ex. decesul subit al sugarului care poate fi totusi acceptat drept cauza decesului).
5. Simptomele nu pot fi inregistrate drept cauza a decesului (de ex. insuficienta circulatorie, sau insuficienta respiratorie, hematurie, coma, etc), la fel sechelele bolilor.
6. Se va avea grija la completarea certificatului medical constatator al decesului sa existe concordanta intre cauza decesului, varsta si sex.
7. In cazul tumorilor se va specifica felul si natura lor (benigne, maligne, primitive sau secundare) si localizarea acestora. De exemplu: tumora maligna primara a plamanului.
8. In general trebuie codificata cauza initiala a decesului, adica cea inregistrata la punctul "c" si "d". Fac exceptie de la aceasta regula bolile cerebro-vasculare, hemoragie cerebrala, tromboza cerebrala, infarctul cerebral, infarctul acut al miocardului, embolia, tromboza, infarctul pulmonar, infarctul intestinal, mezenteric, care cu toate ca apar la punctul "b" se codifica drept cauza de deces.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 14/41

9. Asfixia prin ascarizi se codifica la accidente.
10. Embolia postoperatorie se codifica la complicatiile datorate actelor chirurgicale si ingrijirilor medicale.
11. Moartea produsa printr-un accident (de ex. prin cadere) la un epileptic, se codifica la accidentul respectiv. Decesul survenit in timpul crizelor subintrante epileptice se codifica la epilepsie.
12. Toxicoză, gastroenteritele, enterocolitele infectioase se codifica la bolile diareice.
13. Dispepsia gastro-intestinala se codifica la gastrita, duodenita, alte boli ale stomacului si duodenului, iar dispepsia intestinala la tulburarile functionale ale aparatului digestiv, ele constituie inasa, foarte rar cauze de deces.
14. Viroza respiratorie se codifica la alte infectii acute ale cailor respiratorii superioare si nu poate constitui de obicei cauza de deces, exceptand copiii mici.
15. Distrofia se codifica la alte malnutritii proteino-calorice si poate fi cauza de deces la copiii mici, iar in cazul decesului prin bronhopneumonie, aceasta se claseaza la "c", iar distrofia trece la "d".
16. Hemoragia cerebrala si sindromul neurovascular la nou-nascuti se codifica la traumatismele obstetricale.
17. Cand la un nou-nascut apare o hemoragie cerebrala si imaturitate, sau hemoragie cerebrala si o afectiune anoxemica se codifica la alte afectiuni anoxemice.
18. Cand la un nou-nascut apare hemoragia cerebrala si o alta cauza care ar fi putut provoca moartea in aceasi masura, se codifica hemoragia cerebrala la "c" si cealalta boala la "d" daca decesul s-a produs in primele 3 zile de la nastere si invers daca decesul s-a produs dupa 3 zile.
19. Bolile infectioase trebuie sa apara ori la "c" ori la "d". Bolile infectioase asociate cu HIV apar ca HIV asociat cu alte boli infectioase la "c".
20. Tumorile apar intotdeauna la "c", in special in cazul metastazelor, dar pot apare la "d" cand sunt in stadiu incipient si exista alte boli grave care au determinat decesul.
21. Diabetul, tireotxicoza si alte boli endocrine pot fi ele singure cauza de deces codificandu-se la "c", iar in cazul asocierii cu alte boli grave (infarctul acut de miocard, hemoragie cerebrala, tumori maligne, etc) ele trebuie totusi sa apara la "d".
22. Bolile sangelui si ale organelor hematopoietice trebuie codificate similar cu ceea ce s-a mentionat la diabet si alte boli endocrine.
23. Bolile psihice nu trebuie sa fie codificate la "c" decat in cazurile extreme (schizofrenie grava, sau alte psihoze grave), la "c" aparand fie sinuciderea, sau accidente involuntare mortale, ciroza alcoolica etc, dar bolile psihice pot sa apara la punctul "d", exceptand tulburarile mintale usoare sau oligofrenia in forma usoara si cand ele nu puteau influenta decesul (cauzat de o boala cardiaca, respiratorie, renala, etc).
24. Bolile sistemului nervos central pot fi cauza de baza a decesului, deci sa apara la "c", iar in cazul altor boli care in mod indubitabil au cauzat moartea (cardiopatia ischemica cu sau fara infarct acut al miocardului, ciroza hepatica, diabetul zaharat, etc.) bolile sistemului nervos central trebuie totusi sa apara la punctul "d". Astfel sunt de ex. meningo-encefalitele care in general se codifica la "c" la fel si unele afectiuni ereditare si degenerative, boli demielinizante.
25. Bolile ochiului si urechii, exceptand cele infectioase, supurative, care ajung la exitus prin septicemie, nu pot fi cauze de deces.
26. O serie de coduri ce apar la bolile aparatului circulator (insuficienta, aritmii, fibrilatii) trebuie considerate ca mod de deces, aceasta fiind consecinta miocardiopatiilor, hipertensiunii arteriale etc, deci ele pot apare numai la punctele "a" sau "b".
27. Edemul pulmonar acut apare datorita insuficientei inimii drepte si trebuie deci codificat la cardiopatia respectiva.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 15/41

28. Nefritele acute, cronice, insuficienta renala se pot trece la rubrica "c", dar in cazul hipertensiunii arteriale eventual si cu cardiopatie, se trece la "c" codul de hipertensiune cu cardio-nefropatie.

Certificatul de deces este eliberat aparținătorilor si pentru cadavrele abandonate Serviciului de Anatomie Patologică.

Exceptiile de la acesta procedura sunt legate de autopsia in cadrul Expertizei Medico-Legale – - vezi capitolul corespunzător.

8. Completarea fisei de deces.

Fisa de deces se completeaza de catre medicul care a constatat decesul, concomitent cu eliberarea certificatului medical constatator al decesului. Completarea fisei se face in termen de 24 ore de la deces, dupa datele declarate de parinti, datele din foaia de observatie, date din fisa de la medicul de familie. Aceasta se transmite la Serviciul de Statistica si Informatica din cadrul spitalului. Fisa va purta data (anul, luna, ziua) la care a fost completata, semnatura si parafa medicului care a constatat decesul. Fisele de deces se gasesc in biblioraftul dedicat pacientilor decedati in camera "INFORMARE-DOCUMENTARE" din UPU. In cazul nou-nascutului decedat in primele 6 zile de viata se va completa atat **fisa decesului perinatal** (anexa nr 6) cat si **fisa decesului 0-1an** (anexa nr.7) Pentru copilul mai mare se completeaza **fisa decesului 1-4 ani** (anexa nr. 8)

9. Predarea - preluarea cadavrului catre/ de catre apartinatori

Externarea persoanelor decedate, de religie islamica , se realizeaza, la cererea familiei , intr-un interval de 24 ore de la constatarea decesului, in conditiile in care nu exista suspiciunea unor implicatii medico-legale prevazute de lege.

Apartinatorii depun o solicitare de ridicare a cadavrului, solicitare in care precizeaza date de identificare ale persoanei decedate si gradul de rudenie cu aceasta. Solicitarea va fi insotita de copii ale documentelor de identitate ale apartinatorilor.

Predarea primirea cadavrului se face fie prin completarea unui proces verbal de predare-primire, completat in 2 exemplare , unul pentru apartinatori si unul pentru morga, fie prin completarea in registrul de predare-primire cu semnatura apartinatorilor de preluare a cadavrului. Apartinatorilor li se predau:

- Cadavrul
- Un exemplar din certificatul constatator de deces in sectie
- Obiectele prețioase (inele, cercei etc.) ce au apartinut persoanei decedate
- Efectele cu care a venit , aflate in pastrarea spitalului de la garderoba.

La preluarea cadavrului, apartinatorii verifica identitatea acestuia si certifica in registrul de predare-primire.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 16/41

8 . Indicatori de monitorizare și riscul asociat

Indicatori de monitorizare ai rezultatelor	Analiza rezultatelor implementării	
	Analiza 1 data	Analiza 2 data
Indicatori de structură: Nr. FOCG/ FSZ Nr. medici anatomopatologici		
Indicatori de proces: Nr. pacienți internati Nr. necropsii		
Indicatori de rezultat: Număr sesizări, plângeri/ reclamații din partea vizitatorilor / aparținătorilor cu privire la externare Nr. pacienți cu scutire de necropsie Nr. cadavre nerevendicate Nr. bilete de externare		

9. Identificarea riscurilor operaționale și stabilirea măsurilor de limitare ale acestora

Nr. Crt.	Riscuri	Măsuri de limitare
1.	Identificarea eronată a pacientului de externat	Verificarea documentelor de externare și legitimarea pacientului/ aparținătorului de către medicul curant/ asistent medical
2.	Codificarea eronată a diagnosticelor de externare	Verificarea biletului de externare de către medic în momentul semnării și parafării biletului
3.	Prelucrarea eronată/ date incomplete privind decontul de cheltuieli	Fiecare structură în care pacientul a beneficiat de servicii medicale, verifică decontul analitic al pacientului, secția de externare fiind responsabilă de întocmirea/ verificarea atât a decontului analitic, cât și de semnarea/ parafarea decontului sintetic de către medicul curant.
4.	Necompletarea în "Graficul de evidența decedați" a datelor de identificare ale pacientului	Instruirea personalului și verificarea zilnică atât a graficului cât și a interiorului frigiderului mortuar
5.	Pacient adus în cadrul serviciului fără bilet de însoțire sau completat incorect.	Verificarea datelor de identificare ale pacientului: concordantă între bratara de identificare și biletul de însoțire
6.	Omiterea completării corecte în FO și CCD a diagnosticelor.	Verificarea în momentul completării CCD a datelor din FO - concordantă
7.	Pacienți ai căror aparținători nu au venit în termen de 3 zile de la anunțarea decesului.	Informarea telefonică a aparținătorilor și anunțarea organelor de poliție în vederea informării familiei despre persoana decedată



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 17/41

8.	Necompletarea în "Graficul de evidența decedați" a datelor de identificare ale pacientului	Instruirea personalului și verificarea zilnică atât a graficului cât și a interiorului frigiderului mortuar
----	--	---

10. Responsabilități

9.1 Managerul

Aprobă prezenta procedură

9.2 Președintele Comisiei de Monitorizare

- Urmărește aplicarea prevederilor prezentei proceduri

9.3 Medicul curant

- Aplică prezenta procedură

9.4 Asistenta medicală

- Aplică prezenta procedură

9.5 Registratorul medical

- Aplică prezenta procedură

9.6 Brancardierul/infirmiera

- Aplică prezenta procedură

Nr. crt.	Compartiment/responsabil	Acțiunea/operațiunea
1.	Medic Ioniuc Ileana Sef Serv. Informatica si Statistica medicala Medic Șef Anatomie Patologică, Dr. Olaru Carmen, U.P.U.	E, Ap. Ține sub control procedura, formularele și înregistrările corespunzătoare Se preocupă de instruirea personalului atât profesional cât și din punctul de vedere al sistemului de management al calității, vizând îmbunătățirea continuă a activităților în cadrul procedurii
2	Sef Medic Sectie Asistent medical sef	Ap. Se preocupă de instruirea personalului atât profesional cât și din punctul de vedere al sistemului de management al calității, vizând îmbunătățirea continuă a activităților în cadrul procedurii
3.	Șef CMCSS	Verifică respectarea Ordinului 600/2018 Ține sub control procedura, formularele și înregistrările corespunzătoare
4.	Consilier juridic Președinte Comisie de Monitorizare	Verifica legislația în vigoare
5.	Manager	Av.
		A
		Asigură resursele necesare desfășurării activității



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

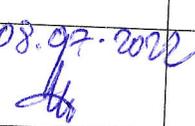
Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 18/41

6.	CMCSS	procedurii
		Ah.

11. Formular de analiză a procedurii

Nr. crt.	Denumire compartiment/ secție	Nume și prenume conducător compartiment/ secție	Inlocuitor de drept sau delegat	Aviz favorabil Semnatura/ Data	Aviz nefavorabil Semnatura / Data	Observatii pt. avizul neavorabil
1.	Secția Clinică Pediatrie II	Șef Lucr. Dr. Alina Mariela Murgu				
2.	Secția Clinică Oncologie	Prof. Dr. Ingrith Crengunța Miron				
3.	Șef Interimar Secția Clinică Gastroenterologie	Șef Lucr. Dr. Bozomitu Laura				
4.	Șef interimar Secția Clinică Nefrologie	Șef Lucr. Dr. Stârcea Iuliana Magdalena				
5.	Șef interimar Secția Clinică Chirurgie Pediatrică I	Șef Lucr. Dr. Hanganu Elena				
6.	Șef interimar Secția Clinică Chirurgie Pediatrică II	Șef Lucr. Dr. Ciongradi Carmen Iulia				
7.	Șef Interimar Secția Chirurgie plastică, microchirurgie reconstructivă	Dr. Susasu Sidonia Petronela				
8.	Serviciul de Anatomie Patologica	Dr. Plamadeala Petru				
9.	A.T.I.	Dr. Munteanu Valentin				
10.	U.P.U.	Șef Lucr. Dr. Tamara Solange Rosu		08.07.2022 		

12. Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii de lucru:

Compartiment	Nume și prenume	Data primirii	Data	Data	
--------------	-----------------	---------------	------	------	--



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 19/41

	1	2	3	4	vigoare	6
1	Director Medical				5	
2	Director financiar – contabil					
3	Director Îngrijiri					
4	Sectii/ Compartimente/ servicii medicale					
5	Servicii/ birouri administrativ					
6	Secretariatul Tehnic al Comisiei de Monitorizare					

* Distribuirea procedurii s-a efectuat conform Listei de Difuzare nr. 21085 / 22072022

13. Anexe, înregistrări, arhivări

- Anexa nr. 1 – Diagrama de proces
- Anexa nr. 2 – Scutire de necropsie
- Anexa nr. 3 – Declarație privind acordul/ dezacordul pentru incinerarea decedatului
- Anexa nr. 4 – Protocol de Necropsie
- Anexa nr. 5 – Protocol de predare a cadavrului către aparținător
- Anexa nr. 6 - Fisa decesului perinatal
- Anexa nr.7 - Fisa decesului 0 - 1an
- Anexa nr. 8 - Fisa decesului 1 - 4 ani
- Anexa nr. 9 – Bilet de trimitere pacient decedat catre Sectia Anatomie Patologica



EXTERNAREA PACIENȚILOR

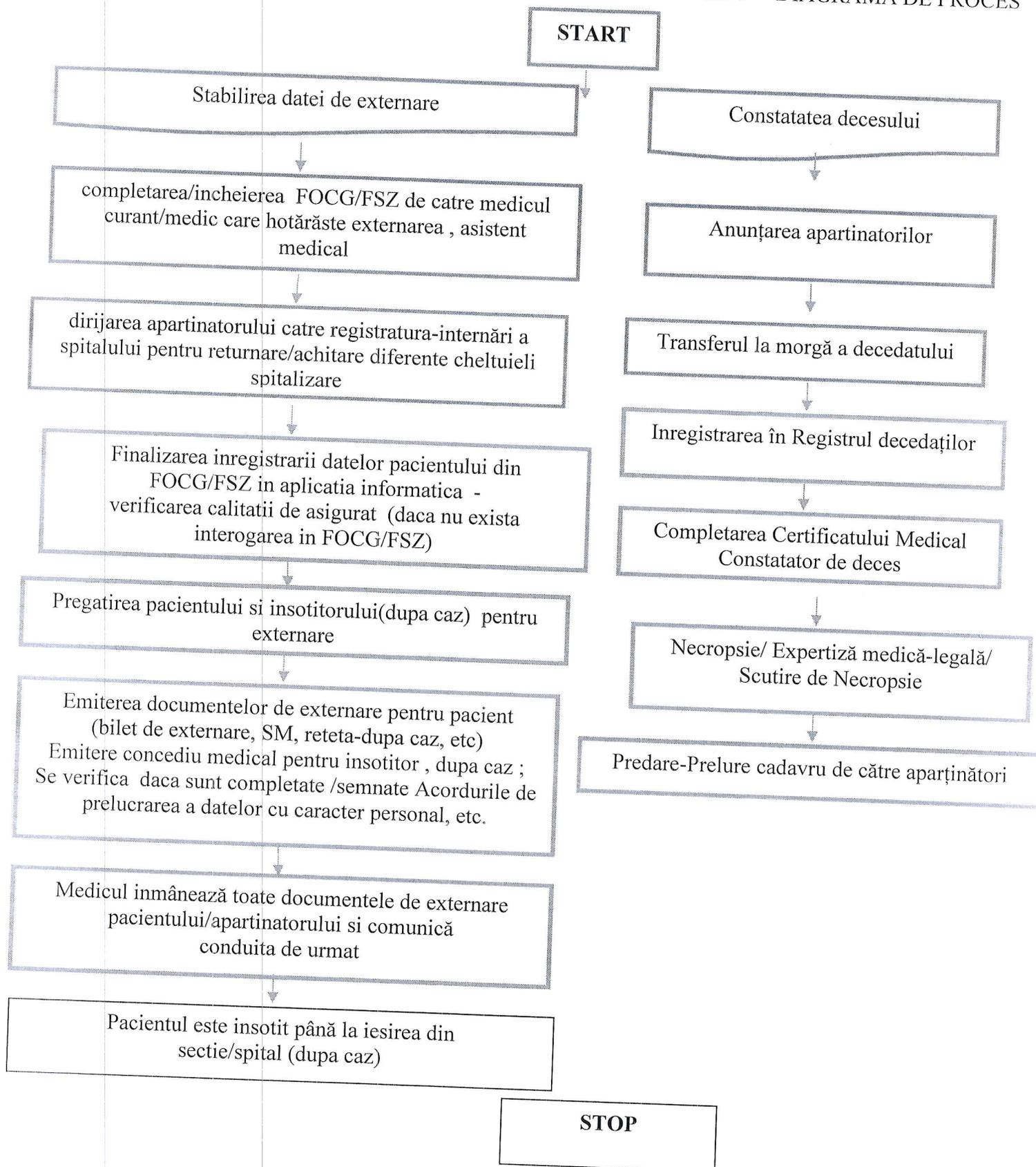
Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 20/41

Anexa nr. 1 – DIAGRAMA DE PROCES





EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 21/41

Anexa nr. 2 – Scutire de necropsie

Se aproba,

Manager,

Aviz Sef Sectie,

Aviz Serviciu Prosectura,

Domnule Manager,

Subsemnatul/ Subsemnata, domiciliat/ domiciliata in
orasul, str., nr., bl., sc.....,
et....., ap., judetul in calitate
de..... fata de decedatul/ decedata
....., va rog sa binevoiti a aproba scutirea de autopsie.

Mentionez ca nu am nici un fel de obiectii asupra tratamentului si diagnosticului stabilit in
Clinica/ Sectia din Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii
„Sf. Maria” Iasi.

Imi asum intreaga responsabilitate in fata familiei privind orice revendicari ulterioare.

Data

Semnatura.....

Act de identitate seria, nr., eliberat de
.....la data de



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 22/41

Anexa 3 – Declarație privind acordul/ dezacordul pentru incinerarea decedatului

Domnule Director,

Subsemnatul/Subsemnata, domiciliat/ domiciliata in, str., nr., bl., sc., et., ap., judetul, telefon, posesor al actului de identitate seria nr., eliberat la data de, de catre, in calitate de al copilului meu decedat, nascut la data de, declar urmatoarele:
- sunt de acord cu incinerarea copilului meu decedat
- nu sunt de acord cu incinerarea copilului meu decedat si in acest caz ma oblig sa aduc o copie de pe adeverinta de inhumare.

Semnatura,

.....

Semnatura,

.....

Data:



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 24/41

Față

27.29 ; A4 ; t2



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 26/41

Alte boli

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Necropsia a fost efectuată de dr.

L.S.

Semnătura și parafa,

Verso



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 27/41

Anexa nr. 5 – Protocol de predare a cadavrului către aparținători

PROTOCOL DE PREDARE A CADAVRULUI CĂTRE APARTINĂTORI

Apartinatorii depun o solicitare de ridicare a cadavrului, solicitare in care precizeaza date de identificare ale persoanei decedate si gradul de rudenie cu aceasta.

Solicitarea va fi insotita de copii ale documentelor de identitate ale aparinatorilor.

Predarea primirea cadavrului se face prin completarea unui proces verbal de predare-primire, completat in 2 exemplare, unul pentru aparinatori si unul pentru morga.

Apartinatorilor li se predau:

- Cadavrul
- Un exemplar din certificatul constatator de deces
- Obiectele prețioase (inele, cercei etc,) ce au aparținut persoanei decedate
- Efectele cu care a venit , aflate in pastrarea spitalului

La preluarea cadavrului, aparinatorii verifica identitatea acestuia si certifica in procesul verbal aceasta.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 28/41

Anexa nr. 6 - Fisa decesului perinatal

1. JUDEȚUL..... se va codifica județul întâmplării fenomenului. LOCALITATEA..... UNITATEA SANITARĂ.....
2. Număr fișă..... se vor numerota fișele de la 1 ian până la 31 dec

1.

2.

Completarea fișei de deces perinatal este obligatorie. Ea va fi făcută de către medicul obstetrician care a asistat nașterea, în cazul **născutului mort**(după datele declarate de mamă și datele din foaia de observație), respectiv medicul pediatru din secția nou-născuți(prematuri) în cazul **născutului viu și decedat în primele 6 zile**(care completează datele referitoare la mamă și născutul viu și decedat în primele 6 zile de viață-după declarația mamei și din foaia de observație a mamei și nou-născutului). În cazul născuților morți și deceselor 0-6 zile survenite la domiciliu fișa va fi completată de medicul care eliberează certificatul constatator al decesului, respectiv medicul de familie, în cazul în care nou-născutul a fost luat în evidență.

În cazul unui deces 0-6 zile este obligatorie completarea atât a fișei de deces perinatal cât și a celei de deces 0-1 an.

Fișele completate vor fi înaintate serviciului de statistică și informatică, până la **data de 5 a lunii următoare celei expirate** iar la C.N.S.I.S.P., până la **data de 20 a lunii următoare celei expirate**. Serviciile de statistică și informatică, din cadrul Direcțiilor de sănătate publică județene, au **obligatia de a verifica completarea corectă și integrală a fișelor, codificarea la toate întrebările conform instrucțiunilor.**

Fișa va purta data(anul, luna, ziua) la care a fost completată, semnătura și parafa medicului care a constatat decesul.

Fișa decesului perinatal se completează în conformitate cu Ordinul MS nr 791 din 17.11.1999

FIȘA DECESULUI PERINATAL

C.N.P. copil

3. Tip fișă: 1. Născut mort ; 2. Născut viu și decedat.....

3.

I. DATE PRIVIND MAMA NĂSCUTULUI MORT SAU DECEDAT ÎN PRIMELE 6 ZILE DE VIAȚĂ

NUMELE PRENUMELE.....

4. Data nașterii: an..... lună..... zi.....: 1.sub 20 ani; 2. 20-24ani; 3.25-29ani; 4.30-34ani; 5.35-39ani; 6.40-44ani; 7.45-49ani; 8.50ani și peste; 9.nespecificat
5. Domiciliul mamei: județul..... localitatea
6. Mediul: Urban = 1; Rural = 2
Reședința în cele 2 luni anterioare nașterii:
7. Județul..... Localitatea
8. Mediul: Urban =1; Rural = 2
9. Starea civilă: 1. căsătorită; 2. necăsătorită; 3. divorțată; 4. văduvă; 5. concubină; 6. separată; 9. nespecificat
10. Nivel de instruire: 1. școală primară; 2. gimnaziu; 3. liceu; 4. școală postliceală; 5. școală profesională; 6. învățământ superior; 7. analfabetă; 8. altă situație; 9. nespecificat

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 29/41

11. Situația economică: **0**=fără ocupație; **1**.salariat; **2**.lucrător pe cont propriu; **3**.agricultor; **4**.patron; **5**.pensionară; **6**.șomeră;**7**.casnică; **8**.elevă-studentă; **9**.alte situații 11.
12. Felul muncii după a V-a lună de gestație: **1**.muncă în schimbul III; **2**.muncă în picioare sau poziție vicioasă; **3**.efort fizic; **4**.noxe profesionale, substanțe toxice, agenți fizici, trepidații; **5**.muncă obișnuită; **9**. nesp. 12.
13. Nr nașteri(inclusiv prezenta): **1**=1 naștere; **2**= 2 nașteri;..... **8**= 8nașteri și peste; **9**=nesp; 13.
14. Nr născuți vii: **0**=nici un născut viu; **1**= 1 născut viu; **2**= 2 născuți vii; **3**= 3 născuți vii; **4**= 4 născuți vii; **5**= 5 născuți vii; **6**= 6 născuți vii; **7**= 7 născuți vii; **8**= 8 născuți vii și peste; **9**. nesp 14.
15. Nr născuți morți: **0**=nici un născut mort; **1**=1 născ mort; **2**= 2 născ morți;**3**= 3 născ morți și peste; **9**.nesp 15.
16. Număr decedați 0-6 zile:**0**=nici un născut viu și decedat 0-6 zile; **1**=1 născut viu și decedat 0-6 zile; **2**= 2 născuți vii și decedați 0-6 zile ;.....**8**= 8 născuți vii și decedați 0-6 zile și peste; **9**. nesp; 16.
17. Număr copii în întreținere:**0**=fără copii în întreținere; **1**=1 copil în întreținere; **2**= 2 copii în întreținere; **3**= 3 copii în întreținere **8**. 8 copii în întreținere și peste; **9**. nespecificat; 17.
18. Număr avorturi:**0**=nici un avort; **1**= 1 avort ; **2**= 2 avorturi ;..... **8**= 8avorturi și peste; **9**.nesp; 18.
- din care:
19. incomplete:**0**= nici un avort incomplet; **1**=1 avort incomplet; **2**= 2 avorturi incomplete;..... **8**= 8 avorturi incomplete și peste; **9**= nespecificat 19.
20. la cerere:**0**=nici un avort la cerere; **1**= 1 avort la cerere; **2**= 2 avorturi la cerere; **3**= 3 avorturi la cerere; **8**= 8 avorturi și peste ; **9**.nesp. 20.
21. Timpul trecut de la ultima naștere la actuala (în ani):**0**=nu este cazul, actuala fiind prima; **1**=sub un an; **2**= un an; **3**= 2 ani; **4**= 3 ani; **5**= 4 ani; **6**= 5 ani și peste; **9**= nepecificat; 21.
- Unitatea sanitară care a dispensarizat gravida:.....
22. Vârsta sarcinii la luarea în evidență (în săpt):**1**.primele 7 săpt.; **2**.săpt.8-11; **3**. săpt.12-15; **4**. săpt. 16-19; **5**. săpt. 20-23; **6**. săpt. 24-27; **7**. săpt. 28 și peste; **8**. nu a fost luată în evidență; **9**. nespecificat; 22.
23. Număr controale prenatale: **0**=nici unul; **1**=1-4 contr; **2**=5-10 contr; **3**=11 contr și peste; **9**=nesp 23.
- din care efectuate de:
24. medicul specialist **25**. medicul de familie..... 24. 25.
- 0**=nici un control; **1**= 1-4 controale; **2**= 5-10 controale; **3**= 11 controale și peste; **9**=nespecificat;
26. cadre medii: **0**=nici un control; **1**= 1-4 controale; **2**= 5-10 controale; **3**= 11 controale și peste; **9**=nesp; 26.
- În cazul evoluției patologice se va specifica diagnosticul sarcinii patologice și se va codifica, în **27a**, diagnosticul patologic al sarcinii conform Listei pentru spitale, sanatorii tbc și policlinici din clasificatia internațională a bolilor, revizia X-a(morbiditate –cap. XV). Pentru o evoluție patologică cu cod nespecificat se va codifica 999. Dacă evoluția sarcinii nu a fost cunoscută până la un moment dat sau pe toată perioada, se va specifica "necunoscută până la data de ... sau necunoscută pe toată perioada" menționându-se și motivul necunoașterii evoluției sarcinii. Dacă au existat și alte afecțiuni decât cele de la 27a, cea mai importantă se poate codifica la 27b conform aceleași clasificării(și boli care nu aparțin cap.XV din CIM X).
27. Evoluția sarcinii: **1**. normală; **2**. patologică; **9**. nespecificat 27.
- 27a. Sarcină patologică: **000** = sarcină normală; **999**= nespecificată patologia; 27a.
- Specificare(doar coduri de la 733 la 777, cap XV).....



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 30/41

- 27b. Alte afecțiuni ale mamei care pot influența sarcina..... 27b.
28. Număr zile spitalizare în cursul sarcinii: 1= sub 7 zile; 2= 7-14zile; 3=15-21zile; 4= 22-29zile; 5= 30 zile și peste; 6= nu a fost spitalizată; 9= nespecificată; 28.

Se va completa, dacă este cazul, diagnosticul bolii pentru care a fost spitalizată gravida în cursul sarcinii și se va codifica ca și la întrebarea 27. Dacă nu a fost spitalizată se va trece 000.

În cazul în care gravida a avut mai multe internări în cursul sarcinii se va lua în considerare în primul rând boala legată de sarcină, iar în cazul în care nu există această boală, se va codifica boala cea mai gravă. Numai în cazul accidentelor se va trece codul corespunzător din cap.XX(cauze externe).

29. Cauza spitalizării: 999 = nespecificat dar spitalizată
specificare..... 29.
30. În ultimele 7 săpt. de sarcină a respectat repausul prenatal: 1.da; 2.nu; 3.parțial; 9.nesp. 30.
31. A mers la serviciu? 1=da; 2=nu; 9 = nespecificat 31.
32. A făcut eforturi fizice deosebite? 1= da; 2=nu ; 9 =nespecificat 32.
33. A suferit traumatisme psihice? 1=da; 2= nu; 9 =nespecificat 33.
34. Gravida a fost luată în evidență pentru risc perinatal: 1. da; 2. nu; 3. fără risc; 9. nespec. 34.
35. Săptămâna de gestație la luarea în evidență pentru risc perinatal: 1.primele 7 săpt; 2.săpt.8-11; 3.săpt 12-15; 4.săpt 16-19; 5.săpt 20-23; 6. săpt.24-27; 7.săpt 28 și peste; 8. nu este cazul; 9. nespecificat 35.
36. Cauza luării în evidență pentru risc perinatal..... 36.

Indiferent dacă gravida a fost sau nu luată în evidență, se codifică maxim 4 riscuri. Fiecare casetă corespunde unui risc; se completează crescător, de la primul la al patrulea risc, începând cu prima casetă. Pentru mai puțin de 4 riscuri casețele corespunzătoare riscurilor care nu există se codifică cu 0. Dacă unul dintre riscuri are cod 7, obligatoriu respectiva boala se va codifica la întrebarea 27b. Codurile pentru risc sunt: 1= vârstă sub 20 ani sau peste 35 ani; 2= înălțime sub 1,55 m. și/sau greutatea sub 45 kg; 3= uter cicatricial sau tumoral; 4= sarcini cu complicații, sarcină la mai puțin de un an de la nașterea anterioară sau întrerupere intempestivă a sarcinii, avorturi multiple, naștere prematură, multiparitate; 5= creștere nesemnificativă sau anormală în greutate, creștere anormală a volumului uterului; 6= incompatibilități de grupă sau Rh; 7= boli preexistente sarcinii(tbc, sifilis, cardiopatii etc.) sau boli cronice incurabile; 8= fără risc perinatal; 9= nespecificat.

II. DATE PRIVIND COPILUL NĂSCUT MORT SAU VIU ȘI DECEDAT

Se va codifica data și ora nașterii copilului născut mort, sau viu și decedat și se va codifica în ordinea : an, lună, zi.

37. Data nașterii copilului: an..... lună.....zi..... oră..... 37.
38. Sexul: 1. masculin 2. feminin 38.
39. Durata gestației (în săpt): 28 = 28 săpt.....99 = nespecificat 39.
40. Data decesului (pentru născutul viu): an.....lună.....zi.....oră.....vârstă.....
1.sub o zi; 2.1 zi; 3. 2 zile; 4. 3 zile; 5.4 zile; 6. 5 zile; 7. 6 zile; 8.născut mort; 40.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 31/41

41. Loc deces: 1.spital; 2. maternitate; 3. casa de nașteri; 4. DPC; 5. domiciliu; 6. altă parte; 7. salvare, camera de gardă; 9. nespecificat; 41.
42. Născut mort: 1. antepartum; 2. intrapartum; 3. născut viu și decedat; 9. nespecificat 42.
43. Asistența la naștere: 0. neasistat; 1. medic; 2. moașă; 3. alt personal mediu; 4. alte pers. 9. nespecificat 43.
- Se va specifica felul nașterii, iar în cazul nașterii prin intervenție se va scrie tipul intervenției conform Clasificației Internaționale a intervențiilor chirurgicale OMS și se va codifica corespunzător cu ultimele 3 cifre din cod.
44. Desfășurarea nașterii: 000 = spontană, 999 = nespecificat sau prin intervenție obstetricală sau chirurgicală; Specificare..... 44.
45. Prezentarea la naștere: 1. craniană; 2. pelviană; 3. alte prezentații; 9. nespecificat 45.
46. Naștere: 1. unică; 2. gemelară; 3. triplă și peste; 9. nespecificat; 46.
47. Greutatea la naștere (gr): 1 = sub 1000 gr; 2 = 1000 - 1499 gr; 3 = 1500 - 1999 gr; 4 = 2000 - 2499 gr; 5 = 2500 - 2999 gr; 6 = 3000 - 3499 gr; 7 = 3500 - 3999 gr; 8 = 4000 gr. și peste; 9 = nesp. 47.
- 47a. Greutatea la naștere în grame
48. Înălțimea la naștere: 1 = sub 40cm.; 2 = 40-44cm.; 3 = 45-49cm.; 4 = 50-54cm.; 5 = 55cm. și >; 9 = nesp. 48.
49. Scor Apgar: 1 = scor Apgar sub 7; 2 = scor Apgar între 7-10; 3 = născut mort; 9 = scor nesp. 49.

III. CAUZELE DECESULUI

Se vor completa corect punctele **a(cauza principală a decesului)** și **b(alte afecțiuni care puteau influența decesul)**. Se vor codifica după Reviziei a X-a OMS, alfanumeric pe 4 caractere. Numai în caz de accidente se va completa și al doilea rând de căsuțe de la punctul 50a.

- 50a. Cauza principală a decesului (C.I.M. cu 4 cifre) 50a.
- 50b. Alte afecțiuni (C.I.M. cu 4 cifre) care puteau influența decesul 50b.
51. Dacă s-a efectuat necropsia: 1 = da; 2 = nu; 9. nespecificat; 51.
- Diagnosticul anatomo-patologic este concordant cu cauza principală
52. a decesului: 1. da; 2. nu; 3. parțial; 4. fără diagnostic; 9. nespecificat 52.
- Concluziile examenului anatomo -patologic:
- Concluziile examenului anatomo-patologic se vor completa foarte clar din protocolul necroptic.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 32/41

.....
.....
.....

Data completării: an..... lună..... zi.....
medicului

Semnătura și parafa

decesul

care a constatat

.....

22.9;A₄;t₂



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2 Rev.: 2

Pag.: 33/41

Anexa nr.7 -Fisa decesului 0 - 1an

1. JUDEȚUL..... Se va codifica județul. LOCALITATEA..... UNITATEA
SANITARĂ.....
SECȚIA..... 2. Număr fișă se va codifica începând cu 1 de la 1 ian la 31 dec
1.
2.

FIȘA DECESULUI SUB UN AN

C.N.P. copil

Fișa decesului sub un an se completează în termen de 24 ore de la deces, de medicul care a constatat decesul, concomitent cu eliberarea certificatului medical constatator al morții, indiferent de locul producerii fenomenului, după datele declarate de părinți, date din foaia de observație, date din fișa de la medicul de familie.

Completarea acestei fișe este obligatorie. Ea se va transmite la Serviciul de statistică și informatică din cadrul Direcțiilor de sănătate publică care, în urma verificării și codificării conform instrucțiunilor, o va trimite, cel mai târziu în 20 ale lunii imediat următoare producerii fenomenului, la CNSISP în vederea efectuării analizelor statistice.

În cazul unui deces 0-6 zile este obligatorie completarea atât a fișei de deces perinatal cât și a celei de deces 0-1 an.

Fișa va purta data(anul, luna, ziua) la care a fost completată, semnătura și parafa medicului care a constatat decesul.

ATENȚIONARE:

Fișa decesului sub un an se completează în conformitate cu Ordinul MS nr 791 din 17.11.1999

I. DATE DE IDENTITATE ALE COPILULUI DECEDAT

- Numele.....Prenumele.....3. Sexul: Masc=1 / Fem=2
4. Domiciliul mamei(susținător): județul(sectorul)..... se va codifica județul de domiciliu. Localitatea..... 5. Mediul: Urban=1 / Rural=2
3.
4.
5.

II. DATE PRIVIND MAMA COPILULUI DECEDAT

- Numele..... Prenumele.....
6. Data nașterii: an..... lună..... zi.....: 0=sub 15 ani;1=15-19ani; 2=20-24ani; 3=25-29ani; 4=30-34ani; 5=35-39ani; 6=40-44ani; 7=45-49ani; 8=50 ani și peste; 9= nespecificat;
7. Starea civilă:1.căsătorită; 2.necăsătorită; 3.divorțată; 4.văduvă; 5.concubină; 6. separată; 9.nespecificat
8. Nivelul de instruire:1.școală primară; 2. gimnaziu; 3. liceu; 4.școală postliceală; 5. școală profesională; 6.învățământ superior; 7.analfabetă; 8.altă situație; 9.nespecificat
9. Situația economică: 0.fără ocupație; 1. salariat; 2. lucrător pe cont propriu; 3.agricultor; 4. patron; 5. pensionară; 6. șomeră; 7. casnică; 8.elevă-studentă; 9.alte situații
10. Naționalitatea:1.română; 2.maghiară; 3.țigăni; 4.germană; 5.turcă; 6.alte naționalități;
6.
7.
8.
9.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 34/41

9. nedeclarată și nespecificat;

11. Religia: 1. ortodoxă; 2. greco-catolică; 3. romano-catolică; 4. reformată; 5. musulmană; 6. alte religii; 7. fără religie; 8. penticostală; 9. nedeclarată și nespecificat;

10.

12. Număr născuți vii (inclusiv cel decedat actual): 1= un născut viu; 2= 2 născuți vii; 7= 7 născuți vii; 8= 8 născuți vii și peste; 9= nespecificat

11.

13. Număr copii decedați sub un an (inclusiv cel decedat actual): 1= un născut viu și decedat; 8= 8 născuți vii și decedați și peste; 9= nespecificat

12.

13.

III. DATE PRIVIND EVOLUȚIA SARCINII ȘI NAȘTERII

14. Vârsta sarcinii la care a început dispensarizarea (în săptămâni): 1= primele 7 săptămâni; 2= 8-11 săpt; 3= 12-15 săpt; 4= 16-19 săpt; 5= 20-23 săpt; 6= 24-27 săpt; 7= 28 și peste săpt. 8= nedispensarizată; 9= nespecificat

14.

15. Evoluția sarcinii: 1. normală; 2. toxemie; 3. hemoragii; 6. nedispensarizat; 9. nespecificat

15.

4. boli transmisibile (specificare).....

--	--	--

5. alte afecțiuni (specificare).....

--	--	--

Când mama a avut boli transmisibile, ele se specifică și se codifică cea mai gravă (Revizia a Xa, numeric pe 3 caractere – morbiditate). Dacă mama a avut și alte afecțiuni, se codifică cea mai gravă (Revizia a Xa, numeric pe 3 car).

16. Număr controale prenatale: 1= 1-4 controale; 2= 5-10 controale; 3= 11 controale și peste; 4= nici un control prenatal; 9= nespecificat

16.

17. Data nașterii copilului: an.....lună.....zi.....oră.....
Se va codifica pe 8 coloane, în ordinea an, lună, zi.

17.

--	--	--	--	--	--	--	--

18. Loc naștere: 1. maternitate; 2. casă nașteri; 3. alte unități san.; 4. domiciliu; 5. altă parte; 6= salvare 9. nesp.

18.

19. Asistența la naștere: 1. medic; 2. moașă; 3. alt pers. mediu; 4. alte persoane; 5. neas.; 9. nesp.

19.

20. Scor Apgar la naștere: 1. sub 7; 2. între 7 și 10; 9. nespecificat

20.

21. Greutatea la naștere (gr.): 1. sub 1000gr.; 2= 1000-1499gr.; 3= 1500-1999gr.; 4= 2000-2499gr.; 5= 2500-2999gr.; 6= 3000-3499gr.; 7= 3500-3999gr.; 8= 4000 gr. și peste; 9= greutate nespec.

21.

21. Greutatea la naștere în grame

--	--	--	--	--

22. Durata sarcinii (în săptămâni): ; 99 = nespecificat
Se va codifica nr. de săptămâni de sarcină la naștere.

22.

23. Evoluția stării de sănătate a copilului în maternitate: 1. normală; 2. patologie obstetricală 3. patologie infecțioasă; 4. anomalii congenitale; 5. altă patologie; 6. născut acasă; 7. născut în alte unit. Sanitare; 8 = în altă parte; 9. nespecificat;

23.

24. Vârsta la externarea din maternitate (în zile): 1= 0-24 ore; 2= 1-4 zile; 3= 5-6 zile; 4= 7 zile și peste; 5= născut și decedat în maternitate; 6= născut acasă; 7= născut și decedat altă parte; 9= nespecificat

24.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2 Rev.: 2

Pag.: 35/41

Dacă se codifică 5 la întrebarea 24, atunci întrebările 25 - 28, 30, 33 - 35 și 38 se vor codifica cu 0.

25. Greutate la externare din matern: 1=sub 1000gr.; 2=1000-1499gr.; 3=1500-1999gr.; 4=2000-2499gr.; 5=2500-2999gr.; 6=3000-3499gr.; 7=3500-3999gr.; 8= 4000 gr. și peste; 9=greutate nespecificată 25.

IV. ASISTENȚA SANITARĂ ACORDATĂ DE MEDICUL DE FAMILIE

26. Medicul de familie care a avut copilul în evidență:
1. a fost luat în evidență; 2. nu a fost luat în evidență; 9. nespecificat 26.
27. Aspecte sociale:câte persoane dorm în camera copilului:
1=singur; 2= 2 persoane(inclusiv copilul); ...8= 8 persoane și peste; 9= nespecificat 27.
- 27a. Aspecte sociale: igiena locuinței: 1. stare igienică corespunzătoare;
2.stare igienică necorespunzătoare; 3. stare igienică satisfăcătoare; 9. nespecificat 27a.
28. Familia care a avut în îngrijire copilul: 1. naturală; 2. bunici; 3. adopție;
4. plasament familial; 5. departamentul pentru protecția copilului;9. nespecificat 28.
29. Alimentația copilului:1.natural; 2.artificial; 3.mixt(1+2); 4.diversificată corect;
5. diversificată incorect;6.nealimentat; 9. nespecificat 29.

30.	Număr spitalizări anterioare decesului	Cauzele spitalizărilor anterioare decesului
	1=o spitalizare; 2= 2 spitalizări; 3= 3 spitalizări și peste; 4= nespitalizat; 9= nespecificat	

30.

31. Vaccinarea copilului:1.completă conform vârstei; 2.incompletă; 3. nu s-a efectuat; 9. nesp 31.

B.C.G.	D.T.P.	Antipoliomielitic	Antirujeolic	antihepatitic			

V. AFECȚIUNEA CARE A DUS LA DECES

32. Locul debutului:1.D.P.C.; 2.maternitate; 3.spital; 4.domiciliu; 5.alte părți; 6=salvare; 9.nespecificat
Data debutului afecțiunii:an..... lună..... zi..... 32.
33. Măsurile medicului de familie pentru afecțiunea care a dus la deces:
- data primei examinări a copilului: an..... lună..... zi..... 33.
0 = născut și decedat în unitate sanitară; 1=în ziua debutului bolii; 2=a doua zi de la debutul bolii;; 8=
a opta zi de la debutul bolii și peste; 9 = nespecificat(neexaminat).
- număr total de examinări..... 33a.
0=născut și decedat în unitate sanitară; 1=o examinare; 2=două examinări;.....8=opt examinări și
peste; 9 = nespecificat(neexaminat).
- data la care a indicat internarea: an.....lună..... zi..... 33b.
0=născut și decedat în unit. sanit; 1=internat în ziua debutului bolii; 2= internat a doua zi de la debutul bolii;
3=internat a 3-a și a 4-a zi de la debutul bolii; 4=internat a 5-a zi și peste de la debutul bolii; 5= neinternat;
6 = internat în spital de către părinți fără a se consulta medicul de familie; 9= nespecificat (neexaminat).
34. Motivul pentru care nu a fost examinat copilul: 1. neadresabilitatea părinților; 2. evoluție supraacută;
3. accident imediat mortal; 4.a fost examinat; 5.văzut de alt medic; 9. nespecificat 34.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 36/41

35. Motiv nespitalizare copil: 1. neindicat de medicul de familie; 2. lipsă mijloc de transport; 3. refuz părinți; 4. refuz spital; 5. evoluție supraacută; 6. accident imediat mortal; 7. necunoașterea cazului; 8. alte motive; 9. a fost spitalizat;

35.

VI. DECESUL

36. Data decesului: an.....lună.....zi....oră.....vârsta.....
Se va codifica pe 8 coloane în ordinea an, lună, zi.

36.

37. Loc decesului: 1.spital; 2.maternitate; 3.casa de nașteri; 4.D.P.C; 5.domiciliu; 6.altă parte; 7. salvare, camera de gardă; 9.nespecificat

37.

38. Data internării pentru afecțiunea care a dus la deces: an:..... lună..... zi.....oră.....
1.decedat în ziua internării; 2.decedat a doua zi; 3. decedat a 3 – 4 a zi; 4. decedat a 5 – 6 a zi; 5. decedat a 7-a zi și peste; 6. neinternat; 9. nespecificat

38.

I. Cauzele propriu-zise ale decesului (C.I.M. X alphanumeric cu 4 caractere)	Intervalul aproximativ între debutul procesului morbid și deces (nr. zile)
a) cauza directă (imediată):	
b) cauzele antecedente:	
c) starea morbidă inițială I	
d) starea morbidă inițială II	

39c.

40. II. Alte stări morbide care au contribuit la deces: distrofie, anomalii congenitale, etc. nelegate direct de înlănțuirea fenomenelor care au determinat decesul (se utilizează C.I.M. X alphanumeric cu 4 caractere).

39d.

40.

Cine a efectuat examenul necroptic: medic generalist, medic specialist pediatru; medic anatomo-patolog, medic legist, alte cadre.

41. Diagnostic anatomo-patologic: 1.fără diagnostic; 2.cu diagnostic concordant; 3.cu diagnostic neconcordant; 4.cu diagnostic parțial concordant; 9. nespecificat

41.

42. Greutatea copilului la deces:
0=sub 2500gr; 1=2500gr - 3499gr; 2=3500gr - 4499gr; 3=4500gr - 5499gr; 4=5500gr - 6499gr;
5=6500gr - 7499gr; 6=7500gr -8499gr; 7=8500gr - 9499gr; 8=peste 9500gr; 9 = nespecificat.

42.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 37/41

42. Greutatea la deces în grame

a					
---	--	--	--	--	--

43. Vârsta copilului la deces: 01= sub o zi; 02 =1 - 6 zile; 03 = 7 - 13 zile; 04 = 14 - 20 zile;
5 = 21 - 27 zile; 6 = 28 - 59 zile; 7 =2 luni; 8 =3 luni; 9 =4 luni; 10 =5luni; 11 =6 luni;
12 =7 luni; 13 =8 luni;14 =9 luni; 15 =10 luni; 16 = 11 luni.

43.

44. Deces din sarcină multiplă: 0=deces din sarcină unică; 1.un deces din sarcină gemelară;
2= 2 decese din sarcină multiplă; 3 = 3 decese din sarcină multiplă; 9= nespecificat;

44.

Data completării: an lună zi

Semnătura și parafa medicului
care a constatat decesul

.....

22.10;A₄;t₂



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 38/41

Anexa nr. 8 - Fisa decesului 1 - 4 ani

1. JUDEȚUL.....

Se va codifica județul

1.

LOCALITATEA.....

UNITATEA SANITARĂ.....

SECȚIA.....

2. Număr fișă..... se va codifica începând cu 1 de la 1 ian la 31 dec. 2.

31 dec.

Fișa se completează în termen de 24 ore de la deces de medicul care a constatat decesul, la eliberarea certificatului medical constatator al morții, indiferent de locul producerii fenomenului, după date declarate de părinți, din foaia de observație sau din fișa de la medicul de familie. **Completarea fișei este obligatorie. Ea se va transmite la Serviciul de statistică și informatică din cadrul D.S.P., care în urma verificării și codificării o va trimite, cel mai târziu în 20 ale lunii următoare, la CNSISP pentru analize statistice.**

Fișa va purta data(anul, luna, ziua) la care a fost completată, semnătura și parafa medicului care a constatat decesul.

Fișa decesului 1 - 4 se completează în conformitate cu Ordinul MS nr 791 din 17.11.1999

FIȘA DECESULUI 1- 4 ANI

C.N.P. copil

I. DATE DE IDENTIFICARE ALE COPILULUI DECEDAT

NUMELEPRENUMELE..... 3. Sexul: Masc=1 / Fem=2

Domiciliul mamei (susținătorului):

4. Județ (sector) localitate Se va codifica județul de domiciliu.

5. Mediul: Urban=1 / Rural=2

Reședința copilului în ultimele 3 luni anterioare decesului:

6. Județ (sector) localitate Se va codifica județul.

7. Mediul: Urban=1 / Rural=2

II. DATE PRIVIND MAMA COPILULUI DECEDAT

8. Data nașterii: an.....lună.....zi.....: 1=sub 20ani; 2=20-24ani; 3=25-29ani; 4=30-34ani; 5=35-39ani; 6=40-44ani; 7=45-49 ani; 8=50 și peste; 9=nespecificat

9. Starea civilă: 1. căsătorită; 2. necăsătorită; 3. divorțată; 4. văduvă; 5. concubină; 6. separată; 9 =nespecificat;

10. Nivelul de instruire: 1. școală primară; 2. gimnaziu; 3. liceu; 4.școală profesională; 5. învățământ superior; 6. analfabetă; 7.altă situație;9.nespecificat

11. Situația economică:0.fără ocupație; 1. salariat; 2. lucrător pe cont propriu; 3.agricultor; 4. patron; 5. pensionar; 6. șomeră; 7. casnică;8.elevă-studentă;9. alte situații sau nespecificat

12. Număr născuți vii: 1=1 născut viu; 2= 2 născuți vii; 3= 3 născuți vii; 4 = 4 născuți vii; 5 = 5 născuți vii; 6 = 6 născuți vii; 7 = 7 născuți vii; 8 = 8 născuți vii și peste; 9 = nespecificat

13. Număr copii în întreținere (inclusiv cel decedat actual): 1 = 1 copil în întreținere; 2 = 2 copii în întreținere;8 = 8 copii în întreținere și peste; 9 = nespecificat.

14. Familia care a avut în îngrijire copilul: 1. naturală; 2. bunici; 3. adopție;

4. plasament familial; 5. departamentul pentru protecția copilului; 9 = nespecificat



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 39/41

15. Specificați alți factori de risc: 0.nici un factor, 1.alcoolism, 2.carențe socio-familiale, 3.locuință insalubră, 4.părinți cu probleme psihice, 5.carențe socio-economice, 6. nomazi; 7.3,5; 8.mama în strain; 9. abandon; 10.1,2,3; 11.1,2; 12.2,3; 13.1,3; 14. 2,4, 15.1,2,3,4, 16.1,5; 17.2,5,educ; 18.2,3,5; 19.1,2,3,4,5; 22.1,2,3,5; 88.dom în străinătate+alte situații; 99. nesp **Se pot face și alte combinații**

15.

Pentru întrebarea 15 dacă apar situații noi de risc, ele se vor menționa ca atare urmând a se atribui un cod la nivelul CNSISP

III. EVOLUȚIA STĂRII DE SĂNĂTATE A COPILULUI DECEDAT

16. Data nașterii: an....lună.... zi...: 1 = 1 an împlinit; 2 = 2 ani împliniți; 3 = 3 ani împliniți; 4 = 4 ani împliniți; 16.
- *Întrebările 17 -- 18 se vor codifica, după Revizia a X-a OMS, lista de bază, numeric pe 3 caractere, principalele 2 afecțiuni, respectiv principalele 2 afecțiuni acute repetate cunoscute care ar fi putut determina decesul.

17. Afecțiuni cunoscute: anomalii congenitale, hepatită epidemică, reumatism articular acut, alte boli infecțioase și parazitare severe, boli ale aparatului renal, malnutriție protein-calorică, rahitism; specificare 17.

18. Afecțiuni acute repetate în antecedente: afecțiuni ale aparatului respirator, afecțiuni ale aparatului digestiv, accidente, intoxicații, alte afecțiuni Specificare 18.

19. Data ultimului control periodic: an.....lună.....zi.....: 1=ultimele 6 luni înainte de deces; 2=între 6 luni și 3 ani; 3 = a depășit 3 ani; 4 = nu s-a efectuat nici un control periodic; 9 = nespecificat 19.

20. Spitalizări anterioare: 1. nu a mai fost spitalizat; 2. spitalizat numai pentru afecțiunea care a dus la deces; 3. plurispitalizat ptr. afecțiunea care a dus la deces; 4. plurispitalizat pentru alte afecțiuni; 9. nesp; 20.

IV. ASISTENȚA SANITARĂ ACORDATĂ PENTRU AFECȚIUNEA CARE A DUS LA DECES

21. Data debut afecțiune care a dus la deces (an... lună.... zi....) și timpul scurs de la debutul bolii la deces: 1. sub o zi; 2 = 1 - 3 zile; 3 = 4 - 10 zile; 4. = 11 - 29 zile; 5 = 30 zile și peste; 9 = nespecificat 21.

22. Locul debutului: 1. D.P.C.; 2. maternitate; 3. spital; 4. domiciliu; 5. alte părți; 9. nespecificat 22.

23. Asistat de medicul de familie pentru afecțiunea care a dus la deces: 1 = DA; 2 = NU; 9 = nesp; 23.

- 23a. Dacă DA, a câta zi de la debutul afecțiunii: 1. în prima zi de la debut; 2. a doua zi; 7. a șaptea zi și peste de la debutul bolii; 9. nespecificat. Dacă Nu: 8 = neexaminat 23a.

24. Internat în spital ptr. afecțiunea care a dus la deces: 1 = DA; 2 = NU; 9 = nespecificat 24.

25. Data internării (an...lună.... zi....) și timpul de la debutul bolii la internare: 1 = prima zi; 2 = a doua zi; 3 = a 3 - 4 a zi; 4 = a 5-6 a zi; 5 = a 7 a zi și peste; 6 = neinternat; 9 = nespecificat 25.

26. Data deces (an...lună.....zi...) și timpul de la internare la deces: 1 = ziua internării; 2 = a 2 - 3 a zi; 3 = a 4 - 6 a zi; 4 = a 7 a zi; 5 = neinternat; 6 = decedat după externare; 9 = nespecificat 26.

27. Loc deces: 1. spital; 2. maternitate; 3. casa nașteri; 4. DPC.; 5. domiciliu; 6. alt loc; 7. salvare; 9. nesp 27.

*La întrebarea 28 în caz de accident se va codifica natura conform cap. XIX și cauza conform cap. XX, cauze externe, din aceeași clasificare. Fișa va purta data completării, semnătura și parafa medicului care a constatat decesul.



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 40/41

28. Cauza decesului(C.I.M. Revizia X cu 4 cifre) Intervalul între debutul procesului morbid și deces (în zile)

a) Cauza directă (imediată).....

28.

b) Cauza antecedentă.....

c) Starea morbidă inițială.....

29. Alte stări morbide care au contribuit la deces.....

29.

.....

30. Diagnostic anatomo-patologic: 1=fără diagnostic; 2= diagnostic concordant; 3= diagnostic neconcordant; 4 = cu diagnostic parțial concordant; 9 = nespecificat

30.

.....
Data completării: an..... lună..... zi..... Semnătura și parafa medicului care a constatat decesul

22.11;A₄;t₂



EXTERNAREA PACIENȚILOR

Cod: PL 107 - 04

Ed.: 2

Rev.: 2

Pag.: 41/41

Anexa nr. 9 – Bilet de trimitere pacient decedat catre Sectia Anatomie Patologica

Unitatea.....

Clinica/ Sectia.....

Către,

Laboratorul de Anatomie Patologică

Vă trimitem decedatul/ decedata, în
vârstă de ani, cu ultimul domiciliu în orașul, str.
....., nr., județuldata nașterii
....., CNP, internat în clinica/
secția, FO nr., care a decedat la data de
....., ora, cu diagnosticul
.....

Data

Medic curant/ de gardă

(semnătura și parafa)