**Anexa 13 D**

**CHESTIONAR DE EVALUARE**

**Pentru includerea în Programul naţional de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate**

 Judeţul ..................................................................

 Localitatea ..............................................................

 Unitatea sanitară ........................................................

 Adresă ...................................................................

 Telefon ..................................................................

 Fax ......................................................................

 E-mail ...................................................................

 Reprezentant legal\*: Nume ................... Prenume ...................

 Adresă .............................................

 Telefon ................. fax ......................

 E-mail .............................................

 Medic coordonator: Nume ................... Prenume ...................

 Adresă .............................................

 Telefon ................. fax ......................

 E-mail .............................................

 Director medical: Nume ................... Prenume ...................

 Adresă .............................................

 Telefon ................. fax ......................

 E-mail .............................................

**Capitolul 1. Relație contractuală în sistemului de asigurări sociale de sănătate**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| 1. | Unitate sanitară aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice  |  |  |

**Capitolul 2. Criterii privind forma juridică de organizare**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| **I.** | **Unitate sanitară organizată ca:** |
| 1. | - laborator de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată sau- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare sau- unitate sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie sau- laborator din structura spitalului sau- centrul de diagnostic şi tratament/centrul medical |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Capitolul 3 Criterii privind structura de personal**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| 1 | Încadrarea cu personal medical a laboratorului de analize medicale conform criteriilor prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A „Evaluarea capacităţii resurselor”, punctul 1 „ Hematologie”, subpunctul 1.3 „Imunohematologie” din anexa 19 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017 |  |  |

**Capitolul 4. Criterii privind dotarea**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| 1. | Aparatură de laborator pentru dozarea hemoglobinei glicozilate pentru care face dovada îndeplinirii standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003, precum și a criteriilor prevăzute în Capitolul II,punctul 1, litera A ,,Evaluarea capacităţii resurselor’’, punctul 1 „ Hematologie”, subpunctul 1.3 „Imunohematologie” și punctul 2 ,,Criteriul de calitate’’ din anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 (se va preciza metoda ... și aparatura utilizată .....) |  |  |

**Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Semnatura | Semnatura | Semnatura |
| **REPREZENTANT LEGAL** | **MEDIC COORDONATOR** | **DIRECTOR MEDICAL** |

\*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal.

**Capitolul 5.**

**CAS……………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unitatea sanitară:** | **AVIZAT** | **NEAVIZAT** |
| **………………………………………………………………………………………** |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Semnatura |  Semnatura |  Semnatura |

**PREŞEDINTE DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE MEDIC ŞEF**