**ANEXA 16 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. Relaţie contractuală în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| | | DA | NU |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

| 1. | Unitate sanitară aflată în relaţie 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 sănătăţii şi | | |

| | preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate | | |

| | nr. 1068/627/2021 aprobarea Normelor metodologice de | | |

| | aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. | | |

| | 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a | | |

| | Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării | | |

| | asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor | | |

| | medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de | | |

| | sănătate pentru anii 2021 - 2022 | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**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 şi a criteriilor | | |

| | prevăzute în Capitolul II, punctul 1, litera A "Evaluarea | | |

| | capacităţii resurselor", punctul 1 "Hematologie", | | |

| | subpunctul 1.3 "Imunohematologie" şi punctul 2 "Criteriul | | |

| | de calitate" din anexa nr. 19 la Ordinul ministrului | | |

| | sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de | | |

| | Sănătate nr. 1068/627/2021 (se va preciza metoda ... şi | | |

| | aparatura utilizată .....) | | |

|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

\* Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal

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.

Semnătura Semnătura Semnătura

REPREZENTANT LEGAL MEDIC COORDONATOR DIRECTOR MEDICAL

Capitolul 5.

CAS .........................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Unitatea sanitară: | AVIZAT | NEAVIZAT |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| .................................... | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Semnătura Semnătura Semnătura

DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE MEDIC ŞEF