Anexa Nr. 1

(Anexa nr. 7 la OMS nr. 253/2018)

**I. CHESTIONAR ANUAL PENTRU FURNIZORII DE**

**ÎNGRIJIRI PALIATIVE SPECIALIZATE ÎN UNITĂȚI CU PATURI**

Începând cu anul 2018, prin Ordinul nr. 253/2018, Ministerul Sănătăţii solicită tuturor furnizorilor de servicii specializate de îngrijiri paliative completarea anuală a unui chestionar de raportare a serviciilor realizate în anul anterior încheiat. Chestionarul va fi pus la dispoziţia furnizorilor pe site-ul Ministerului Sănătății pentru completare online și va fi completat şi transmis de către furnizori până la data de 31 mai a anului următor celui raportat.

Vă rugăm să completați următorul chestionar.

ORGANIZARE

1. Denumirea unităţii

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

2. Localitatea

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

3. Judeţul

□ ALBA

□ ARAD

□ ARGEŞ

□ BACĂU

□ BIHOR

□ BISTRIŢA NĂSĂUD

□ BOTOŞANI

□ BRĂILA

□ BRAŞOV

□ BUZĂU

□ CĂLĂRAŞI

□ CARAŞ-SEVERIN

□ CLUJ

□ CONSTANTA

□ COVASNA

□ DÂMBOVIŢA

□ DOLJ

□ GALAŢI

□ GIURGIU

□ GORJ

□ HARGHITA

□ HUNEDOARA

□ IALOMIŢA

□ IAŞI

□ ILFOV

□ MARAMUREŞ

□ MEHEDINTI

□ MURES

□ NEAMŢ

□ OLT

□ PRAHOVA

□ SĂLAJ

□ SATU MARE

□ SIBIU

□ SUCEAVA

□ TELEORMAN

□ TIMIŞ

□ TULCEA

□ VÂLCEA

□ VASLUI

□ VRANCEA

□ BUCURESTI

4. Forma de organizare (bifaţi forma corespunzătoare serviciului de îngrijiri paliative)

□ Public

□ ONG

□ SRL

□ SA

5. Tipul de servicii de îngrijiri paliative acordate (bifaţi toate răspunsurile potrivite).

□ Unitate cu paturi

□ Îngrijiri paliative la domiciliu

□ Ambulatoriu de îngrijiri paliative (consultaţii, consiliere)

□ Centru de zi pentru îngrijiri paliative

□ Echipa mobila de îngrijiri paliative în spital

□ Centru de consultanţă telefonică pentru pacienţi şi familii

□ Centru de consultanţă telefonică pentru serviciile de îngrijiri paliative de bază

6. Anul înfiinţării serviciului de îngrijiri paliative în unitate cu paturi.

7. Raza de acoperire a serviciului/zona de arondare a pacienţilor internaţi în unitatea cu paturi. Marcaţi cu DA sau NU unde e cazul, sau precizaţi alte situatii:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Localitatea in care se află serviciul |
|  | Judeţul in care se află serviciul |
|  | Regiune (mai multe judeţe) |
|  | Altele (precizaţi) |

8. Numărul de paturi de îngrijiri paliative autorizate și numărul de paturi funcţionale în contract cu CAS

|  |  |
| --- | --- |
| Paturi autorizate | Paturi contractate |
|  |  |

9. Tipul de personal care lucrează în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative

□ Medic

□ Asistent medical

□ Asistent social

□ Psiholog

□ Cleric

□ Infirmier

□ Voluntar

□ Alt personal (mentionati) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Numărul total de NORME ÎNTREGI pe categorii de personal in unitatea cu paturi. Dacă nu aveţi o anumită categorie de personal, indicaţi "0".

Exemplu: puteţi avea 5 medici, dintre care 4 cu 0,5 normă şi 1 medic cu normă întreagă; în acest caz veţi completa "4 x 0,5 + 1 = 3 echivalent Norme ÎNTREGI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Medici |  |
|  | Asistenţi medicali |  |
|  | Asistenţi sociali |  |
|  | Psihologi |  |
|  | Clerici |  |
|  | Îngrijitori la domiciliu |  |
|  | Voluntari |  |

11. Număr de personal cu instruire în îngrijiri paliative în unitatea cu paturi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Medici cu atestat de studii complementare(competenţă în îngrijiri paliative) |  |
|  | Asistenţi medicali |  |
|  | Asistenţi sociali |  |
|  | Alt personal cu pregătire in îngrijiri paliative (precizaţi) |  |

12. Dotări existente în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative.

Precizaţi numărul echipamentelor Dacă le aveţi în dotare, sau "NU" Dacă nu există. De exemplu: "Seringi automate" "2 buc" şi "Saltele anti-escara" "NU" Seringă automată

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Concentrator de oxigen |  |
|  | Băi/grupuri sanitare adaptate persoanelor cu dizabilităţi |  |
|  | Saltele anti-escară |  |
|  | Alte Dotări (precizaţi) |  |

13. Beneficiarii serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele patologii: (bifaţi toate optiunile care se aplică)

□ oncologice

□ neurologice

□ malformaţii congenitale

□ cardio-vasculare

□ insuficienţe cronice de organ,

□ HIV/SIDA,

□ distrofii neuromusculare

□ Altele

14. Categorii de vârstă pentru beneficiarii serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu

□ Adulţi

□ Copii

□ Adulţi si Copii

15. Număr total de internări în unitatea cu paturi în anul anterior încheiat (poate fi diferit de numărul de pacienţi internaţi, deoarece un pacient ar putea fi internat de mai multe ori în cursul unui an).

Dacă serviciul este nou infiinţat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

16. Număr mediu de zile de spitalizare continuă pe pacient în anul de raportare.

Dacă serviciul este nou infiinţat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

17. Număr de decese în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative în anul de raportare.

Dacă serviciul este nou infiinţat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni din anul de raportare, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

18. Număr total de zile de spitalizare continuă pentru îngrijiri paliative realizat în anul de raportare. Dacă serviciul este nou infiinţat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni din anul de raportare, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

19. Care dintre următoarele instrumente de lucru sunt utilizate în mod curent în unitatea cu paturi de îngrijiri palliative (completaţi cu DA sau NU toate variantele aplicabile şi scrieţi informaţiile solicitate)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Plan interdisciplinar de îngrijire (completat de cel putin 3 discipline) |  |
|  | Scale de durere (precizaţi care) |  |
|  | Scale de evaluare a Statusului de performanţă (precizaţi care) |  |
|  | Alte scale (precizaţi care) |  |
|  | Protocoale clinice aplicate (precizaţi care) |  |

20. Forme de sprijin pe care unitatea cu paturi le asigură pentru aparţinători/familie în perioada de doliu (precizaţi "Da" şi specificaţi care sunt acestea, sau "Nu există")

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

21. Metode de suport pentru personalul angajat pe care unitatea le asigură pentru prevenirea situaţiilor de burn-out (precizaţi "Da" şi specificaţi care sunt acestea, sau "Nu există")

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

22. Vă rugăm să precizaţi sursele de finanţare pentru serviciile de îngrijiri paliative în unitatea cu paturi

□ Contract cu finanţare continuă

□ Subvenţii (local/naţional) pentru asistenţă socială prin Legea [nr. 34/1998](http://lege5.ro/App/Document/ge4tmobt/legea-nr-34-1998-privind-acordarea-unor-subventii-asociatiilor-si-fundatiilor-romane-cu-personalitate-juridica-care-infiinteaza-si-administreaza-unitati-de-asistenta-sociala?d=2023-08-31) privind acordarea unor subvenţii asociaţiilor şi fundaţiilor române cu personalitate juridică, care înfiinţează şi administrează unităţi de asistenţă socială

□ Contractare servicii locale prin Legea tinerilor [nr. 350/2006](http://lege5.ro/App/Document/geydambxga/legea-tinerilor-nr-350-2006?d=2023-08-31" \t "_blank), cu modificările ulterioare

□ Parteneri/finanţatori externi

□ Proiecte de finanţare

□ Plata pacient

□ Co-plata pacient

□ Alte surse de finanţare

23. Dacă serviciile de spitalizare continuă în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative au fost contractate cu casa de asigurări de sănătate în anul de raportare, care a fost tariful negociat pe zi de spitalizare?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

24. Care a fost costul real pe zi de spitalizare în unitatea cu paturi de îngrijiri paliative în anul de raportare? (poate fi diferit de costul negociat cu casa de asigurări de sănătate)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

DATE DE CONTACT

10. Informaţii de contact

|  |  |
| --- | --- |
|  | Persoana de contact |
|  | Instituţia |
|  | Adresa |
|  | Localitatea |
|  | Judeţul |
|  | Cod poştal |
|  | E-mail |
|  | Telefon |
|  | Fax |

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal: | Numele și prenumele |
|  | Semnatura digitală: |
| Data depunerii: |  |

**II. CHESTIONAR ANUAL PENTRU FURNIZORII DE**

**ÎNGRIJIRI PALIATIVE SPECIALIZATE LA DOMICILIU**

Începând cu anul 2018, prin Ordinul nr. 253/2018, Ministerul Sănătăţii solicită tuturor furnizorilor de servicii specializate de îngrijiri paliative completarea anuală a unui chestionar de raportare a serviciilor realizate în anul anterior încheiat. Chestionarul va fi pus la dispoziţia furnizorilor pe site-ul Ministerului Sănătății pentru completare online, și va fi completat şi transmis de către furnizori până la data de 31 mai a anului următor celui raportat.

Vă rugăm să completați următorul chestionar.

ORGANIZARE

1. Denumirea unităţii

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

2. Localitatea

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

3. Judeţul

□ ALBA

□ ARAD

□ ARGEŞ

□ BACĂU

□ BIHOR

□ BISTRIŢA NĂSĂUD

□ BOTOŞANI

□ BRĂILA

□ BRAŞOV

□ BUZĂU

□ CĂLĂRAŞI

□ CARAŞ-SEVERIN

□ CLUJ

□ CONSTANTA

□ COVASNA

□ DÂMBOVIŢA

□ DOLJ

□ GALAŢI

□ GIURGIU

□ GORJ

□ HARGHITA

□ HUNEDOARA

□ IALOMIŢA

□ IAŞI

□ ILFOV

□ MARAMUREŞ

□ MEHEDINTI

□ MURES

□ NEAMŢ

□ OLT

□ PRAHOVA

□ SĂLAJ

□ SATU MARE

□ SIBIU

□ SUCEAVA

□ TELEORMAN

□ TIMIŞ

□ TULCEA

□ VÂLCEA

□ VASLUI

□ VRANCEA

□ BUCURESTI

4. Forma de organizare (bifaţi forma corespunzătoare serviciului de îngrijiri paliative)

□ Public

□ ONG

□ SRL

□ SA

5. Tipul de servicii de îngrijiri paliative acordate (bifaţi toate răspunsurile potrivite).

□ Unitate cu paturi

□ Îngrijiri paliative la domiciliu

□ Ambulatoriu de îngrijiri paliative (consultaţii, consiliere)

□ Centru de zi pentru îngrijiri paliative

□ Echipa mobila de îngrijiri paliative în spital

□ Centru de consultanţă telefonică pentru pacienţi şi familii

□ Centru de consultanţă telefonică pentru serviciile de îngrijiri paliative de bază

6. Anul înfiinţării serviciului de îngrijiri paliative la domiciliu.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

7. Raza de acoperire a serviciului de îngrijiri paliative la domiciliu

|  |  |
| --- | --- |
|  | Localitatea in care se află serviciul |
|  | Judeţul in care se află serviciul |
|  | Regiune (mai multe judeţe) |
|  | Altele (precizaţi) |

8. Tipul de personal care lucrează în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu

□ Medic

□ Asistent medical

□ Asistent social

□ Psiholog

□ Cleric

□ Îngrijitor la domiciliu

□ Voluntar

□ Alt personal (specificați) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Numărul total de norme întregi pe categorii de personal în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu.Dacă nu aveţi o categorie de personal, indicaţi "0".Exemplu: puteţi avea 5 medici, dintre care 4 cu 1/2 normă şi 1 medic cu normă întreagă; în acest caz veţi completa "4 x 1/2 + 1 = 3 echivalent norme întregi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Medici |  |
|  | Asistenţi medicali |  |
|  | Asistenţi sociali |  |
|  | Psihologi |  |
|  | Clerici |  |
|  | Îngrijitori la domiciliu |  |
|  | Voluntari |  |

10. Număr personal cu instruire în îngrijiri paliative care lucrează în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Medici cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative |  |
|  | Asistenţi medical cu pregătire în îngrijiri paliative |  |
|  | Asistenţi sociali |  |
|  | Alt personal cu pregătire in îngrijiri paliative (precizaţi) |  |

11. Dotări existente în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu.

Precizaţi numărul echipamentelor Dacă le aveţi în dotare, sau "NU" Dacă nu există. De exemplu: "Seringi automate" "2 buc" şi "Saltele anti-escară" "NU"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Seringă automată |  |
|  | Concentrator de oxigen |  |
|  | Saltele anti-escară |  |
|  | Alte Dotări (precizaţi) |  |

12. Beneficiarii serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele patologii: (bifaţi toate optiunile care se aplică)

□ oncologice

□ neurologice

□ cardio-vasculare

□ insuficienţe cronice de organ

□ distrofii neuromusculare

□ malformaţii congenitale

□ HIV/SIDA

□ Altele

13. Categorii de vârstă pentru beneficiarii serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu

□ Adulţi

□ Copii

□ Adulţi si Copii

14. Numărul de pacienţi noi preluaţi în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu în anul de raportare. Dacă serviciul este nou înfiintat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată.

15. Numărul total de pacienţi asistati în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu în anul de raportare. Sunt incluşi pacienţii aflati în evidenţă la 1 ianuarie al anului următor celui de raportare şi pacienţii noi preluati în cursul anului de raportare. Dacă serviciul este nou înfiintat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

16. Număr mediu de vizite de îngrijiri paliative la domiciliu pe zi efectuate de personalul serviciului

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Medici |  |
|  | Asistenţi medicali |  |
|  | Asistenţi sociali |  |
|  | Psihologi |  |
|  | Clerici |  |
|  | Îngrijitori la domiciliu |  |
|  | Voluntari |  |

17. Numărul total al deceselor în rândul pacienţilor asistaţi în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu în anul de raportare.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

18. Care dintre următoarele instrumente de lucru sunt utilizate în mod curent în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu? (completaţi cu DA sau NU toate variantele aplicabile şi scrieţi informaţiile solicitate)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Plan interdisciplinar de îngrijire (completat de cel putin 3 discipline) |  |
|  | Scale de durere (precizaţi care) |  |
|  | Scale de evaluare a Statusului de performanţa (precizaţi care) |  |
|  | Alte scale (precizaţi zare) |  |
|  | Protocoale clinice aplicate(precizaţi care) |  |

19. Serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu asigură consultanţă telefonică/permanentă pentru beneficiarii serviciilor proprii de îngrijiri paliative la domiciliu în afara programului zilnic de vizite la domiciliu?

□ Da

□ Nu

20. Există forme de sprijin pe care furnizorul le asigură pentru aparţinători/familie în perioada de doliu? (precizaţi "Da" şi specificaţi care sunt acestea, sau "Nu există")

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

21. Există metode de suport pentru personalul angajat în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu pe care furnizorul le asigură în scopul prevenirii situaţiilor de burn-out (precizaţi "Da" şi specificaţi care sunt acestea, sau "Nu există")

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

22. Vă rugăm să precizaţi sursele de finanţare pentru serviciul dvs. de îngrijiri paliative la domiciliu

□ Contract cu casa de asigurări de sănătate

□ Subvenţii (local/naţional) pentru asistenţa socială prin Legea [nr. 34/1998](http://lege5.ro/App/Document/ge4tmobt/legea-nr-34-1998-privind-acordarea-unor-subventii-asociatiilor-si-fundatiilor-romane-cu-personalitate-juridica-care-infiinteaza-si-administreaza-unitati-de-asistenta-sociala?d=2023-08-31) privind acordarea unor subvenţii asociaţiilor şi fundaţiilor române cu personalitate juridică, care înfiinţează şi administrează unităţi de asistenţă socială

□ Contractare servicii locale prin Legea tinerilor [nr. 350/2006](http://lege5.ro/App/Document/geydambxga/legea-tinerilor-nr-350-2006?d=2023-08-31" \t "_blank), cu modificările ulterioare

□ Proiecte de finanţare

□ Plata pacient

□ Coplata pacient

□ Alte surse de finanţare

□ Parteneri/finanţatori externi

23. Costul real pe vizită de îngrijiri paliative la domiciliu în serviciul dvs. în anul de raportare:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

24. Numărul pacienţilor din serviciul dvs. care au beneficiat de îngrijiri paliative la domiciliu decontate prin contract cu Casa de Asigurări de Sănătate în anul de raportare.

Dacă serviciul este nou înfiintat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

DATE DE CONTACT

10. Informaţii de contact

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Persoana de contact |  |
|  | Instituţia |  |
|  | Adresa |  |
|  | Localitatea |  |
|  | Judeţul |  |
|  | Cod poştal |  |
|  | E-mail |  |
|  | Telefon |  |
|  | Fax |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal: | Numele și prenumele |
|  | Semnatura digitală: |
| Data depunerii: |  |

**III. CHESTIONAR ANUAL PENTRU FURNIZORII DE**

**ÎNGRIJIRI PALIATIVE SPECIALIZATE ÎN AMBULATORIU**

Începând cu anul 2018, prin Ordinul nr. 253/2018, Ministerul Sănătăţii solicită tuturor furnizorilor de servicii specializate de îngrijiri paliative completarea anuală a unui chestionar de raportare a serviciilor realizate în anul anterior încheiat. Chestionarul va fi pus la dispoziţia furnizorilor pe site-ul Ministerului Sănătății pentru completare online, și va fi completat şi transmis de către furnizori până la data de 31 mai a anului următor celui raportat.

Vă rugăm să completați următorul chestionar.

ORGANIZARE

1. Denumirea unităţii

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

2. Localitatea

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

3. Judeţul

□ ALBA

□ ARAD

□ ARGEŞ

□ BACĂU

□ BIHOR

□ BISTRIŢA NĂSĂUD

□ BOTOŞANI

□ BRĂILA

□ BRAŞOV

□ BUZĂU

□ CĂLĂRAŞI

□ CARAŞ-SEVERIN

□ CLUJ

□ CONSTANTA

□ COVASNA

□ DÂMBOVIŢA

□ DOLJ

□ GALAŢI

□ GIURGIU

□ GORJ

□ HARGHITA

□ HUNEDOARA

□ IALOMIŢA

□ IAŞI

□ ILFOV

□ MARAMUREŞ

□ MEHEDINTI

□ MURES

□ NEAMŢ

□ OLT

□ PRAHOVA

□ SĂLAJ

□ SATU MARE

□ SIBIU

□ SUCEAVA

□ TELEORMAN

□ TIMIŞ

□ TULCEA

□ VÂLCEA

□ VASLUI

□ VRANCEA

□ BUCURESTI

4. Forma de organizare (bifaţi forma corespunzătoare serviciului de îngrijiri paliative)

□ Public

□ ONG

□ SRL

□ SA

5. Tipul de servicii de îngrijiri paliative acordate (bifaţi toate răspunsurile potrivite).

□ Unitate cu paturi

□ Îngrijiri paliative la domiciliu

□ Ambulatoriu de îngrijiri paliative (consultaţii, consiliere)

□ Centru de zi pentru îngrijiri paliative

□ Echipa mobila de îngrijiri paliative în spital

□ Centru de consultanţă telefonică pentru pacienţi şi familii

□ Centru de consultanţă telefonică pentru serviciile de îngrijiri paliative de bază

6. Anul înfiinţării serviciului de îngrijiri paliative în ambulatoriu.

7. Raza de acoperire a serviciului de îngrijiri paliative în ambulatoriu. Marcaţi cu DA sau NU unde e cazul, sau precizaţi alte situaţii

|  |  |
| --- | --- |
|  | Localitatea in care se află serviciul |
|  | Judeţul in care se află serviciul |
|  | Regiune (mai multe judeţe) |
|  | Altele (precizaţi) |

8. Vă rugăm să precizaţi componenţa echipei de îngrijiri paliative în ambulatoriu

□ Medic

□ Asistent medical

□ Asistent social

□ Psiholog

□ Terapeut

□ Alt personal

9. Numărul total de norme întregi pe categorii de personal în serviciul de îngrijiri paliative în ambulatoriu. Dacă nu aveţi o categorie de personal, indicaţi "0".Exemplu: puteţi avea 5 medici, dintre care 4 cu 1/2 normă şi 1 medic cu normă întreagă; în acest caz veţi completa "4 x 1/2 + 1 = 3 echivalent Norme întregi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Medici |  |
|  | Asistenţi medicali |  |
|  | Asistenţi sociali |  |
|  | Psihologi |  |
|  | Clerici |  |
|  | Îngrijitori la domiciliu |  |
|  | Voluntari |  |

10. Număr personal cu instruire în îngrijiri paliative care lucrează în serviciul de îngrijiri paliative în ambulatoriu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Medici cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative |  |
|  | Asistenţi medical cu pregătire în îngrijiri paliative |  |
|  | Asistenţi sociali |  |
|  | Alt personal cu pregătire in îngrijiri paliative (precizaţi) |  |

11. Beneficiarii serviciilor dvs de îngrijiri paliative în ambulator au următoarele patologii: (bifaţi toate opţiunile care se aplică): oncologice, neurologice, cardiovasculare, insuficienţe cronice de organ, distrofii neuromusculare, malformaţii congenitale, HIV/SIDA, altele

49. Categorii de vârstă pentru beneficiarii serviciilor de îngrijiri paliative în ambulatoriu:

□ Adulţi

□ Copii

□ Adulţi si Copii

12. Numărul de consultaţii de îngrijiri paliative în ambulatoriu decontate prin contract cu casele de asigurări de sănătate în anul 2016. Dacă serviciul este nou înfiintat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată

13. Număr total de consultaţii de îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate în anul raportat (poate fi mai mare decât numărul de consultaţii decontate prin contract cu casele de asigurări de sănătate, întrucât contractul-cadru prevede un număr limitat de consultaţii initiale şi de control).

Dacă serviciul este nou înfiintat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

14. Care dintre următoarele instrumente de lucru sunt utilizate în mod curent în serviciul de îngrijiri paliative în ambulatoriu? (completaţi cu DA sau NU toate variantele aplicabile şi scrieţi informaţiile solicitate)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Plan interdisciplinar de îngrijire (completat de cel putin 3 discipline) |
|  | Scale de durere(precizaţi care) |
|  | Scale de evaluare a statusului de performanta (precizaţi care) |
|  | Alte scale (precizaţi care) |
|  | Protocoale clinice aplicate (precizaţi care) |

15. Există metode de suport pentru personalul angajat în serviciul de îngrijiri paliative în ambulatoriu pe care furnizorul le asigură în scopul prevenirii situaţiilor de burn-out? - precizaţi care:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

16. Se asigură serviciu de consultanţă telefonică în afara orelor de program pentru pacienţii în evidenţa serviciului de îngrijiri paliative în ambulatoriu?

□ Da

□ Nu

17. Vă rugăm să precizaţi sursele de finanţare pentru serviciile dvs de îngrijiri paliative în ambulatoriu

□ Contract cu casele de asigurări de sănătate

□ Contractare servicii locale prin Legea tinerilor [nr. 350/2006](http://lege5.ro/App/Document/geydambxga/legea-tinerilor-nr-350-2006?d=2023-08-31" \t "_blank), cu modificările ulterioare

□ Parteneri/finanţatori externi

□ Proiecte de finanţare

□ Plata pacient

□ Coplata pacient

□ Alte surse de finanţare

18. Care a fost costul real al unei consultaţii de îngrijiri paliative în ambulatoriu în anul de raportare?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

DATE DE CONTACT

10. Informaţii de contact

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Persoana de contact |  |
|  | Instituţia |  |
|  | Adresa |  |
|  | Localitatea |  |
|  | Judeţul |  |
|  | Cod poştal |  |
|  | E-mail |  |
|  | Telefon |  |
|  | Fax |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal: | Numele și prenumele |
|  | Semnatura digitală: |
| Data depunerii: |  |

**IV. CHESTIONAR ANUAL PENTRU FURNIZORII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE SPECIALIZATE ÎN CENTRU DE ZI PENTRU ÎNGRIJIRI PALIATIVE**

Începând cu anul 2018, prin Ordinul nr. 253/2018, Ministerul Sănătăţii solicită tuturor furnizorilor de servicii specializate de îngrijiri paliative completarea anuală a unui chestionar de raportare a serviciilor realizate în anul anterior încheiat. Chestionarul va fi pus la dispoziţia furnizorilor pe site-ul Ministerului Sănătății pentru completare online, și va fi completat şi transmis de către furnizori până la data de 31 mai a anului următor celui raportat.

Vă rugăm să completați următorul chestionar.

ORGANIZARE

1. Denumirea unităţii

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

2. Localitatea

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

3. Judeţul

□ ALBA

□ ARAD

□ ARGEŞ

□ BACĂU

□ BIHOR

□ BISTRIŢA NĂSĂUD

□ BOTOŞANI

□ BRĂILA

□ BRAŞOV

□ BUZĂU

□ CĂLĂRAŞI

□ CARAŞ-SEVERIN

□ CLUJ

□ CONSTANTA

□ COVASNA

□ DÂMBOVIŢA

□ DOLJ

□ GALAŢI

□ GIURGIU

□ GORJ

□ HARGHITA

□ HUNEDOARA

□ IALOMIŢA

□ IAŞI

□ ILFOV

□ MARAMUREŞ

□ MEHEDINTI

□ MURES

□ NEAMŢ

□ OLT

□ PRAHOVA

□ SĂLAJ

□ SATU MARE

□ SIBIU

□ SUCEAVA

□ TELEORMAN

□ TIMIŞ

□ TULCEA

□ VÂLCEA

□ VASLUI

□ VRANCEA

□ BUCURESTI

4. Forma de organizare (bifaţi forma corespunzătoare serviciului de îngrijiri paliative)

□ Public

□ ONG

□ SRL

□ SA

5. Tipul de servicii de îngrijiri paliative acordate (bifaţi toate răspunsurile potrivite).

□ Unitate cu paturi

□ Îngrijiri paliative la domiciliu

□ Ambulatoriu de îngrijiri paliative (consultaţii, consiliere)

□ Centru de zi pentru îngrijiri paliative

□ Echipa mobila de îngrijiri paliative în spital

□ Centru de consultanţă telefonică pentru pacienţi şi familii

□ Centru de consultanţă telefonică pentru serviciile de îngrijiri paliative de bază

6. Data înfiinţării Centrului de zi pentru îngrijiri paliatve

7. Raza de acoperire a serviciului centrului de zi pentru îngrijiri paliative

|  |  |
| --- | --- |
|  | Localitatea in care se află serviciul |
|  | Judeţul in care se află serviciul |
|  | Regiune (mai multe judeţe) |
|  | Altele (precizaţi) |

8. Vă rugăm să precizaţi componenţa echipei centrului de zi pentru îngrijiri palliative

□ Medic

□ Asistent medical

□ Asistent social

□ Psiholog

□ Terapeut

□ Cleric

□ Voluntar

□ Alt profesionist

9. Numărul total de benficiari unici în centrul de zi pentru îngrijiri paliative în anul de raportare.

Dacă serviciul este nou înfiintat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

10. Numărul total de vizite în centrul de zi pentru îngrijiri paliative în anul de raportare.

Dacă serviciul este nou înfiintat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

DATE DE CONTACT

10. Informaţii de contact

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Persoana de contact |  |
|  | Instituţia |  |
|  | Adresa |  |
|  | Localitatea |  |
|  | Judeţul |  |
|  | Cod poştal |  |
|  | E-mail |  |
|  | Telefon |  |
|  | Fax |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal: | Numele și prenumele |
|  | Semnatura digitală: |
| Data depunerii: |  |

**V. CHESTIONAR ANUAL PENTRU**

**ECHIPE MOBILE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE SPECIALIZATE ÎN SPITALE**

(pentru unitățile sanitare cu paturi care nu au în structură

paturi de spitalizare de zi sau secții/compartimente de îngrijiri paliative**)**

Începând cu anul 2018, prin Ordinul nr. 253/2018, Ministerul Sănătăţii solicită tuturor furnizorilor de servicii specializate de îngrijiri paliative completarea anuală a unui chestionar de raportare a serviciilor realizate în anul anterior încheiat. Chestionarul va fi pus la dispoziţia furnizorilor pe site-ul Ministerului Sănătății pentru completare online, și va fi completat şi transmis de către furnizori până la data de 31 mai a anului următor celui raportat.

Vă rugăm să completați următorul chestionar.

ORGANIZARE

1. Denumirea unităţii

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

2. Localitatea

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

3. Judeţul

□ ALBA

□ ARAD

□ ARGEŞ

□ BACĂU

□ BIHOR

□ BISTRIŢA NĂSĂUD

□ BOTOŞANI

□ BRĂILA

□ BRAŞOV

□ BUZĂU

□ CĂLĂRAŞI

□ CARAŞ-SEVERIN

□ CLUJ

□ CONSTANTA

□ COVASNA

□ DÂMBOVIŢA

□ DOLJ

□ GALAŢI

□ GIURGIU

□ GORJ

□ HARGHITA

□ HUNEDOARA

□ IALOMIŢA

□ IAŞI

□ ILFOV

□ MARAMUREŞ

□ MEHEDINTI

□ MURES

□ NEAMŢ

□ OLT

□ PRAHOVA

□ SĂLAJ

□ SATU MARE

□ SIBIU

□ SUCEAVA

□ TELEORMAN

□ TIMIŞ

□ TULCEA

□ VÂLCEA

□ VASLUI

□ VRANCEA

□ BUCURESTI

4. Forma de organizare (bifaţi forma corespunzătoare serviciului de îngrijiri paliative)

□ Public

□ ONG

□ SRL

□ SA

5. Tipul de servicii de îngrijiri paliative acordate (bifaţi toate răspunsurile potrivite).

□ Unitate cu paturi

□ Îngrijiri paliative la domiciliu

□ Ambulatoriu de îngrijiri paliative (consultaţii, consiliere)

□ Centru de zi pentru îngrijiri paliative

□ Echipa mobila de îngrijiri paliative în spital

□ Centru de consultanţă telefonică pentru pacienţi şi familii

□ Centru de consultanţă telefonică pentru serviciile de îngrijiri paliative de bază

6. Anul înfiinţării echipei de îngrijiri paliative de spital

7. Categorii de personal care lucrează în echipa mobilă de îngrijiri paliative de spital. Completaţi cu DA sau NU toate variantele aplicabile

|  |  |
| --- | --- |
|  | Medici |
|  | Asistenţi medicali |
|  | Asistenţi sociali |
|  | Psihologi |
|  | Cleric |
|  | Îngrijitori la domiciliu |
|  | Voluntari |

8. Număr de consultaţii efectuate de echipa mobilă de îngrijiri paliative în secții/compartimente ale spitalului în anul de raportare. Dacă serviciul este nou înfiintat, completaţi cu datele disponibile din ultimele 6 luni, sau pe perioada pentru care aveţi datele disponibile, precizând care este perioada raportată.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

DATE DE CONTACT

10. Informaţii de contact

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Persoana de contact |  |
|  | Instituţia |  |
|  | Adresa |  |
|  | Localitatea |  |
|  | Judeţul |  |
|  | Cod poştal |  |
|  | E-mail |  |
|  | Telefon |  |
|  | Fax |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal: | Numele și prenumele |
|  | Semnatura digitală: |
| Data depunerii: |  |

**VI. CHESTIONAR ANUAL PENTRU**

**CENTRE DE CONSULTANŢĂ TELEFONICĂ DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE SPECIALIZATE PENTRU PACIENŢI ŞI FAMILII**

Începând cu anul 2018, prin Ordinul nr. 253/2018, Ministerul Sănătăţii solicită tuturor furnizorilor de servicii specializate de îngrijiri paliative completarea anuală a unui chestionar de raportare a serviciilor realizate în anul anterior încheiat. Chestionarul va fi pus la dispoziţia furnizorilor pe site-ul Ministerului Sănătății pentru completare online, și va fi completat şi transmis de către furnizori până la data de 31 mai a anului următor celui raportat.

Vă rugăm să completați următorul chestionar.

ORGANIZARE

1. Denumirea unităţii

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

2. Localitatea

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

3. Judeţul

□ ALBA

□ ARAD

□ ARGEŞ

□ BACĂU

□ BIHOR

□ BISTRIŢA NĂSĂUD

□ BOTOŞANI

□ BRĂILA

□ BRAŞOV

□ BUZĂU

□ CĂLĂRAŞI

□ CARAŞ-SEVERIN

□ CLUJ

□ CONSTANTA

□ COVASNA

□ DÂMBOVIŢA

□ DOLJ

□ GALAŢI

□ GIURGIU

□ GORJ

□ HARGHITA

□ HUNEDOARA

□ IALOMIŢA

□ IAŞI

□ ILFOV

□ MARAMUREŞ

□ MEHEDINTI

□ MURES

□ NEAMŢ

□ OLT

□ PRAHOVA

□ SĂLAJ

□ SATU MARE

□ SIBIU

□ SUCEAVA

□ TELEORMAN

□ TIMIŞ

□ TULCEA

□ VÂLCEA

□ VASLUI

□ VRANCEA

□ BUCURESTI

4. Forma de organizare (bifaţi forma corespunzătoare serviciului de îngrijiri paliative)

□ Public

□ ONG

□ SRL

□ SA

5. Tipul de servicii de îngrijiri paliative acordate (bifaţi toate răspunsurile potrivite).

□ Unitate cu paturi

□ Îngrijiri paliative la domiciliu

□ Ambulatoriu de îngrijiri paliative (consultaţii, consiliere)

□ Centru de zi pentru îngrijiri paliative

□ Echipa mobila de îngrijiri paliative în spital

□ Centru de consultanţă telefonică pentru pacienţi şi familii

□ Centru de consultanţă telefonică pentru serviciile de îngrijiri paliative de bază

6. Raza de acoperire a serviciului de consultanţă telefonică

|  |  |
| --- | --- |
|  | Localitate: |
|  | Zonă: |
|  | Judeţ |

7. Personalul care deserveşte centrul de consultanţă (precizaţi numărul de norme):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Medic pentru centrul de consultanţă telefonică: |
|  | Medic la sediu pentru consult pacienţi: |
|  | Asistent medical: |
|  | Alt personal (precizati) |

8. Personalul centrului de consultanţă telefonică are acces la dosarul pacientului

□ Da, acces la dosarul electronic al pacientului

□ Da, acces la foaia de observaţie pentru îngrijire paliativă de bază

□ Nu

9. Programul centrului de consultanţă telefonică este:

□ Permanent (24/24 ore, 7/7 zile)

□ Altul (Precizaţi)

10. Număr apeluri în perioada raportată:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Număr total apeluri: |
|  |  |
|  | Număr apeluri efectuate pentru monitorizare: |
|  |  |
|  | Număr apeluri primite pentru consultanţă: |

11. Provenienţa apelurilor din perioada raportată:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Număr total apeluri de la pacienţi: |  |
|  |  |  |
|  | Număr total apeluri de la familie |  |

12. Precizaţi numărul apelurilor primite de la pacienţi sau familie pentru următoarele:

Simptome necontrolate

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Solicitări de tratamente şi îngrijiri palliative la domiciliu |  |
|  | Probleme legate de aplicarea planului de îngrijire şi a tratamentelor prescrise |  |
|  | Probleme legate de administrarea medicaţiei |  |
|  | Solicitare informaţii pentru situaţii de urgenţă în îngrijiri paliative |  |
|  | Screening şi îndrumare către serviciul adecvat stării pacientului |  |
|  | Solicitare informaţii pentru îngrijirea pacientului terminal |  |
|  | Informaţii pentru îngrijirea stomelor |  |
|  | Informaţii pentru îngrijirea limfedemului |  |
|  | Probleme care necesită consiliere psihoemoţională de bază |  |
|  | Informaţii privind accesarea unui serviciu de îngrijiri palliative în localitate/zonă |  |
|  | Informaţii cu privire la alte surse de sprijin în comunitate |  |

13. Precizaţi modul de rezolvare a apelurilor telefonice de la pacienţi sau familie

□ Solicitarea a fost rezolvată de medic

□ Solicitarea a fost rezolvată de asistentul medical

□ Solicitarea a fost rezolvată prin îndrumare la 112

□ Altele (precizaţi):

14. Care este sursa de finanţare a centrului de consultanţă telefonică?

□ Proprie organizaţiei/instituţiei

□ Program naţional

□ Alte surse (precizaţi)

DATE DE CONTACT

15. Informaţii de contact

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Persoana de contact |  |
|  | Instituţia |  |
|  | Adresa |  |
|  | Localitatea |  |
|  | Judeţul |  |
|  | Cod poştal |  |
|  | E-mail |  |
|  | Telefon |  |
|  | Fax |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal: | Numele și prenumele |
|  | Semnatura digitală: |
| Data depunerii: |  |

**VII. CHESTIONAR ANUAL PENTRU**

**CENTRE DE CONSULTANŢĂ TELEFONICĂ PENTRU**

**SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE SPECIALIZATE**

Începând cu anul 2018, prin Ordinul nr. 253/2018, Ministerul Sănătăţii solicită tuturor furnizorilor de servicii specializate de îngrijiri paliative completarea anuală a unui chestionar de raportare a serviciilor realizate în anul anterior încheiat. Chestionarul va fi pus la dispoziţia furnizorilor pe site-ul Ministerului Sănătății pentru completare online, și va fi completat şi transmis de către furnizori până la data de 31 mai a anului următor celui raportat.

Vă rugăm să completați următorul chestionar.

ORGANIZARE

1. Denumirea unităţii

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

2. Localitatea

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

3. Judeţul

□ ALBA

□ ARAD

□ ARGEŞ

□ BACĂU

□ BIHOR

□ BISTRIŢA NĂSĂUD

□ BOTOŞANI

□ BRĂILA

□ BRAŞOV

□ BUZĂU

□ CĂLĂRAŞI

□ CARAŞ-SEVERIN

□ CLUJ

□ CONSTANTA

□ COVASNA

□ DÂMBOVIŢA

□ DOLJ

□ GALAŢI

□ GIURGIU

□ GORJ

□ HARGHITA

□ HUNEDOARA

□ IALOMIŢA

□ IAŞI

□ ILFOV

□ MARAMUREŞ

□ MEHEDINTI

□ MURES

□ NEAMŢ

□ OLT

□ PRAHOVA

□ SĂLAJ

□ SATU MARE

□ SIBIU

□ SUCEAVA

□ TELEORMAN

□ TIMIŞ

□ TULCEA

□ VÂLCEA

□ VASLUI

□ VRANCEA

□ BUCURESTI

4. Forma de organizare (bifaţi forma corespunzătoare serviciului de îngrijiri paliative)

□ Public

□ ONG

□ SRL

□ SA

5. Tipul de servicii de îngrijiri paliative acordate (bifaţi toate răspunsurile potrivite).

□ Unitate cu paturi

□ Îngrijiri paliative la domiciliu

□ Ambulatoriu de îngrijiri paliative (consultaţii, consiliere)

□ Centru de zi pentru îngrijiri paliative

□ Echipa mobila de îngrijiri paliative în spital

□ Centru de consultanţă telefonică pentru pacienţi şi familii

□ Centru de consultanţă telefonică pentru serviciile de îngrijiri paliative de bază

1. Raza de acoperire a serviciului de consultanţă:

□ Localitate:

□ Zonă:

□ Judeţ

□ Altele (precizaţi)

2. Programul centrului de consultanţă telefonică este:

□ permanent (24/24, 7/7)

□ între orele 7 - 21, 7 zile/7

□ Altul (precizaţi)

3. Personalul care deserveşte centrul de consultanţă telefonică (precizaţi numărul de norme):

□ Medic:

□ Asistent medical:

□ Alt personal (precizaţi): [ ]

4. Număr coordonatori locali în aria de acoperire (medici desemnati pentru coordonare, care lucrează în servicii de îngrijiri specializate la domiciliu şi sunt acreditaţi ca formatori în îngrijiri paliative):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

5. Număr mentori locali în aria de acoperire (medici cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, curs de mentorat, experienţa de cel putin 12 luni într-un serviciu specializat de îngrijiri paliative sau 24 luni în îngrijiri paliative de bază):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

6. Număr total de întâlniri locale organizate în perioada de raportare (2016)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

7. Număr total apeluri în perioada de raportare

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

8. Precizaţi procentul din totalul apelurilor primite de la medici care acordă îngrijiri paliative de bază pentru următoarele (de exemplu, Consultanţă pentru controlul durerii - 50%):

□ Consultanţă pentru controlul durerii

□ Probleme de asistenţă socială paliative

□ Informatii legate de completarea fişei electronice a pacientului

□ Consultanţă pentru controlul altor simptome

□ Îndrumare către alte servicii specializate de îngrijiri

□ Altele (precizaţi):

9. Care este sursa de finanţare a centrului de consultanţă?

□ Proprie organizaţiei/instituţiei

□ Program naţional

□ Altele (precizaţi):

DATE DE CONTACT

10. Informaţii de contact

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Persoana de contact |  |
|  | Instituţia |  |
|  | Adresa |  |
|  | Localitatea |  |
|  | Judeţul |  |
|  | Cod poştal |  |
|  | E-mail |  |
|  | Telefon |  |
|  | Fax |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentant legal: | Numele și prenumele |
|  | Semnatura digitală: |
| Data depunerii: |  |