

socială și familie și furnizorii de utilități pentru aplicarea acestui sistem, mecanism greoi de acordare și plată a ajutorului pentru încălzirea locuinței.

Prin urmare, se impune adoptarea în regim de urgență a unor măsuri prin instituirea, începând cu sezonul rece 1 noiembrie 2006 — 31 martie 2007, a unui nou sistem de acordare a ajutoarelor pentru încălzirea locuinței, mult mai flexibil și cu impact direct asupra familiilor defavorizate.

În temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

Art. I. — Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 5/2003 privind acordarea de ajutoare pentru încălzirea locuinței, precum și a unor facilități populației pentru plata energiei termice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 119 din 25 februarie 2003, aprobată prin Legea nr. 245/2003, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. Capitolul II „Ajutoare pentru încălzirea locuinței” va avea următorul cuprins:

„CAPITOLUL II

Ajutoare pentru încălzirea locuinței

SECȚIUNEA 1

Condiții de acordare și cuantumul ajutorului pentru încălzirea locuinței

Art. 5. — (1) Familiile și persoanele singure cu venituri reduse, care utilizează pentru încălzirea locuinței energie termică furnizată în sistem centralizat, beneficiază de ajutor lunar pentru încălzirea locuinței prin compensarea procentuală a valorii efective a facturii la energie termică, denumită în continuare *compensare*.

(2) În funcție de veniturile medii nete lunare pe membru de familie, compensarea prevăzută la alin. (1) se acordă după cum urmează:

a) în proporție de 90% pentru familie, în situația în care venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează până la 125 lei;

b) în proporție de 80% pentru familie, în situația în care venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 125 lei și 170 lei;

c) în proporție de 70% pentru familie, în situația în care venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 170 lei și 210 lei;

d) în proporție de 60% pentru familie, în situația în care venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 210 lei și 250 lei;

e) în proporție de 50% pentru familie, în situația în care venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 250 lei și 290 lei;

f) în proporție de 40% pentru familie, în situația în care venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 290 lei și 345 lei;

g) în proporție de 30% pentru familie, în situația în care venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 345 lei și 390 lei;

h) în proporție de 20% pentru familie, în situația în care venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 390 lei și 440 lei;

i) în proporție de 10% pentru familie, în situația în care venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 440 lei și 500 lei.

(3) Persoanele singure ale căror venituri se situează în limitele prevăzute la alin. (2) beneficiază de o compensare mai mare de 10% față de proporțiile stabilite pentru familie.

(4) Pentru familiile și persoanele singure prevăzute la alin. (2) lit. a), beneficiare ale ajutorului social stabilit potrivit prevederilor Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare, compensarea se acordă în proporție de 100%.

(5) Compensarea prevăzută la alin. (1) se acordă pe o perioadă de 12 luni în situația în care beneficiarii au optat pentru facturare în condițiile prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. a) și la art. 1¹.

(6) Compensarea prevăzută la alin. (1) se acordă pe o perioadă de 5 luni în situația în care beneficiarii au optat pentru facturare în condițiile prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. b) și c) și la art. 1¹.

(7) Compensarea prevăzută la alin. (1) se acordă pe o perioadă de 12 luni, diferențiat pentru perioada sezonului rece și pentru restul anului, în situația în care beneficiarii au optat pentru facturare în condițiile prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. d).

(8) Valoarea efectivă a ajutorului pentru încălzirea locuinței se calculează în funcție de compensarea stabilită la alin. (2)—(7), ca procent din valoarea facturii calculată prin înmulțirea consumului defalcat pe consumatori individuali cu prețul local al energiei termice facturate populației.

Art. 6. — Familiile și persoanele singure cu venituri reduse, care utilizează pentru încălzirea locuinței gaze naturale, beneficiază de ajutor lunar pentru încălzirea locuinței pe perioada sezonului rece, după cum urmează:

a) familiilor și persoanelor singure al căror venit net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează până la 125 lei li se acordă o sumă de 210 lei;

b) familiilor și persoanelor singure al căror venit net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 125 lei și 170 lei li se acordă o sumă de 130 lei;

c) familiilor și persoanelor singure al căror venit net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 170 lei și 210 lei li se acordă o sumă de 110 lei;

d) familiilor și persoanelor singure al căror venit net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 210 lei și 250 lei li se acordă o sumă de 90 lei;

e) familiilor și persoanelor singure al căror venit net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 250 lei și 290 lei li se acordă o sumă de 70 lei;

f) familiilor și persoanelor singure al căror venit net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 290 lei și 345 lei li se acordă o sumă de 50 lei;

g) familiilor și persoanelor singure al căror venit net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 345 lei și 390 lei li se acordă o sumă de 35 lei;

h) familiilor și persoanelor singure al căror venit net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 390 lei și 440 lei li se acordă o sumă de 25 lei;

i) familiilor și persoanelor singure al căror venit net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, se situează între 440 lei și 500 lei li se acordă o sumă de 15 lei.

Art. 7. — (1) Ajutorul pentru încălzirea locuinței, calculat în condițiile prevăzute la art. 5 alin. (8), nu poate depăși o valoare calculată prin înmulțirea consumului maxim lunar stabilit pe tip de apartament și în funcție de zona de temperatură cu prețul local de referință.

(2) În vederea stabilirii ajutorului lunar pentru încălzirea locuinței în condiții de echitate se instituie zone de temperatură.

(3) Ajutorul pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale se acordă în cuantumurile stabilite la art. 6, dar nu mai mult decât valoarea facturii individuale sau, după caz, a cheltuielilor efectiv repartizate pentru cantitatea de gaze naturale folosită în perioada sezonului rece.

Art. 8. — Familiile și persoanele singure care sunt beneficiare de ajutor social stabilit în condițiile prevăzute de Legea nr. 416/2001, cu modificările și completările ulterioare, și care utilizează pentru încălzirea locuinței lemne, cărbuni și combustibili petrolieri beneficiază de ajutor pentru încălzirea locuinței, în perioada sezonului rece, în sumă de 50 lei lunar.

Art. 9. — (1) În sensul art. 5 și 6, prin *familie* se înțelege soțul, soția, precum și alte persoane, indiferent dacă între acestea există sau nu relații de rudenie, care au același domiciliu sau reședință ori care locuiesc și gospodăresc împreună, sunt înscrise în cartea de imobil și sunt luate în calcul la stabilirea cheltuielilor de întreținere a locuinței.

(2) Prin *persoană singură* se înțelege persoana care a împlinit vârsta de 16 ani, locuiește și se gospodărește singură.

(3) Beneficiază de drepturile prevăzute la art. 5 și 6 familiile și persoanele singure, cetățeni români, precum și cetățeni străini ori apatrizi cu domiciliul sau, după caz, reședința în România, stabilită în condițiile legislației române.

Art. 10. — (1) Ajutorul pentru încălzirea locuinței se acordă familiilor, respectiv persoanelor singure, numai pentru locuința de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora.

(2) Prin *locuință de domiciliu sau de reședință* se înțelege locuința situată la adresa înscrisă în actele de identitate ale membrilor de familie sau, după caz, adresa la care persoanele sunt înscrise în cartea de imobil și sunt luate în calcul la stabilirea cheltuielilor de întreținere a locuinței.

Art. 11. — (1) Limitele de venituri pentru acordarea ajutorului lunar pentru încălzirea locuinței, precum și nivelul ajutorului pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale se corectează în funcție de evoluția prețurilor și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

(2) Ajutoarele pentru încălzirea locuinței, acordate în condițiile prezentei ordonanțe de urgență, nu se iau în calcul la stabilirea altor drepturi și obligații.

Art. 12. — (1) În sensul prezentei ordonanțe de urgență, prin *sezon rece* se înțelege perioada de 5 luni cuprinsă între data de 1 noiembrie a anului curent și data de 31 martie a anului următor, iar perioada de 12 luni reprezintă anul calendaristic.

(2) Perioada sezonului rece prevăzută la alin. (1) poate fi prelungită la propunerea Ministerului Muncii, Solidarității

Sociale și Familiei, cu avizul Autorității Naționale de Meteorologie. Condițiile în care se prelungește perioada sezonului rece, perioada de prelungire, precum și procedura de acordare a ajutoarelor pentru încălzirea locuinței în această perioadă se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

Art. 13. — Consiliile locale pot aproba din bugetele locale ajutoare pentru încălzirea locuinței peste cele stabilite în condițiile art. 5 și 6, cu respectarea tranșelor de venituri.

SECȚIUNEA a 2-a

Modul de stabilire și acordare a ajutorului pentru încălzirea locuinței cu energie termică furnizată în sistem centralizat și cu gaze naturale

Art. 14. — (1) Ajutorul pentru încălzirea locuinței se acordă pe bază de cerere, însoțită de declarația pe propria răspundere privind componența familiei și veniturile acesteia.

(2) Titularul ajutorului pentru încălzirea locuinței este persoana care a completat cererea, iar beneficiarul este familia sau persoana singură prevăzută la art. 9.

(3) Titularul ajutorului pentru încălzirea locuinței este proprietarul locuinței sau titularul contractului de închiriere al acesteia ori alt membru de familie major și legal împuternicit de proprietarul locuinței sau de titularul contractului de închiriere ori, după caz, reprezentantul legal al persoanei singure care nu a împlinit vârsta de 18 ani.

Art. 15. — (1) Formularele conținând cererile și declarațiile pe propria răspundere sunt transmise de către primăria furnizorilor de energie termică și gaze naturale, până la data de 15 septembrie a fiecărui an.

(2) Furnizorii de energie termică și gaze naturale prevăzuți la alin. (1) transmit formularele titularilor de contract, și anume consumatorilor individuali și asociațiilor de proprietari/chiriași, până la data de 25 septembrie a fiecărui an.

(3) Formularul de cerere și declarație pe propria răspundere se stabilește prin normele metodologice de aplicare a prezentei ordonanțe de urgență.

Art. 16. — Pentru sezonul rece 1 noiembrie 2006 — 31 martie 2007, direcțiile de muncă, solidaritate socială și familie județene, respectiv a municipiului București, denumite în continuare *direcții teritoriale*, au obligația ca până la data de 20 septembrie 2006 să transmită baza de date privind beneficiarii de ajutor pentru încălzirea locuinței, înregistrați în sezonul rece 1 noiembrie 2005 — 31 martie 2006, la primăria, precum și la furnizorii de energie termică și gaze naturale.

Art. 16¹. — Familiile și persoanele singure care îndeplinesc condițiile prevăzute la art. 5 și 6 depun, individual, prin asociațiile de proprietari/chiriași sau prin furnizorii de energie termică și gaze naturale, cererile și declarațiile pe propria răspundere la primăria comunei, orașului, municipiului sau, după caz, a sectorului municipiului București în a cărei rază teritorială se află locuința de domiciliu sau de reședință, până la data de 15 octombrie a fiecărui an.

Art. 16². — (1) Stabilirea dreptului la ajutorul pentru încălzirea locuinței cu energie termică se realizează în condițiile prezentei ordonanțe de urgență, prin dispoziție a primarului, care va conține compensarea procentuală, în funcție de venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure, precum și valoarea calculată în condițiile art. 7 alin. (1).

(2) Stabilirea dreptului la ajutorul pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale se realizează în condițiile prezentei ordonanțe de urgență, prin dispoziție a primarului, care va conține cuantumul ajutorului calculat în funcție de venitul net mediu lunar pe membru de familie, respectiv al persoanei singure.

(3) Dispozițiile primarului prevăzute la alin. (1) și (2) se emit o singură dată pentru toată perioada de acordare a ajutorului.

(4) La stabilirea venitului net mediu lunar pe membru de familie și, după caz, al persoanei singure, se iau în calcul toate veniturile realizate de membrii acesteia în luna anterioară depunerii cererii. Pentru stabilirea dreptului, primarul poate solicita prezentarea de documente doveditoare privind componența familiei și veniturile realizate de membrii acesteia sau, după caz, de persoana singură.

(5) Dispozițiile prevăzute la alin. (1) și (2) se transmit până la data de 1 noiembrie titularilor ajutoarelor pentru încălzirea locuinței, direct sau prin intermediul furnizorilor de energie termică și gaze naturale, precum și prin asociațiile de proprietari/chiriași. Aceste dispoziții se transmit, în copie, și direcțiilor teritoriale.

(6) În termenul prevăzut la alin. (5) primarii vor transmite furnizorilor de energie termică în sistem centralizat, de gaze naturale și asociațiilor de proprietari/chiriași, precum și direcțiilor teritoriale situația centralizatoare privind titularii ajutoarelor și compensarea procentuală și valoarea calculată în condițiile art. 5 alin. (8), respectiv art. 7 alin. (1), pentru beneficiarii de ajutor pentru încălzirea locuinței cu energie termică, sau cuantumul ajutorului, pentru beneficiarii de ajutor pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale stabilit în condițiile art. 6, după caz.

(7) În termenul prevăzut la alin. (5) primarii vor comunica solicitanților care nu îndeplinesc condițiile de acordare a ajutorului pentru încălzirea locuinței dispoziția privind respingerea cererii.

(8) În situația în care consumatorii individuali îndeplinesc condițiile prevăzute la art. 5 și 6 pe parcursul sezonului rece, stabilirea dreptului la ajutorul pentru încălzirea locuinței se face începând cu luna depunerii cererii.

Art. 16³. — (1) Titularii ajutoarelor pentru încălzirea locuinței sunt obligați să comunice primarului orice modificare intervenită în componența familiei și a veniturilor acesteia, în termen de 5 zile de la data modificării.

(2) Comunicarea modificărilor prevăzute la alin. (1) se va face prin depunerea unei noi declarații pe propria răspundere, individual, prin asociațiile de proprietari/chiriași sau prin furnizori.

(3) În cazul modificărilor prevăzute la alin. (1), primarii vor emite noi dispoziții, după cum urmează:

a) cu privire la modificarea compensării și a valorii calculate în condițiile art. 7 alin. (1) sau, după caz, la încetarea dreptului la ajutorul pentru încălzirea locuinței cu energie termică;

b) cu privire la modificarea cuantumului ajutorului sau, după caz, la încetarea dreptului la ajutorul pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale.

(4) Modificările sau, după caz, încetarea dreptului la ajutorul pentru încălzirea locuinței, prevăzute la alin. (3), se fac începând cu luna în care au intervenit modificările prevăzute la alin. (1), în cazul în care acestea s-au produs în primele 15 zile ale lunii.

(5) Primarii vor transmite titularilor ajutoarelor pentru încălzirea locuinței dispozițiile prevăzute la alin. (3), în termen de 5 zile de la data emiterii, direct sau prin

intermediul furnizorilor de energie termică și gaze naturale, precum și prin asociațiile de proprietari/chiriași.

(6) În termenul prevăzut la alin. (5) primarii vor transmite furnizorilor de energie termică și gaze naturale, asociațiilor de proprietari/chiriași, precum și direcțiilor teritoriale situația privind modificările sau, după caz, încetarea dreptului la ajutor, prevăzute la alin. (3).

Art. 16⁴. — (1) Lunar, până cel târziu la data de 3 a lunii, reprezentantul furnizorului de energie termică ori de gaze naturale împreună cu reprezentantul asociației de proprietari/chiriași, după caz, stabilesc consumul general de energie termică sau de gaze naturale.

(2) La stabilirea consumului general, persoanele prevăzute la alin. (1) încheie un proces-verbal constatator al cărui model se stabilește prin normele metodologice de aplicare a prezentei ordonanțe de urgență.

(3) Pe baza datelor cuprinse în procesul-verbal constatator, asociația de proprietari/chiriași defalcă consumul general pe consumatori individuali.

(4) Până la data de 5 a fiecărei luni asociația de proprietari/chiriași transmite furnizorilor prevăzuți la alin. (1) situația centralizatoare cuprinzând consumurile defalcate pentru beneficiarii de ajutor pentru încălzirea locuinței.

(5) Pe baza situației centralizatoare prevăzute la alin. (4), până la data de 10 a fiecărei luni, furnizorii de energie termică calculează cuantumul ajutorului pentru încălzirea locuinței, în conformitate cu dispoziția prevăzută la art. 16² alin. (1).

(6) Situația cuprinzând beneficiarii ajutorului pentru încălzirea locuinței cu energie termică și cuantumul acestuia calculat potrivit alin. (5) este transmisă de furnizorii de energie termică la primărie pentru certificare și la asociația de proprietari/chiriași ca anexă la factura prevăzută la art. 16⁶ alin. (1), în termen de maximum două zile de la realizarea calculului.

(7) Situația prevăzută la alin. (6) va fi întocmită potrivit modelului ce va fi aprobat prin normele metodologice de aplicare a prezentei ordonanțe de urgență.

(8) Situația prevăzută la alin. (6) reprezintă document de plată pe baza căruia direcțiile teritoriale achită la furnizori sumele reprezentând ajutoarele pentru încălzirea locuinței cu energie termică.

(9) În cazul asociațiilor de proprietari/chiriași, furnizorii de energie termică în sistem centralizat transmit lunar factura reprezentând consumul general de energie termică la nivel de asociație.

(10) În cazul furnizorilor de energie termică, factura va cuprinde contravaloarea consumului general de energie termică și ajutorul pentru încălzirea locuinței calculat potrivit prevederilor alin. (5).

Art. 16⁵. — (1) Furnizorii de energie termică în sistem centralizat transmit lunar consumatorilor individuali, titulari de contracte, facturile reprezentând consumul de energie termică și, după caz, suma de plată calculată ca diferență între valoarea consumului și ajutorul pentru încălzirea locuinței calculat în condițiile art. 16⁴ alin. (5).

(2) Furnizorii de gaze naturale transmit lunar consumatorilor individuali, titulari de contracte, facturile reprezentând consumul de gaze naturale și, după caz, suma de plată calculată ca diferență între valoarea consumului și ajutorul pentru încălzirea locuinței aprobat de primar.

Art. 16⁶. — (1) Lunar, în termen de 10 zile de la primirea facturii, asociațiile de proprietari/chiriași au obligația de a defalca cheltuielile privind energia termică pe consumatori individuali, ținând cont de ajutorul pentru încălzirea locuinței stabilit în condițiile art. 7 și art. 16⁴ alin. (5).

(2) În cazul asociațiilor de proprietari/chiriași care utilizează pentru încălzirea locuinței energie termică furnizată în sistem centralizat, defalcarea cheltuielilor prevăzute la alin. (1) se evidențiază într-un borderou care se transmite furnizorului în termen de maximum două zile de la întocmire.

(3) Asociația de proprietari/chiriași are obligația de a evidenția lunar ajutorul pentru încălzirea locuinței cu energie termică în tabelul cu cheltuielile de întreținere.

Art. 16⁷. — (1) Lunar, furnizorii de gaze naturale transmit asociațiilor de proprietari/chiriași, titulare de contracte de furnizare a gazelor naturale, factura reprezentând consumul la nivelul asociației de proprietari/chiriași, însoțită de un borderou cuprinzând consumatorii din cadrul asociației și ajutoarele aprobate pentru aceștia de către primar.

(2) Lunar, în termen de 10 zile de la primirea facturii, asociațiile de proprietari/chiriași au obligația de a defalca cheltuielile privind gazele naturale pe consumatori individuali și de a completa borderoul transmis de furnizori cu sumele de plată calculate ca diferență între contravaloarea consumului și ajutorul pentru încălzirea locuinței stabilit pe primar.

(3) Furnizorii de gaze naturale au obligația să preia de la asociațiile de proprietari/chiriași borderoul prevăzut la alin. (2).

(4) Asociația de proprietari/chiriași are obligația de a evidenția lunar ajutorul pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale în tabelul cu cheltuielile de întreținere.

Art. 16⁸. — (1) Pe baza facturilor emise în condițiile art. 16⁵ alin. (2) și a borderoului prevăzut la art. 16⁷ alin. (2), furnizorii de gaze naturale întocmesc situația centralizatoare cuprinzând beneficiarii de ajutor pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale și cuantumul efectiv al acestuia.

(2) Situația prevăzută la alin. (1) este transmisă la primării pentru certificare și reprezintă document de plată pe baza căruia direcțiile teritoriale achită la furnizori sumele reprezentând ajutoarele pentru încălzirea locuinței.

Art. 16⁹. — Sumele reprezentând cheltuielile pentru încălzirea locuinței, aferente consumului de energie termică sau de gaze naturale, plătite direct de consumatorii titulari de contract de furnizare a energiei termice sau a gazelor naturale, sumele prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 36/2006 privind instituirea prețurilor locale de referință pentru energia termică furnizată populației prin sisteme centralizate, achitate furnizorilor de energie termică, precum și ajutoarele pentru încălzirea locuinței achitate de direcțiile teritoriale se vor colecta în conturile tip ESCROW, deschise la bănci de către distribuitorii și producătorii de energie termică sau de gaze naturale.

SECȚIUNEA a 3-a

Modul de stabilire și acordare a ajutorului pentru încălzirea locuinței cu lemne, cărbuni, combustibili petrolieri

Art. 16¹⁰. — (1) Până la data de 15 septembrie a fiecărui an, primarii au obligația să întocmească lista cu beneficiarii de ajutor social care utilizează pentru încălzirea locuinței lemne, cărbuni, combustibili petrolieri, pe baza documentației depuse la stabilirea ajutorului social.

(2) Pe baza listei prevăzute la alin. (1), primarii emit dispozițiile privind stabilirea dreptului la ajutorul pentru încălzirea locuinței, pe care le transmit titularilor de ajutor social până la data de 30 septembrie a fiecărui an.

Art. 16¹¹. — (1) Dreptul la ajutorul pentru încălzirea locuinței se stabilește o singură dată pentru toată perioada sezonului rece.

(2) Plata ajutorului pentru încălzirea locuinței prevăzut la art. 8 se efectuează o singură dată, până la data de 30 octombrie a fiecărui an, pentru toată perioada sezonului rece.

(3) Data plății ajutorului pentru încălzirea locuinței și modalitatea de plată a acestuia se stabilesc de către primar prin dispoziție, care se aduce la cunoștință titularilor.

Art. 16¹². — (1) Pentru familiile și persoanele singure care au stabilit dreptul la ajutor social după data de 30 octombrie, ajutorul pentru încălzirea locuinței prevăzut la art. 8 se acordă începând cu luna în care s-a stabilit dreptul la ajutor social.

(2) Plata ajutorului pentru încălzirea locuinței stabilit în condițiile alin. (1), pentru perioada rămasă până la sfârșitul sezonului rece, se efectuează o singură dată, în luna în care s-a stabilit dreptul.

Art. 16¹³. — Pentru familiile și persoanele singure cărora le încetează dreptul la ajutor social după data de 30 octombrie, dreptul la ajutorul pentru încălzirea locuinței încetează în luna următoare, iar sumele plătite necuvenit cu acest titlu se recuperează în condițiile legii.

SECȚIUNEA a 4-a

Finanțare, verificare și monitorizare

Art. 16¹⁴. — (1) Fondurile necesare pentru plata ajutorului pentru încălzirea locuinței prevăzut la art. 5 și 6 se suportă din bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei.

(2) Cheltuielile administrative privind stabilirea, modificarea sau încetarea dreptului la ajutorul pentru încălzirea locuinței prevăzut la art. 5 și 6, precum și pentru tipărirea formularelor de cerere și declarație pe propria răspundere privind componența familiei și veniturile acesteia se suportă din bugetele locale.

(3) Cheltuielile pentru transmiterea la consumatorii individuali a formularelor de cerere și declarație pe propria răspundere privind componența familiei și veniturile acesteia, a dispozițiilor de stabilire a dreptului, precum și pentru alte activități ale furnizorilor de energie termică în sistem centralizat sau de gaze naturale, legate de aplicarea prezentei ordonanțe de urgență, se suportă de către acești furnizori.

Art. 16¹⁵. — Fondurile necesare plății ajutorului pentru încălzirea locuinței prevăzut la art. 8, precum și pentru cheltuielile administrative se suportă din bugetele locale.

Art. 16¹⁶. — (1) Pentru verificarea veridicității datelor înscrise în declarațiile pe propria răspundere privind componența familiei și veniturile acesteia, primarii pot dispune efectuarea prin sondaj de anchete sociale.

(2) Veridicitatea datelor înscrise în declarațiile pe propria răspundere privind componența familiei și veniturile acesteia poate fi verificată și de către direcțiile teritoriale prin efectuarea prin sondaj de anchete sociale.

(3) În situația în care familia sau persoana singură beneficiară de ajutor pentru încălzirea locuinței refuză să furnizeze informațiile și documentele necesare pentru întocmirea anchetei sociale, dreptul la ajutorul pentru încălzirea locuinței încetează începând cu luna următoare, iar sumele plătite necuvenit cu acest titlu se recuperează în condițiile legii.

Art. 16¹⁷. — (1) Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei monitorizează și controlează aplicarea prevederilor prezentei ordonanțe de urgență cu privire la acordarea ajutorului pentru încălzirea locuinței.

(2) La solicitarea direcțiilor teritoriale, primarii, furnizorii/distribuitorii de energie termică și gaze naturale,

precum și celelalte instituții implicate au obligația de a furniza date și informații cu privire la aplicarea prevederilor prezentei ordonanțe de urgență.

Art. 16¹⁸. — Pentru primele două luni ale sezonului rece 1 noiembrie 2006 — 31 martie 2007, termenele prevăzute la art. 15 alin. (1) și (2), art. 16¹, art. 16² alin. (5) și la art. 16⁴ alin. (1), (4) și (5) se prelungesc cu maximum 15 zile.“

2. Articolul 21 va avea următorul cuprins:

„Art. 21. — (1) Nerespectarea dispozițiilor art. 15 alin. (1) și (2), art. 16² alin. (5)–(7), art. 16³ alin. (1), (5) și (6), art. 16⁴ alin. (1), (2), (4)–(6) și (9), art. 16⁶, art. 16⁷, art. 16⁸ alin. (1), art. 16¹⁰ alin. (1) și ale art. 16¹¹ alin. (2) constituie contravenție și se sancționează cu amendă de la 1.000 lei la 10.000 lei.

(2) Încasarea de către furnizorii de energie termică a sumelor de la titularii de contract de furnizare a energiei termice, precum și a fondurilor de la bugetul de stat și bugetele locale, acordate conform legii, în alte conturi decât cele tip ESCROW constituie contravenție și se sancționează în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (4) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 115/2001 privind reglementarea unor măsuri de asigurare a fondurilor necesare în vederea furnizării energiei termice și a gazelor naturale pentru populație, aprobată cu modificări prin Legea nr. 84/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Constatarea contravențiilor și aplicarea sancțiunilor se fac, după caz, de către organele cu atribuții de control ale Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, Ministerului Finanțelor Publice și ale autorității administrației publice locale.“

Art. II. — (1) Consumul maxim lunar prevăzut la art. 7 alin. (1) din cuprinsul art. I este prezentat în anexa nr. 1.

(2) Repartiția județelor pe zonele de temperatură prevăzute la art. 7 alin. (2) din cuprinsul art. I este prezentată în anexa nr. 2.

Art. III. — Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezenta ordonanță de urgență.

Art. IV. — În termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență, Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei și Ministerul Administrației și Internelor vor elabora norme metodologice de aplicare a prevederilor acesteia, care vor fi aprobate prin hotărâre a Guvernului.

Art. V. — Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 5/2003 privind acordarea de ajutoare pentru încălzirea locuinței, precum și a unor facilități populației pentru plata energiei termice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 119 din 25 februarie 2003, aprobată prin Legea nr. 245/2003, cu modificările și completările ulterioare, precum și cu modificările aduse prin prezenta ordonanță de urgență, se va republica, după aprobarea prin lege a prezentei ordonanțe de urgență, dându-se textelor o nouă numerotare.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:

Ministrul muncii, solidarității sociale și familiei,
Gheorghe Barbu
p. Ministrul administrației și internelor,
Mircea Nicu Toader,
secretar de stat
Ministrul finanțelor publice,
Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu

București, 30 august 2006.
Nr. 57.

ANEXA Nr. 1

CONSUMUL MAXIM LUNAR stabilit pe tip de apartament și în funcție de zona de temperatură

Zone	Tipul apartamentului	Consumul maxim lunar (Gcal)
Zona caldă	1 cameră	0,82
	2 camere	1,22
	3 camere	1,59
	4 camere	2,21
Zona temperată	1 cameră	0,91
	2 camere	1,36
	3 camere	1,76
	4 camere	2,45
Zona rece	1 cameră	1,01
	2 camere	1,49
	3 camere	1,94
	4 camere	2,70

REPARTIȚIA
județelor pe zone de temperatură

Zone	Nr.	Județul
Zona rece	1	Harghita
	2	Suceava
	3	Covasna
	4	Brașov
	5	Bistrița-Năsăud
	6	Bacău
	7	Botoșani
	8	Cluj
	9	Vaslui
	10	Neamț
	11	Mures
	12	Sibiu
	13	Hunedoara
	14	Iasi
	15	Alba
Zona temperată	16	Vrancea
	17	Satu Mare
	18	Dâmbovita
	19	Arges
	20	Ialomita
	21	Sălaj
	22	Dolj
	23	Maramures
	24	Galati
	25	Prahova
	26	Brăila
	27	Buzău
	28	Olt
	29	Bihor
	30	Teleorman
	31	Ifov
	32	Gorj
Zona caldă	33	Giurgiu
	34	Tulcea
	35	Vâlcea
	36	Arad
	37	Caras-Severin
	38	Bucuresti
	39	Călărași
	40	Timis
	41	Mehedinti
	42	Constanța

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

**privind trecerea unor construcții aflate în administrarea Ministerului Educației și Cercetării –
Inspectoratul Școlar Județean Hunedoara – din domeniul public al statului
în domeniul privat al acestuia**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 10 alin. (2) din Legea nr. 213/1998 privind proprietatea publică și regimul juridic al acesteia, cu modificările și completările ulterioare, precum și al art. 2 din Ordonanța Guvernului nr. 112/2000 pentru reglementarea procesului de scoatere din funcțiune, casare și valorificare a activelor corporale care alcătuiesc domeniul public al statului și al unităților administrativ-teritoriale, aprobată prin Legea nr. 246/2001,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă trecerea din domeniul public al statului în domeniul privat al acestuia a unor construcții aflate în administrarea Ministerului Educației și Cercetării – Inspectoratul Școlar Județean Hunedoara, situate în

municipiul Deva, str. Axente Sever nr. 3, județul Hunedoara, identificate potrivit anexei care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — Trecerea în domeniul privat al statului a construcțiilor prevăzute la art. 1 se face în vederea scoaterii din funcțiune și demolării acestora.

Art. 3. — După scoaterea din funcțiune și demolarea construcțiilor prevăzute la art. 1, Ministerul Educației și Cercetării — Inspectoratul Școlar Județean Hunedoara — își va actualiza în mod corespunzător datele din evidența cantitativ-valorică.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:

Ministrul educației și cercetării,
Mihail Hărdău

Ministrul finanțelor publice,
Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu

București, 30 august 2006.
Nr. 1.118.

ANEXĂ

DATELE DE IDENTIFICARE

a construcțiilor aflate în administrarea Ministerului Educației și Cercetării — Inspectoratul Școlar Județean Hunedoara, care trec din domeniul public al statului în domeniul privat al acestuia

Adresa imobilului	Persoana juridică care administrează imobilul	Caracteristicile imobilului	Nr. de inventar atribuit de Ministerul Finanțelor Publice
Municipiul Deva, str. Axente Sever nr. 3, județul Hunedoara	Ministerul Educației și Cercetării — Inspectoratul Școlar Județean Hunedoara — Clubul Școlar Sportiv „Cetate“ Deva	Baie populară — Clădire P Valoarea de inventar = 59 lei	101.691
Municipiul Deva, str. Axente Sever nr. 3, județul Hunedoara	Ministerul Educației și Cercetării — Inspectoratul Școlar Județean Hunedoara — Clubul Școlar Sportiv „Cetate“ Deva	Saună Valoarea de inventar = 2 lei	101.705

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind aprobarea încadrării în categoria funcțională a drumurilor județene și comunale a unor sectoare de drumuri situate în județul Neamț

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 12 și 13 din Ordonanța Guvernului nr. 43/1997 privind regimul drumurilor, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă încadrarea unor sectoare de drumuri situate în județul Neamț în categoria funcțională a drumurilor județene, potrivit anexei nr. 1.

Art. 2. — Se aprobă încadrarea unor sectoare de drumuri situate în județul Neamț în categoria funcțională a drumurilor comunale, potrivit anexei nr. 2.

Art. 3. — Anexele nr. 2 și 3 la Hotărârea Guvernului nr. 540/2000 privind aprobarea încadrării în categorii

funcționale a drumurilor publice și a drumurilor de utilitate privată deschise circulației publice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 338 și 338 bis din 20 iulie 2000, cu modificările și completările ulterioare, se modifică în mod corespunzător.

Art. 4. — Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:

p. Ministrul administrației și internelor,
Mircea Nicu Toader,
secretar de stat

Ministrul transporturilor, construcțiilor și turismului,
Radu Mircea Berceanu

Ministrul delegat pentru lucrări publice și amenajarea teritoriului,
László Borbély

Ministrul finanțelor publice,
Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu

București, 30 august 2006.
Nr. 1.127.

ANEXA Nr. 1

DATELE DE IDENTIFICARE
privind încadrarea unor sectoare de drumuri comunale în categoria funcțională a drumurilor județene

Nr. crt.	Indicativul drumului propus	Traseul drumului propus	Poziții kilometrice (origine—destinație)	Lungimea totală a sectorului de drum (km)	Proveniența
0	1	2	3	4	5
1.	DJ 155 A	Brusturi (DN 15 C)—Drăgănești	km 0+000 — 3+500	3,500	DC 1
2.	DJ 155 P	Războienii de Jos (DJ 208 G)—Mănăstirea Războieni	km 0+000 — 2+000	2,000	DC 25
3.	DJ 157 I	Bozienii de Sus (DN 15 D)—Ruginoasa	km 0+000 — 3+700	3,700	DC 46
4.	DJ 157 J	Podoleni (DJ 157)—Negritesti	km 0+000 — 12+446	12,446	DC 105

ANEXA Nr. 2

DATELE DE IDENTIFICARE
privind încadrarea unor sectoare de drumuri județene în categoria funcțională a drumurilor comunale

Nr. crt.	Indicativul drumului propus	Traseul drumului propus	Poziții kilometrice (origine—destinație)	Lungimea totală a sectorului de drum (km)	Proveniența
0	1	2	3	4	5
1.	DC 146	Hangu (DN 15)	km 0+000 — 12+460	12,460	DJ 155 K
2.	DC 164	Crăcăoani (DN 15 C)—Mitocu Bălan	km 0+000 — 20+000	20,000	DJ 155 K
3.	DC 120	Cândești (DJ 159 C)—Tazlău	km 0+000 — 7+310	7,310	DJ 156 F
4.	DC 23	Tibucani (DJ 155 N)—Schit Tibucani	km 0+000 — 4+840	4,840	DJ 155 N

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind transmiterea unor drumuri forestiere, a unor sectoare de drumuri forestiere și a terenurilor aferente acestora din domeniul public al statului și din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor — Romsilva în domeniul public al comunei Ghindari și în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari, județul Mureș

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 4 alin. (3) din Ordonanța Guvernului nr. 96/1998 privind reglementarea regimului silvic și administrarea fondului forestier național, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 141/1999, republicată, cu modificările și completările ulterioare, al art. 9 alin. (1) și al art. 12 alin. (1) și (2) din Legea nr. 213/1998 privind proprietatea publică și regimul juridic al acesteia, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă transmiterea unor drumuri forestiere și a unor sectoare de drumuri forestiere, având datele de identificare prevăzute în anexa nr. 1, din domeniul public al statului și din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor — Romsilva în domeniul public al comunei Ghindari și în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari, județul Mureș.

Art. 2. — (1) Se aprobă transmiterea terenurilor aferente drumurilor forestiere și sectoarelor de drumuri forestiere prevăzute la art. 1, având datele de identificare prevăzute în anexa nr. 2, din domeniul public al statului și din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor — Romsilva în domeniul public al comunei Ghindari și în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari, județul Mureș.

(2) Consiliul Local al Comunei Ghindari asigură administrarea terenurilor forestiere prevăzute la alin. (1), cu

respectarea regimului silvic, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Art. 3. — (1) Predarea-preluarea drumurilor prevăzute la art. 1 și a terenurilor aferente acestora prevăzute la art. 2 se face pe bază de protocol încheiat între părțile interesate, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri.

(2) Prin protocolul prevăzut la alin. (1) se stabilește și valoarea de inventar a sectoarelor de drumuri forestiere prevăzute la pozițiile nr. 1 și 4 din anexa nr. 1. Această valoare se stabilește în funcție de valoarea de inventar înregistrată în evidențele financiar-contabile, proporțional cu sectorul de drum care se transmite.

Art. 4. — Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:

Ministrul agriculturii, pădurilor și dezvoltării rurale,

Gheorghe Flutur

p. Ministrul administrației și internelor,

Mircea Nicu Toader,

secretar de stat

Ministrul finanțelor publice,

Sebastian Teodor Gheorghe Vlădescu

București, 30 august 2006.
 Nr. 1.131.

DATELE DE IDENTIFICARE

a drumurilor forestiere și a sectoarelor de drumuri forestiere care se transmit din domeniul public al statului și din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor – Romsilva în domeniul public al comunei Ghindari și în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari, județul Mureș

Nr. crt.	Denumirea bunului imobil	Persoana juridică de la care se transmite bunul imobil	Persoana juridică la care se transmite bunul imobil	Nr. de inventar la Regia Națională a Pădurilor – Romsilva	Indicativul drumului în amenajament	Lungimea (km)	Valoarea de inventar (lei)	Nr. de înregistrare la Ministerul Finanțelor Publice
1.	Drumul forestier Solocma Siklod	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor – Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	112.161	150 D	13,0	700	11.806 parțial
2.	Drumul forestier Ciuneasa Ghindari	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor – Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	112.022	151 D	1,2	10.583	11.667
3.	Drumul forestier Ghindari ramificație	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor – Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	112.058	120 D	1,5	8.157	11.703
4.	Drumul forestier Ceia	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor – Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	112.019	121 D	7,5	4.686	11.664 parțial
5.	Drumul forestier Ceia Mare	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor – Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	112.257	122 D	2,1	–	152.458
6.	Drumul forestier Nagyaszo	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor – Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	120.099	123 A	3,6	6.411	11.744

DATELE DE IDENTIFICARE

a terenurilor aferente drumurilor forestiere și sectoarelor de drumuri forestiere care se transmit din domeniul public al statului și din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor – Romsilva în domeniul public al comunei Ghindari și în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari, județul Mureș

Nr. crt.	Amplasamentul terenului	Persoana juridică de la care se transmite terenul	Persoana juridică la care se transmite terenul	Localizarea terenului în cadastrul forestier	Suprafața (ha)	Nr. de înregistrare la Ministerul Finanțelor Publice	Codul de clasificare
1.	Comuna Ghindari, județul Mureș	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor – Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	Ocolul silvic Sovata, U.P. XIII	7,8	1.364 parțial	8.04.02
2.	Comuna Ghindari, județul Mureș	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor – Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	Ocolul silvic Sovata, U.P. XIII	0,9	1.364 parțial	8.04.02

Nr. crt.	Amplasamentul terenului	Persoana juridică de la care se transmite terenul	Persoana juridică la care se transmite terenul	Localizarea terenului în cadastrul forestier	Suprafața (ha)	Nr. de înregistrare la Ministerul Finanțelor Publice	Codul de clasificare
3.	Comuna Ghindari, județul Mureș	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	Ocolul silvic Sovata, U.P. XIV	0,9	1.364 parțial	8.04.02
4.	Comuna Ghindari, județul Mureș	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	Ocolul silvic Sovata, U.P. XIV	4,5	1.364 parțial	8.04.02
5.	Comuna Ghindari, județul Mureș	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	Ocolul silvic Sovata, U.P. XIV	1,2	1.364 parțial	8.04.02
6.	Comuna Ghindari, județul Mureș	Statul român, din administrarea Regiei Naționale a Pădurilor Romsilva	Comuna Ghindari, în administrarea Consiliului Local al Comunei Ghindari	Ocolul silvic Sovata, U.P. XIV	2,2	1.364 parțial	8.04.02

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE

ORDIN

privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare

Având în vedere prevederile art. 168 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și ale Hotărârii Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice, văzând Referatul de aprobare al Autorității de Sănătate Publică nr. E.N. 2.476 din 27 iulie 2006,

ministrul sănătății publice emite următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Normele de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare, prevăzute în anexele nr. I—V*) care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Depistarea/identificarea, înregistrarea și declararea/raportarea infecțiilor nosocomiale de către orice unitate sanitară sunt obligatorii.

Art. 3. — Fiecare unitate sanitară elaborează anual un program propriu de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor nosocomiale.

Art. 4. — Fondurile necesare îndeplinirii activităților din programul prevăzut la art. 3 se vor regăsi distinct în structura bugetului unității.

Art. 5. — Costurile aferente activităților de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor nosocomiale se vor regăsi în valoarea serviciilor medicale decontate de fiecare plătitor/asigurător/finanțator aflat în relație contractuală cu

unitățile sanitare, pentru fiecare dintre pacienții eligibili asistați.

Art. 6. — În toate unitățile sanitare activitatea de supraveghere și prevenire a infecțiilor nosocomiale face parte din obligațiile profesionale ale personalului și va fi înscrisă în fișa postului fiecărui salariat.

Art. 7. — Orice daună adusă pacienților prin nerespectarea prevederilor prezentului ordin sau a normativelor profesionale privind asigurarea calității îngrijirilor medicale acordate pacienților în scopul prevenirii infecțiilor nosocomiale atrage responsabilitatea individuală sau, după caz, instituțională, în condițiile prevăzute de legislația în vigoare.

Art. 8. — Direcțiile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății Publice, unitățile sanitare din sistemul public și privat, autoritățile de sănătate publică județene și, respectiv, a municipiului București, precum și Inspecția sanitară de stat vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

*) Anexele nr. II—V sunt reproduse în facsimil.

Art. 9. — La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul ministrului sănătății nr. 994/2004 privind aprobarea Normelor de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare, publicat în Monitorul

Oficial al României, Partea I, nr. 1.146 și 1.146 bis din 3 decembrie 2004.

Art. 10. — Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății publice,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

București, 27 iulie 2006.
Nr. 916.

ANEXA Nr. I

I. Criteriile de definire a infecției nosocomiale

Infecția nosocomială (IN) este infecția contractată în unități sanitare cu paturi (de stat și private), care se referă la orice boală infecțioasă ce poate fi recunoscută clinic și/sau microbiologic și pentru care există dovada epidemiologică a contractării în timpul spitalizării/actului medical sau manevrelor medicale, care afectează fie bolnavul — datorită îngrijirilor medicale primite, fie personalul sanitar — datorită activității sale și este legată prin incubatie de perioada asistării medicale în unitatea respectivă, indiferent dacă simptomele bolii apar sau nu apar pe perioada spitalizării.

Definiția infecției nosocomiale se bazează pe date clinice, epidemiologice, de laborator, precum și pe alte tipuri de teste de diagnostic.

Fiecare caz de infecție nosocomială trebuie dovedit că se datorează spitalizării sau îngrijirilor medico-sanitare ambulatorii în unități sanitare și că nu era în incubatie sau în faza de debut/evoluție clinică în momentul internării/actului medical/manevrei medicale.

II. Organizarea activităților de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare publice și private cu paturi

1. Unitățile sanitare publice cu paturi (spitalul și alte unități sanitare cu paturi definite prin art. 172 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății) asigură organizarea și funcționarea unor servicii de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale, după cum urmează:

a) la nivelul spitalelor județene și al sectoarelor municipiului București, spitalelor clinice și universitare, respectiv al institutelor de asistență medicală, se organizează servicii specializate de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale.

Activitatea specifică este asigurată prin personal propriu, angajat în acest scop.

Serviciul este organizat cu minimum 7 posturi, din care cel puțin un medic de specialitate epidemiolog sau microbiolog, cu funcție de șef serviciu, 2 clinicieni (specialități chirurgicale și, respectiv, medicală), un farmacist, 1—2 cadre cu pregătire postliceală de profil asistent medical și personal cu pregătire medie cu o calificare adecvată activităților, o persoană din serviciul administrativ;

b) la nivelul spitalelor municipale, orașenești, comunale sau al altor unități cu paturi de asistență medicală definite prin lege (art. 172 din Legea nr. 95/2006), prin crearea/reorganizarea unui colectiv funcțional cu minimum

3 posturi normate, din care, în funcție de numărul paturilor din unitate, 0,5—1 normă de medic specialist, 1—1,5 normă de cadre medii cu pregătire de asistent medical și o normă de muncitor cu calificare adecvată activității.

Pentru coordonarea profesională a activității specifice sunt necesare specialitățile de medic specialist epidemiolog, microbiolog, boli infecțioase sau, în lipsa acestora, medic specialist pediatru, neonatolog, obstetrician-ginecolog etc., atestat ca absolvent al unui curs de perfecționare profesională specifică, organizat de autoritatea de sănătate publică județeană și a municipiului București sau de institutul regional de sănătate publică. Pentru posturile de cadre medii — asistenți medicali, se vor angaja asistenți de igienă sau asistenți încadrați la stația centrală de sterilizare, servicii de neonatologie, ATI, obstetrică-ginecologie etc., cu condiția absolvirii unui curs de perfecționare specifică organizat în condiții similare;

c) unitățile sanitare publice cu paturi, altele decât cele menționate, unitățile sanitare ambulatorii de specialitate și de asistență medicală primară cu paturi de zi sau de o zi, unitățile sanitare de asistență medico-socială, sanatoriile, alte tipuri de unități sanitare, indiferent de forma de organizare, vor desemna, din personalul propriu, un medic responsabil pentru activitățile specifice de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale, cu activitate de 0,5 normă, remunerată ca ore suplimentare sau din venituri proprii, în conformitate cu legea.

2. Unitățile sanitare private cu paturi vor răspunde pentru activitățile de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale, prin asumarea responsabilității profesionale și juridice de către personalul astfel angajat sau de unitatea astfel contractată, în conformitate cu legislația.

3. Unitățile medico-sanitare care nu pot asigura activitatea de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale cu personal vor contracta serviciile specifice acestei structuri cu autoritatea de sănătate publică județeană sau a municipiului București, care își asumă responsabilitatea profesională ori juridică, după caz, pentru serviciile contractate în prevenirea infecțiilor nosocomiale.

4. Îndrumarea metodologică a personalului și a activităților desfășurate în cadrul structurii de prevenire și control al infecțiilor nosocomiale din unitățile sanitare publice se realizează de compartimentul de specialitate din cadrul autorității de sănătate publică. Pentru unitățile sanitare private aceste activități se asigură, la solicitare, de către autoritatea de sănătate publică, pe bază de contract de prestări servicii.

5. Intervenția și expertiza de specialitate, în cazul unor focare epidemice sau situații de risc declarat, sunt

asigurate, la solicitarea unității ori prin autosesizare, de către compartimentele specializate ale autorității de sănătate publică județene și a municipiului București, cu titlu de gratuitate, din bugetul de stat, în cadrul programelor naționale de sănătate.

III. Atribuțiile instituționale și individuale în activitatea de prevenire și combatere a infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare publice și private

1. Atribuțiile comitetului director al unității sanitare:

— solicită și aprobă planul anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale;

— organizarea și funcționarea serviciului de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale și/sau realizarea contractelor de furnizare de servicii necesare prevenirii și controlului infecțiilor nosocomiale;

— asigură condițiile de implementare în activitate a prevederilor planului anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale;

— asigură analiza anuală a îndeplinirii obiectivelor planului de activitate, rezultatele obținute, eficiența economică a măsurilor și investițiilor finanțate;

— verifică și aprobă alocarea bugetului aferent derulării activităților fundamentate prin planul anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale și îmbunătățirea continuă a condițiilor de desfășurare a activităților și a dotării tehnico-materiale necesare evitării sau diminuării riscului pentru infecție nosocomială;

— derularea legală a achizițiilor și aprovizionarea tehnico-materială, prevăzute în planul de activitate sau impuse de situația epidemiologică din unitate, în vederea diminuării ori evitării situațiilor de risc sau combaterii infecțiilor nosocomiale;

— comitetul director al spitalului va asigura condițiile de igienă, privind cazarea și alimentația pacienților;

— deliberază și decide, la propunerea Colegiului Medicilor din România sau ca urmare a sesizării asistaților în privința responsabilității instituționale ori individuale a personalului angajat/contractat, pentru fapte sau situații care au dus la lezarea drepturilor ori au prejudiciat starea de sănătate a asistaților prin infecție nosocomială depistată și declarată;

— asigură dotarea necesară organizării și funcționării sistemului informațional pentru înregistrarea, stocarea, prelucrarea și transmiterea informațiilor privind infecțiile nosocomiale.

2. Atribuțiile managerului unității sanitare:

— răspunde de organizarea structurilor profesionale de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale în conformitate cu prevederile prezentului ordin, diferențiat în funcție de încadrarea unității în conformitate cu legea;

— participă la definitivarea propunerilor de activitate și achiziții cuprinse în planul anual al unității pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale;

— răspunde de asigurarea bugetară aferentă activităților cuprinse în planul anual aprobat pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale;

— controlează și răspunde pentru organizarea și derularea activităților proprii ale compartimentului/serviciului sau, după caz, ale responsabilului nominalizat cu supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale, ca structură de activitate în directă subordine și coordonare;

— controlează respectarea normativelor cuprinse în planul anual de activitate pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale de la nivelul secțiilor și serviciilor din unitate, în colaborare cu responsabilul coordonator al activității specifice și cu medicii șefi de secție;

— analizează și propune soluții de rezolvare, după caz, alocare de fonduri, pentru sesizările compartimentului/serviciului/responsabilului de activitate specifică în situații de risc sau focar de infecție nosocomială;

— verifică și aprobă evidența internă și informațiile transmise eșaloanelor ierarhice, conform legii sau la solicitare legală, aferente activității de supraveghere, depistare, diagnostic, investigare epidemiologică, și măsurile de control al focarului de infecție nosocomială din unitate;

— solicită, la propunerea coordonatorului de activitate specializată sau din proprie inițiativă, expertize și investigații externe, consiliere profesională de specialitate și intervenție în focarele de infecție nosocomială;

— angajează unitatea pentru contractarea unor servicii și prestații de specialitate;

— reprezintă unitatea în litigii juridice legate de răspunderea instituției în ceea ce privește infecțiile nosocomiale, respectiv acționează în instanță persoanele fizice, în cazul stabilirii responsabilității individuale pentru infecție nosocomială.

3. Atribuțiile directorului medical:

— utilizarea în activitatea curentă, la toate componentele activităților medicale de prevenție, diagnostic, tratament și recuperare, a procedurilor și tehnicilor prevăzute în protocoalele unității, a standardelor de sterilizare și sterilitate, asepsie și antisepsie, respectiv a normelor privind cazarea, alimentația și condițiile de igienă oferite pe perioada îngrijirilor acordate;

— pentru spitalele care nu îndeplinesc condițiile legale de a avea director de îngrijiri, funcția acestuia este preluată de directorul adjunct medical, care va avea aceleași responsabilități ca acesta.

4. Atribuțiile directorului de îngrijiri:

— răspunde de aplicarea Precauțiunilor universale și izolare specială a bolnavilor;

— răspunde de comportamentul igienic al personalului din subordine, de respectarea regulilor de tehnică aseptică de către acesta;

— urmărește circulația germenilor în spital, menține legătura cu laboratorul de microbiologie și sesizează orice modificare;

— urmărește respectarea circuitelor funcționale din spital/secție în funcție de specific;

— răspunde de starea de curățenie din secție, de respectarea normelor de igienă și antiepidemice;

— propune directorului financiar-contabil planificarea aprovizionării cu materiale necesare prevenirii infecțiilor nosocomiale și menținerii stării de igienă;

— controlează respectarea măsurilor de asepsie și antisepsie;

— controlează igiena bolnavilor și a însoțitorilor și face educația sanitară a acestora;

— urmărește efectuarea examenului organoleptic al alimentelor distribuite bolnavilor și însoțitorilor și le îndepărtează pe cele necorespunzătoare, situație pe care o aduce la cunoștință medicului șef de secție și managerului spitalului;

— constată și raportează managerului spitalului deficiențe de igienă (alimentare cu apă, instalații sanitare, încălzire) și ia măsuri pentru remedierea acestora;

— organizează și supraveghează pregătirea saloanelor pentru dezinfectii periodice și ori de câte ori este nevoie;

— participă la recoltarea probelor de mediu și testarea eficacității dezinfectiei și sterilizării împreună cu echipa compartimentului/serviciului de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale;

— urmărește în permanență respectarea de către personal și însoțitori a măsurilor de izolare și controlează prelucrarea bolnavilor la internare;

— anunță la serviciul de internări locurile disponibile, urmărește internarea corectă a bolnavilor în funcție de grupe de vârstă, infecțiozitate sau receptivitate;

— urmărește aplicarea măsurilor de izolare a bolnavilor cu caracter infecțios și a măsurilor pentru supravegherea contactilor;

— instruește personalul din subordine privind autodeclararea îmbolnăvirilor și urmărește aplicarea acestor măsuri;

— semnalează medicului șef de secție cazurile de boli transmisibile pe care le observă în rândul personalului;

— instruește și supraveghează personalul din subordine asupra măsurilor de igienă care trebuie respectate de vizitatori și personalul spitalului care nu lucrează la paturi (portul echipamentului, evitarea aglomerării în saloane);

— instruește personalul privind schimbarea la timp a lenjeriei bolnavilor, colectarea și păstrarea lenjeriei murdare, dezinfectia lenjeriei de la bolnavii infecțioși, transportul lenjeriei murdare, transportul și păstrarea lenjeriei curate;

— urmărește modul de colectare a deșeurilor infecțioase și neinfecțioase, a depozitării lor, a modului de transport și neutralizare a acestora;

— controlează și instruește personalul din subordine asupra ținutei și comportamentului igienic, precum și asupra respectării normelor de tehnică aseptică și propune medicului șef de secție măsuri disciplinare în cazurile de abateri.

5. Atribuțiile directorului financiar-contabil:

— planificarea bugetară în conformitate cu planul de activitate aprobat;

— derularea achizițiilor și plăților în conformitate cu legislația;

— evaluarea prin bilanțul contabil al eficienței indicatorilor specifici.

6. Atribuțiile medicului șef de secție:

— organizează, controlează și răspunde pentru derularea activităților proprii secției, conform planului anual de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale din unitatea sanitară;

— răspunde de activitățile desfășurate de personalul propriu al secției.

7. Atribuțiile medicului curant (indiferent de specialitate):

— protejarea propriilor lor pacienți de alți pacienți infectați sau de personalul care poate fi infectat;

— aplicarea procedurilor și protocoalelor din planul anual de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale;

— obținerea specimenelor microbiologice necesare atunci când o infecție este prezentă sau suspectă;

— raportarea cazurilor de infecții intraspitalicești echipei și internarea pacienților infectați;

— consilierea pacienților, vizitatorilor și personalului în legătură cu tehnicile de prevenire a transmiterii infecțiilor;

— instituirea tratamentului adecvat pentru infecțiile pe care le au ei înșiși și luarea de măsuri pentru a preveni transmiterea acestor infecții altor persoane, în special pacienților.

8. Atribuțiile medicului șef de compartiment/serviciu sau medicului responsabil pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale:

— elaborează și supune spre aprobare planul anual de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale din unitatea sanitară;

— solicită includerea obiectivelor planului de activitate aprobat pentru supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale, condiție a autorizării sanitare de funcționare, respectiv componentă a criteriilor de acreditare;

— organizează activitatea serviciului de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale pentru implementarea și derularea activităților cuprinse în planul anual de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale al unității;

— propune și inițiază activități complementare de prevenție sau de control cu caracter de urgență, în cazul unor situații de risc sau focar de infecție nosocomială;

— răspunde pentru planificarea și solicitarea aprovizionării tehnico-materiale necesare activităților planificate, respectiv pentru situații de urgență;

— răspunde pentru activitatea personalului subordonat direct din cadrul structurii;

— asigură accesibilitatea la perfecționarea/pregătirea profesională, răspunde pentru instruirea specifică a subordonaților direcți și efectuează evaluarea performanței activității profesionale a subordonaților;

— elaborează cartea de vizită a unității care cuprinde: caracterizarea succintă a activităților acreditate; organizarea serviciilor; dotarea edilitară și tehnică a unității în ansamblu și a subunităților din structură; facilitățile prin dotări edilitar-comunitare de aprovizionare cu apă, încălzire, curent electric; prepararea și distribuirea alimentelor; starea și dotarea spălătoriei; depozitarea, evacuarea și neutralizarea, după caz, a reziduurilor menajere, precum și a celor rezultate din activitățile de asistență medicală; circuitele organice și funcționale din unitate etc., în vederea caracterizării calitative și cantitative a riscurilor pentru infecție nosocomială;

— întocmește harta punctelor și segmentelor de risc pentru infecție nosocomială privind modul de sterilizare și menținerea sterilității în unitate, decontaminarea mediului fizic și curățenia din unitate, zonele „fierbinți” cu activitate de risc sau cu dotare tehnică și edilitară favorizantă pentru infecții nosocomiale;

— elaborează „istoria” infecțiilor nosocomiale din unitate, cu concluzii privind cauzele facilitatoare ale apariției focarelor;

— coordonează elaborarea și actualizarea anuală, împreună cu consiliul de conducere și cu șefii secțiilor de specialitate, a ghidului de prevenire a infecțiilor nosocomiale, care va cuprinde: legislația în vigoare, definițiile de caz pentru infecțiile nosocomiale, protocoalele de proceduri, manopere și tehnici de îngrijire, precauții de izolare, standarde aseptice și antiseptice, norme de sterilizare și menținere a sterilității, norme de dezinfectie și

curăţenie, metode şi manopere specifice secţiilor şi specialităţilor aflate în structura unităţii, norme de igienă spitalicească, de cazare şi alimentaţie etc. Ghidul este propriu fiecărei unităţi, dar utilizează definiţiile de caz care sunt prevăzute în anexele la ordin;

— colaborează cu şefii de secţie pentru implementarea măsurilor de supraveghere şi control al infecţiilor nosocomiale în conformitate cu planul de acţiune şi ghidul propriu al unităţii;

— verifică respectarea normativelor şi măsurilor de prevenire;

— organizează şi participă la sistemul de autocontrol privind evaluarea eficienţei activităţilor derulate;

— participă şi supraveghează — în calitate de consultant — politica de antibioticoterapie a unităţii şi secţiilor;

— supraveghează, din punct de vedere epidemiologic, activitatea laboratorului de diagnostic etiologic pentru infecţiile suspecte sau clinic evidente;

— colaborează cu medicul laboratorului de microbiologie pentru cunoaşterea circulaţiei microorganismelor patogene de la nivelul secţiilor şi compartimentelor de activitate şi a caracteristicilor izolatelor sub aspectul antibiogramelor;

— solicită şi trimite tulpini de microorganisme izolate la laboratoarele de referinţă, atât în scopul obţinerii unor caracteristici suplimentare, cât şi în cadrul auditului extern de calitate;

— supraveghează şi controlează buna funcţionare a procedurilor de sterilizare şi menţinere a sterilităţii pentru instrumentarul şi materialele sanitare care sunt supuse sterilizării;

— supraveghează şi controlează efectuarea decontaminării mediului de spital prin curăţare chimică şi dezinfecţie;

— supraveghează şi controlează activitatea blocului alimentar în aprovizionarea, depozitarea, prepararea şi distribuirea alimentelor, cu accent pe aspectele activităţii la bucătăria dietetică, lactariu, biberonerie etc.;

— supraveghează şi controlează calitatea prestaţiilor efectuate la spălătorie;

— supraveghează şi controlează activitatea de îndepărtare şi neutralizare a reziduurilor, cu accent faţă de reziduurile periculoase rezultate din activitatea medicală;

— supraveghează şi controlează respectarea circuitelor funcţionale ale unităţii, circulaţia asistaţilor şi vizitatorilor, a personalului şi, după caz, a studenţilor şi elevilor din învăţământul universitar, postuniversitar sau postliceal;

— supraveghează şi controlează respectarea în secţiile medicale şi paraclinice a procedurilor profesionale de supraveghere, triaj, depistare, izolare, diagnostic şi tratament pentru infecţiile nosocomiale;

— supraveghează şi controlează corectitudinea înregistrării suspiciunilor de infecţie la asistaţi, derularea investigării etiologice a sindroamelor infecţioase, operativitatea transmiterii informaţiilor aferente la structura de supraveghere şi control al infecţiilor nosocomiale;

— răspunde prompt la informaţia primită din secţii şi demarează ancheta epidemiologică pentru toate cazurile suspecte de infecţie nosocomială;

— dispune, după anunţarea prealabilă a directorului medical al unităţii, măsurile necesare pentru limitarea difuziunii infecţiei, respectiv organizează, după caz, triaje epidemiologice şi investigaţii paraclinice necesare;

— întocmeşte şi definitivează ancheta epidemiologică a focarului, difuzează informaţiile necesare privind focarul, în conformitate cu legislaţia, întreprinde măsuri şi activităţi pentru evitarea riscurilor identificate în focar;

— solicită colaborările interdisciplinare sau propune solicitarea sprijinului extern conform reglementărilor în vigoare;

— coordonează activitatea colectivului din subordine în toate activităţile asumate de compartimentul/serviciul sau colectivul de supraveghere şi control al infecţiilor nosocomiale.

— întocmeşte, pentru subordonaţi, fişa postului şi programul de activitate;

— raportează şefilor ierarhici problemele depistate sau constatate în prevenirea şi controlul infecţiilor nosocomiale, prelucrează şi difuzează informaţiile legate de focarele de infecţii interioare investigate, prezintă activitatea profesională specifică în faţa consiliului de conducere, a direcţiunii şi a consiliului de administraţie;

— întocmeşte rapoarte cu dovezi la dispoziţia managerului spitalului, în cazurile de investigare a responsabilităţilor pentru infecţie nosocomială.

9. Atribuţiile şefului laboratorului de microbiologie:

— implementarea sistemului de asigurare a calităţii, care reprezintă un ansamblu de acţiuni prestabilite şi sistematice necesare pentru a demonstra faptul că serviciile oferite (analize medicale) satisfac cerinţele referitoare la calitate;

— elaborarea ghidurilor pentru recoltarea, manipularea, transportul şi prezervarea corectă a probelor biologice, care vor fi însoţite de cererea de analiză completată corect;

— elaborarea manualului de biosiguranţă al laboratorului, utilizând recomandările din Ghidul naţional de biosiguranţă pentru laboratoarele medicale (ediţia 1/2005 sau cea mai recentă ediţie) în scopul evitării contaminării personalului şi a mediului;

— întocmirea şi derularea programului de instruire a personalului din subordine în domeniul specific al prevenirii şi controlului infecţiilor nosocomiale;

— identificarea corectă a microorganismelor patogene; în cazul suspiciunii de infecţie nosocomială va asigura identificarea cât mai rapidă a agentului etiologic al infecţiilor nosocomiale, în colaborare cu epidemiologul şi medicul clinician (membri ai serviciului de supraveghere şi control al infecţiilor nosocomiale), din produsele patologice recoltate de la bolnavi/purtători (dacă este necesar, până la nivel de tipare intraspecie);

— furnizarea rezultatelor testărilor într-o formă organizată, uşor accesibilă, în cel mai scurt timp;

— testează sensibilitatea/rezistenţa la substanţe antimicrobiene a microorganismelor cu semnificaţie clinică, utilizând metode standardizate; îşi va selecta seturile de substanţe antimicrobiene adecvate pe care le va testa, în funcţie de particularităţile locale/regionale ale rezistenţelor semnalate în ultima perioadă de timp, şi antibioticele utilizate, cu respectarea integrală a recomandărilor standardului aplicat;

— furnizează rezultatele testării cât mai rapid, pentru îmbunătăţirea calităţii actului medical, prin adoptarea unor decizii care să conducă la reducerea riscului de apariţie a unor infecţii cauzate de bacterii rezistente la antibiotice, dificil sau imposibil de tratat;

- realizează baza de date privind rezistența la antibiotice, preferabil pe suport electronic;

- monitorizează rezultatele neobișnuite și semnalează riscul apariției unui focar de infecție nosocomială pe baza izolării repetate a unor microorganisme cu același fenotip (mai ales antibiotip), a unor microorganisme rare ori prin izolarea unor microorganisme înalt patogene sau/și multirezistente;

- raportează, în regim de urgență, aspectele neobișnuite identificate prin monitorizarea izolărilor de microorganisme și a rezistenței la antibiotice și periodic, trimestrial, serviciului de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale rezultatele cumulate privind izolarea microorganismelor patogene și evoluția rezistenței la antibiotice;

- monitorizează rezultatele tratamentului pentru fiecare pacient, la recomandarea clinicianului și medicului epidemiolog;

- monitorizează impactul utilizării de antibiotice și al politicilor de control al infecțiilor la nivelul spitalului;

- spitalele care primesc finanțare pentru controlul infecțiilor nosocomiale asigură în cadrul programului național de supraveghere a infecțiilor nosocomiale în sistem santinelă izolarea, identificarea și testarea rezistenței la antibiotice a microorganismelor patogene, conform metodologiei transmise de Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor Transmisibile, și colaborează la nivel național pentru aplicarea protocoalelor Sistemului european de supraveghere a rezistenței la antibiotice;

- stochează tulpini microbiene de importanță epidemiologică în vederea studiilor epidemiologice comparative, cu respectarea reglementărilor legale privind biosecuritatea și biosiguranța (de exemplu, Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope);

- trimite tulpini microbiene, conform metodologiei de supraveghere în sistem santinelă a infecțiilor nosocomiale și protocoalelor EARSS și/sau în orice suspiciune de infecție nosocomială, pentru identificare prin tehnici de biologie moleculară și aprofundarea mecanismelor de rezistență la antibiotice.

10. Atribuțiile farmacistului:

- obținerea, depozitarea și distribuirea preparatelor farmaceutice, utilizând practici care limitează posibilitatea transmisiei agentului infecțios către pacienți;

- distribuirea medicamentelor antiinfecțioase și ținerea unei evidențe adecvate (potență, incompatibilitate, condiții de depozitare și deteriorare);

- obținerea și depozitarea vaccinurilor sau serurilor și distribuirea lor în mod adecvat;

- păstrarea evidenței antibioticelor distribuite departamentelor medicale;

- înaintarea către serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale a sumarului rapoartelor și tendințelor utilizării antibioticelor;

- păstrarea la dispoziție a următoarelor informații legate de dezinfectanți, antiseptice și de alți agenți antiinfecțioși: proprietăți active în funcție de concentrație, temperatură, durata acțiunii, spectrul antibiotic, proprietăți toxice, inclusiv sensibilitatea sau iritarea pielii și mucoasei, substanțe care sunt incompatibile cu antibioticele sau care le reduc potența, condiții fizice care afectează în mod

negativ potența pe durata depozitării (temperatură, lumină, umiditate), efectul dăunător asupra materialelor;

- participarea la întocmirea normelor pentru antiseptice, dezinfectanți și produse utilizate la spălarea și dezinfectarea mâinilor;

- participarea la întocmirea normelor pentru utilizarea echipamentului și materialelor pacienților;

- participarea la controlul calității tehnicilor utilizate pentru sterilizarea echipamentului în spital, inclusiv selectarea echipamentului de sterilizare (tipul dispozitivelor) și monitorizarea.

11. Atribuțiile asistentei/sorei medicale responsabile de un salon:

- implementează practicile de îngrijire a pacienților în vederea controlului infecțiilor;

- se familiarizează cu practicile de prevenire a apariției și răspândirii infecțiilor și aplicarea practicilor adecvate pe toată durata internării pacienților;

- menține igiena, conform politicilor spitalului și practicilor de îngrijire adecvate din salon;

- monitorizează tehnicile aseptice, inclusiv spălarea pe mâini și utilizarea izolării;

- informează cu promptitudine medicul de gardă în legătură cu apariția semnelor de infecție la unul dintre pacienții aflați în îngrijirea sa;

- inițiază izolarea pacientului și comandă obținerea specimenelor de la toți pacienții care prezintă semne ale unei boli transmisibile, atunci când medicul nu este momentan disponibil;

- limitează expunerea pacientului la infecții provenite de la vizitatori, personalul spitalului, alți pacienți sau echipamentul utilizat pentru diagnosticare;

- menține o rezervă asigurată și adecvată de materiale pentru salonul respectiv, medicamente și alte materiale necesare îngrijirii pacientului;

- identifică infecțiile nosocomiale;

- investighează tipul de infecție și agentul patogen, împreună cu medicul curant;

- participă la pregătirea personalului;

- participă la investigarea epidemiilor;

- asigură comunicarea cu instituțiile de sănătate publică și cu alte autorități, unde este cazul.

12. Atribuțiile autorității de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București:

- desemnează din compartimentul de specialitate persoane care asigură suport tehnic profesional pentru organizarea și funcționarea planului de supraveghere a infecțiilor nosocomiale, la solicitare;

- Inspecția sanitară de stat verifică existența și modul de aplicare a planului propriu al spitalului de prevenire și control al infecțiilor nosocomiale, respectarea normelor de igienă, funcționalitatea circuitelor, dezinfecția, sterilizarea, respectarea prevederilor privind managementul deșeurilor medicale și dacă sunt respectate măsurile serviciului de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale și/sau ale coordonatorului programului/subprogramului de supraveghere a infecțiilor nosocomiale din compartimentele de specialitate ale autorității de sănătate publică județene.

ANEXA Nr. II

DEFINIȚIILE DE CAZ PENTRU INFECȚIILE NOSOCOMIALE:**Grupele de Infecții Nosocomiale cu frecvență crescută:****CAP. I INFECȚIILE CĂILOR URINARE****a) Infecțiile simptomatice ale căilor urinare**

Prezența obligatorie a cel puțin unul din cele 2 criterii de diagnostic:

Criteriul 1: Dintre simptomele de mai jos, în absența altor cauze, prezența a cel puțin una din următoarele:

- la bolnavul în vârstă de peste un an
 - febră (peste 38°C), senzație acută de micțiune, micțiuni frecvente, disurie, senzație de tensiune suprapubiană;
- la copilul de un an sau sub un an vârstă
 - febră (peste 38°C) sau hipotermie (sub 37°C), apnee, bradicardie, disurie, apatie, vărsături

și

- bacteriurie semnificativă (10^5 germeni / ml sau mai mare) cu cel mult două specii microbiene izolate.

Criteriul 2: În absența altor cauze evidențiate, dintre simptomele menționate la criteriul anterior (1)

- prezența a cel puțin două simptome pentru bolnavul peste vârsta de un an și cel puțin a unui simptom la copilul de un an, sau sub această vârstă;

și

cel puțin una din condițiile de mai jos:

- piurie (10 sau peste 10 leucocite/ mm^3 urină sau cel puțin 3 leucocite pe camp microscopic – putere de marire 1000x)
- evidențierea bacteriuriei prin examen direct și colorația Gram din sedimentul urinar
- urocultură pozitivă pentru aceleași bacterii uropatogene (gram negative sau *S. saprophyticus*), în cel puțin două probe, cu un număr minim de 10^3 germeni / ml urină
- urocultură pozitivă pentru bacterii uropatogene dintr-o singură probă, cu bacterii Gram negative sau *S. saprophyticus*, cu un număr de germeni de $\leq 10^5$ / ml urină, dacă bolnavul a primit o antibioticoterapie eficientă anterioară
- medicul curant a emis diagnosticul de infecție urinară
- dacă medicul curant a recomandat o antibioticoterapie adecvată pentru infecție urinară

Cultura pozitivă prelevată de pe vârful cateterului urinar nu este relevantă pentru diagnosticul unei infecții urinare nosocomiale.

Recoltarea probei de urină pentru examen microbiologic se efectuează obligatoriu în condiții aseptice (proba de urina curată din jetul mijlociu) sau prin cateter .

În cazul sugarului recoltarea probei pentru urocultură se efectuează prin cateterism sau prin puncție suprapubiană.

Cultura pozitivă recoltată din interiorului recipientului de colectare a urinei poate fi acceptată numai în cazul corelării pozitive cu urocultura recoltată în condiții aseptice sau prin cateter.

b) Infecțiile subclinice ale căilor urinare

Pentru diagnostic este nevoie de prezența a cel puțin unul din cele 2 criterii de mai jos:

Criteriul 1. Bolnavul are un cateter urinar permanent, montat cu cel puțin 7 zile înaintea efectuării uroculturii

și

urocultura este pozitivă cu cel puțin 10^5 germeni / ml, nu cu mai mult de două specii de germeni identificați

și

bolnavul nu are o simptomatologie clinică manifestă (febră, senzație de micțiune, disurie, micțiuni frecvente sau tensiune dureroasă suprapubiană).

Criteriul 2. Bolnavul nu are un cateter permanent, montat cu 7 zile înaintea primei uroculturi pozitive

și

bolnavul are cel puțin două uroculturi pozitive cu cel puțin 10^5 germeni / ml urină, cu aceeași specie microbiană sau cel mult cu două specii bacteriene izolate,

și

bolnavul nu are acuze și/sau semne clinice manifeste

Cultura pozitivă prelevată de pe vârful cateterului urinar nu este relevantă pentru diagnosticul unei infecții urinare nosocomiale.

Recoltarea probei de urină pentru examen microbiologic se efectuează obligatoriu în condiții aseptice (proba de urina curată din jetul mijlociu) sau prin cateter.

c) Alte infecții ale căilor urinare (rinichi, ureter, vezica urinară, uretra și țesuturile perirenale sau retroperitoneale)

Din cele trei criterii de mai jos prezența a cel puțin unuia este obligatorie:

Criteriul 1. Din probele recoltate (exclusiv urină) din teritoriul infectat sau din prelevatele histologice, cultivarea este pozitivă pentru microorganisme

Criteriul 2. Intraoperator este observat abcesul sau probele histopatologice demonstrează prezența unui proces inflamator-infecțios

Criteriul 3. Simptomatologia de mai jos, cu excluderea altor cauze:

- febră (peste 38°C) și durere sau sensibilitate în regiunea afectată;
- este prezentă la bolnavul de un an sau mai mare de un an;
- febra (peste 38°C) sau hipotermia (sub 37°C), apneea, bradicardia, apatie, febra;
- sunt prezente la copilul de 1 an sau mai mic de un an.

și

dintre criteriile de mai jos este prezent cel puțin unul:

- eliminare de puroi pe tubul de dren din teritoriul incriminat;
- hemocultură pozitivă cu microorganisme acceptabile în concordanță cu caracteristicile infecției suspectate;
- dovada imagistică (Rx, CT sau MR) a procesului infecțios;
- infecția este susținută de observația medicului curant;
- medicul curant a prescris tratament antimicrobian adecvat infecției suspectate.

CAP. II INFECȚIILE POSTOPERATORII**a) Infecțiile plăgii operatorii superficiale (de incizie)**

Cele 3 criterii care trebuie să fie realizate sunt următoarele:

Criteriul 1 : Infecția apare într-un interval de 30 zile de la intervenția chirurgicală

Criteriul 2 : Infecția cointerează numai țesutul cutanat și subcutanat din zona intervenției (inciziei)

Criteriul 3: Este prezentă, cel puțin una, din următoarele condiții:

- secreție purulentă la nivelul inciziei superficiale cu sau fără confirmarea laboratorului;
- din prelevatul secreției sau prelevatul tisular recoltate în condiții aseptice de la nivelul inciziei operatorii superficiale prin cultură pot fi puse în evidență germeni patogeni;
- din simptomele infecției sunt prezente cel puțin unu: durere sau sensibilitate, tumefiere locală, roșeață sau senzație de căldură locală respectiv cazul în care chirurgul a redeschis plaga, exceptând situația unui rezultat microbiologic negativ;
- chirurgul sau medicul curant a diagnosticat infecția plăgii superficiale de incizie .

Nu pot fi considerate infecție a inciziei superficiale următoarele situații:

- Abcesul de fir (inflamație și secreție punctiformă la nivelul plăgii de fir);*
- Infecția la nivelul episiotomiei sau la nivelul plăgii de circumcizie al nou născutului;*
- Infecția plăgilor înțepate;*
- Infecția plăgilor de arsură;*
- Infecția plăgilor de incizie penetrante în fascie sau țesutul muscular .*

b) Infecțiile plăgii operatorii profunde

Cele 3 criterii care trebuie realizate sunt următoarele:

Criteriul 1: Infecția apare în treizeci de zile de la intervenția chirurgicală;

Excepție constituie implantul ,când infecția apărută până la un an de la aplicare semnifică o infecție nosocomială;

Criteriul 2: Infecția interesează țesuturile profunde (ex. fascia sau musculatura) de la nivelul plăgii operatorii

Criteriul 3: Cel puțin una din următoarele situații trebuie să fie prezentă:

- secreție purulentă din țesuturile profunde ale plăgii operatorii dar fără cointeresarea organelor sau cavităților atinse prin intervenția chirurgicală;
- dehiscența spontană a plăgii operatorii sau redeschiderea acesteia de către chirurg în cazul în care cel puțin una din următoarele simptome sunt prezente: febră peste 38°C, durere sau sensibilitate locală cu condiția unei culturi pozitive din prelevatul de secreție sau țesut din plaga interesată (în cazul culturii negative, nu este cazul);
- examenul clinic direct în cazul reintervenției, sau prin examen histologic sau radiologic , se pune în evidență abcedarea sau semnele clare ale unei infecții;
- chirurgul sau medicul curant susține un diagnostic de infecția plăgii operatorii profunde.

Dacă infecția cointerează concomitent structurile superficiale și profunde ale plăgii operatorii diagnosticul va fi de plagă operatorie profundă;

Infecția organului sau cavității operate care se drenează prin plagă, este considerată infecție de plagă operatorie profundă .

c) Infecțiile postoperatorii ale organelor sau cavităților instrumentate

Aceste infecții pot apare pe orice teritoriu al organismului care a fost instrumentat în timpul intervenției chirurgicale (excepție țesutul cutanat, fascia și musculatura)

Pentru infecțiile incluse în această subgrupă este necesară localizarea topografică mai exactă a infecției după clasificarea recomandată mai jos:

Infecțiile căilor urinare
Infecțiile căilor respiratorii superioare, faringita
Infecția căilor respiratorii inferioare (excepție pneumonia)
Infecția arterială sau venoasă
Miocardita și pericardita
Endocardita
Mediastinita
Infecțiile ochiului, excepție conjunctivita
Infecțiile urechii și mastoidei
Infecțiile cavității bucale (stomatită, glosită, parodontită)
Sinuzitele
Infecțiile tractului gastro-intestinal
Infecțiile cavității intraabdominale
Infecțiile intracraniene ale țesutului nervos și durei
Meningita sau ventriculita
Abcesul spinal fără meningită
Infecțiile organelor reproductive feminine și masculine
Infecțiile vaginului
Abcesul mamar și mastita
Endometrita
Infecțiile intraarticulare și ale bursei
Osteomielita
Infecțiile meniscului intraarticular

Cele 3 criterii obligatorii pentru diagnosticul situațiilor de mai sus sunt:

Criteriul 1: Infecția apare în intervalul de până la 30 zile de la intervenția chirurgicală. Excepție constituie implantul, când infecția apărută până la un an are semnificația infecției nosocomiale.

Criteriul 2: Infecția poate apărea cu orice localizare topografică în funcție de organul sau cavitatea interesată în intervenția chirurgicală, exceptând țesutul cutanat, fascia și musculatura.

Criteriul 3: Din condițiile următoare cel puțin una trebuie să fie prezentă:

- secreție purulentă eliminată prin drenul implantat în organul sau cavitatea operată;
- rezultat pozitiv în cultură microbiologică dintr-o probă de secreție sau prelevat histologic de la nivelul organului sau cavității vizată prin intervenția chirurgicală;
- examenul clinic direct în timpul reintervenției, sau examenul histologic sau radiologic pune în evidență un proces de abcedare sau semnele clare ale unei infecții la nivelul organelor sau cavităților atinse prin intervenția chirurgicală;
- chirurgul sau medicul curant emite diagnosticul de infecție la nivelul organului sau cavității operate

Este posibil ca infecția organului sau cavității operate să se dreneze prin plaga operatorie. Aceste infecții de obicei nu necesită reintervenție operatorie și de cele mai multe ori pot fi

considerate ca o complicație a plăgii de incizie profundă. Din acest motiv ele țin de grupa infecțiilor plăgii operatorii profunde. Secreția recoltată din organe sau cavități este secreție de plagă operatorie profundă.

CAP. III PNEUMONIA NOSOCOMIALĂ

Pentru susținerea diagnosticului sunt necesare realizarea a cel puțin unuia din următoarele 4 criterii :

Criteriul 1. La examinarea fizică și stetacustică a bolnavului sunt prezente raluri crepitante sau zonă de matitate în aria pulmonară

și

din următoarele este prezent cel puțin un simptom:

- apariția unei expectorații sau schimbarea caracterului expectorației anterioare
- hemocultura pozitivă cu floră microbiană patogenă;
- demonstrarea agentului patogen din aspiratul transtraheal, prelevat bronhoscopic sau biptic.

Criteriul 2: Examenul radiologic pulmonar al bolnavului evidențiază un infiltrat pulmonar nou sau progresiv, o condensare sau formațiune cavitară pulmonară sau o cointeresare pleurală

și

prezența a încă cel puțin unul din următoarele semne:

- secreție purulentă pe drenul aplicat al teritoriului atins;
- hemocultură pozitivă cu floră microbiană concordantă cu aspectul infecției suspectate;
- infecția demonstrată prin explorări de imagistică (CT, MR, sau Echografie);
- izolarea unui virus sau demonstrarea antigenului specific viral din secrețiile tractusului respirator;
- determinarea serologică a unui anticorp IgM specific sau creșterea de cel puțin 4 ori a titrului anticorpilor IgG specific din probe de seruri perechi;
- histologie relevantă pentru pneumonie.

Criteriul 3. La copilul de un an sau sub un an prezența obligatorie a cel puțin 2 semne din următoarele:

- apnee, tahicardie sau bradicardie, detresă respiratorie, tuse, wheezing

și

cel puțin una din următoarele condiții:

- secreții mai abundente la nivelul căilor respiratorii;
- expectorație nou apărută sau schimbarea caracterelor expectorației;
- izolarea prin hemocultură pozitivă a agentului patogen sau evidențierea serologică a anticorpilor IgM specifice sau creșterea de cel puțin 4 ori a titrului anticorpilor IgG specifici în probe de seruri perechi;
- izolarea agentului patogen din aspiratul transtraheal, prelevat bronhoscopic sau probă biptică;
- demonstrarea antigenelor virale din secreția căilor respiratorii;
- histologie relevantă pentru pneumonie.

Criteriul 4: La copilul de un an sau sub un an examenul radiologic evidențiază un infiltrat pulmonar nou sau progresiv, o imagine cavitară sau de condensare pulmonară sau o cointeresare pleurală.

și

cel puțin una din următoarele :

- secreții mai abundente la nivelul căilor respiratorii;
- expectorație nou apărută sau schimbarea caracterelor expectorației;

- izolarea prin hemocultură pozitivă a agentului patogen sau evidențierea serologică a anticorpilor IgM specifice sau creșterea de cel puțin 4 ori a titrului anticorpilor IgG specifiți în probe de seruri perechi;
- izolarea agentului patogen din aspiratul transtraheal, prelevat bronhoscopic sau probă bioptică;
- demonstrarea antigenelor virale din secreția căilor respiratorii;
- histologie relevantă pentru pneumonie.

Examenul microbiologic prin cultură efectuată din secrețiile expectorate nu sunt de prea mare utilitate în diagnosticul etiologic dar pot fi utilizate pentru orientarea etiologică respectiv evaluarea sensibilității la antibioticele chimioterapice.

Examinările radiologice seriate pot avea o utilitate net superioară față de imaginile unice.

CAP. IV INFECȚIILE NOSOCOMIALE ALE ȚESUTULUI SANGVIN (SÂNGELUI)

a) Septicemia dovedită etiologic prin examene de laborator

Din cele 2 criterii de mai jos cel puțin unul trebuie să fie îndeplinite:

Criteriul 1: una sau mai multe hemoculturi ale bolnavului este pozitivă pentru microorganisme

și

microorganismul izolat din hemocultură nu este în relație de cauzalitate cu alte infecții ale pacientului

Criteriul 2: Din simptomele de mai jos prezența a cel puțin unul este obligatorie:

La bolnavul peste vârsta de un an:

- febră (peste 38°C), frisoane, hipotensiune.

La copilul de un an sau sub un an:

- febră (peste 38°C) apnee, bradicardie.

și

din cele trei situații de mai jos cel puțin una trebuie să fie îndeplinită:

- flora bacteriană comensală (de ex. difteromorfi, *Bacillus* sp. *Propionibacterium* sp., stafilococi coagulazo negativi, etc.) trebuie să fie prezentă în hemocultură în cel puțin două probe recoltate la intervale de timp diferite;
- flora comensală mai sus citată este în hemocultura pozitivă a unui pacient cu cateter vascular montat și medicul curant recomandă antibioticoterapie adecvată;
- testele directe de evidențiere a unor antigenele specifice din sânge sunt pozitive (de ex. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, streptococi grup B., etc.)

și

toate aceste simptomatologii și probe pozitive de laborator nu sunt în relație cu o altă infecție a pacientului.

Flebita purulentă, confirmată prin cultură pozitivă din recoltarea de pe cateterul vascular dar fără hemocultură pozitivă este considerată infecție locală vasculară.

Hemocultura pozitivă care nu poate fi corelată cu altă infecție a bolnavului este considerată infecție bacteriologic confirmată a țesutului sangvin.

Pseudobacteriemiile (bacteriemiile tranzitorii sau prin suprainfectarea probei recoltate) nu sunt considerate infecții nosocomiale ale țesutului sangvin.

b) Septicemia clinică (Starea toxico-septică clinică)

Pentru confirmarea diagnosticului sunt necesare realizarea următoarelor 4 criterii:

Criteriul 1: Din simptomatologia de mai jos prezența a cel puțin unui simptom :

La bolnavul cu vârstă peste un an:

- febră (peste 38°C), hipotensiune cu presiunea sistolică de 90 mmHg sau sub această valoare, oligurie cu 20 ml/oră excreție sau sub această valoare.

La copilul de un an sau sub această vârstă:

- febră (peste 38°C) sau hipotermie (sub 37°C), apnee, bradicardie.

și

Criteriul 2: Hemocultura nu a fost recoltată sau are o hemocultură negativă

și

Criteriul 3: cu excepția simptomatologiei amintite la criteriul 1, nu sunt alte semne relevante pentru o altă infecție

și

Criteriul 4: Medicul curant a dispus un tratament adecvat pentru septicemie.

Septicemia care se confirmă prin hemocultură pozitivă este considerată septicemie confirmată prin examene de laborator.

c). Septicemia nosocomială prin cateterism central - definiție epidemiologică

Definiția se bazează pe prezența unui cateter cu capătul terminal în apropierea inimii sau este montat într-o arteră sau venă centrală. Cateterul montat la nivelul arterei sau venei ombilicale este considerat cateter central.

Infecția sanguină se consideră nosocomială în relație cu folosirea cateterului, dacă infecția apare la 48 ore de la aplicare. Dacă infecția apare peste 48 ore de la montarea cateterului și nu sunt depistate alte cauze pentru septicemie, definiția de mai sus poate fi acceptată și în acest caz.

d). Septicemia nosocomială prin cateterism central - definiție clinică

Definiția se bazează pe evidențierea bacteriemiei / fungemiei la cel puțin o hemocultură efectuată la un bolnav cu cateter vascular care prezintă o simptomatologie clinică compatibilă cu starea septică (febră, frison, hipotensiune)

și

cu excepția cateterului nu are alte cauze depistate pentru septicemie

sau

oricare din situațiile de mai jos:

- rezultatul unei culturi semnificativ pozitive de pe cateterul central (semicantitativ peste 15 colonii/ unit. cateter sau cantitativ peste 10^3 microorganisme/unitate de cateter) cu microorganisme izolate identice (specie și antibiociNOTIPIE) cu microorganismele izolate din hemocultura recoltată din circulația periferică;

- rezultatul culturilor microbiene recoltate concomitent din vasele centrale și periferic sunt pozitive și raportul exprimării cantitative central / periferic este peste 5 / 1;

- rezultatele culturilor microbiene recoltate în timpi diferiți (peste 2 ore diferență) de la nivelul vaselor centrale și periferice demonstrează identitate de patogen izolat.

Grupele de Infecții nosocomiale cu frecvență mai scăzută:

CAP.V INFECȚIILE NEPNEUMONICE ALE CĂILOR RESPIRATORII INFERIOARE

a) Bronșita-, traheobronșita-, bronșiolita-, traheita- nosocomială

Pentru definirea infecțiilor traheobronșice prezența a cel puțin unuia din următoarele criterii sunt obligatorii:

Criteriul 1: bolnavul nu are semne clinice sau radiologice de pneumonie

și

din cele de mai jos sunt prezente cel puțin două simptome, fără o altă cauză:

- febră (peste 38°C), tuse, expectorație nou apărută sau cu creștere cantitativă progresivă a acesteia, stridor, respirație superficială

și

realizarea a cel puțin unuia din cele de mai jos:

- cultură pozitivă din aspiratul traheal profund sau din prelevatul bronhoscopic
- detectarea antigenelor specifice din secreția tractului respirator.

Criteriul 2: la copilul de un an sau sub un an nu sunt semne clinice sau radiologice de pneumonie

și

din simptomele de mai jos sunt prezente cel puțin două semne:

- febră (peste 38°C), tuse, expectorație nou apărută sau cu creștere cantitativă progresivă a acesteia, stridor, detresă respiratorie, apnee sau bradicardie.

și

este îndeplinită cel puțin una din următoarele situații:

- cultură pozitivă din aspiratul traheal profund sau din prelevatul bronhoscopic;
- detectarea antigenelor specifice din secreția tractului respirator;
- apariția anticorpilor IgM specifice sau creșterea de cel puțin 4 ori a titrului anticorpilor IgG specifice la investigarea sero-etologică, pe probe de seruri perechi.

Nu sunt incluse bronșitele cronice ale bolnavilor cu tuberculoză pulmonară, cu excepția cazurilor în care suprainfecția acută poate fi demonstrată etiologic.

b) Alte infecții nosocomiale ale tractului respirator inferior

Din criteriile de mai jos trebuie îndeplinite cel puțin unul:

Criteriul 1: Cultură microbiană pozitivă din țesutul pulmonar sau lichid pleural

Criteriul 2: Intraoperator sau histopatologic se observă abces sau empiem

Criteriul 3: Examenul radiologic pulmonar prezintă imagine de abces

Concomitența pneumoniei și a infecției acute a căilor respiratorii inferioare cu aceeași etiologie identificată, obligă la încadrarea patologiei la „Pneumonie”.

Abcesul pulmonar sau empiemul fără pneumonie se încadrează la infecții ale tractului respirator inferior

CAP.VI INFECȚIILE CUTANATE ȘI ALE ȚESUTURILOR MOI SUBCUTANE**a) Infecțiile pielii**

Din criteriile de mai jos prezența a cel puțin unul este obligatorie:

Criteriul 1: Prezența unei secreții purulente, pustulă, veziculă sau furuncul la nivelul pielii bolnavului.

Criteriul 2: Din simptomele de mai jos sunt prezente cel puțin două și acestea nu sunt în legătură cu alte infecții ale organismului:

- durere sau sensibilitate, tumefacție, roșeață sau senzație de căldură la nivelul regiunii afectate

și

din situațiile de mai jos este prezentă cel puțin una:

-din aspiratul regiunii afectate sau din prelevatul secreției prezente cultura microbiologică este pozitivă. Dacă microorganismul identificat face parte din flora normală a pielii (de ex. stafilococ coagulazo-negativ, micrococi, difteroides, etc.) izolatul trebuie să fie monoetiologic în cultură pură.

- hemocultură pozitivă fără o altă cauză depistată

- în prelevatul tisular din regiunea afectată sau la un examen serologic se pune în evidență un antigen specific (de ex. ale virusurilor herpes simplex, *Varicella zoster* sau ale *H.influenzae*, *N. meningitidis*, etc.)

- la examenul histologic provenit din regiunea afectată se pun în evidență macrofage polinucleare;

- rezultat serologic pozitiv pentru anticorpii specifici IgM sau creșterea de cel puțin 4ori ai IgG-urilor specifici în probe de seruri perechi.

Infecția nosocomială a pielii poate rezulta din variate situații ca urmare a activității de îngrijiri din spitale. Infecțiile plăgii superficiale de incizie, pustulele nou-născutului, decubitele și plăgile post combustie suprainfectate, abcesul mamar și mastita nu fac parte din subgrupa infecțiilor nosocomiale ale pielii.

b) Infecțiile țesuturilor moi subcutane (fasciita necrozantă, gangrena, celulita necrozantă, miozita, limfadenita, limfangita)

Pentru susținerea diagnosticului sunt necesare realizarea a cel puțin unul din următoarele criterii:

Criteriul 1: din țesuturile sau secrețiile regiunii afectate cultivarea microbiologică este pozitivă

Criteriul 2: prezența unei secreții purulente la nivelul regiunii afectate

Criteriul 3: intraoperator sau la examenul histopatologic sunt observate abces sau alte semne relevante pentru un proces infecțios

Criteriul 4: din simptomele de mai jos, fără o legătură depistată cu o altă infecție, sunt prezente durerea și roșeața locală, tumefierea și senzația de arsură la nivelul regiunii afectate

și

cel puțin una din următoarele situații:

- hemocultură pozitivă

- depistarea unor antigene specifice din sânge sau urină (de ex. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, streptococi de grup B, *Candida* sp., etc.)
- rezultat serologic pozitiv pentru anticorpi specifici IgM sau creșterea de cel puțin 4 ori ai IgG-urilor specifici în probe de seruri perechi.

Nu fac parte din subgrup: infecțiile plăgii care afectează concomitent pielea și țesuturile moi profunde (fascia, țesutul muscular), infecțiile plăgii de decubit, infecțiile țesuturilor profunde ale bazinului.

c) Infecția plăgilor de decubit

Pentru diagnostic sunt necesare următoarele criterii:

Criteriul 1: Prezența, fără legătură cu o altă infecție, a cel puțin două din următoarele simptome: roșeața pielii, sensibilitate sau edem la nivelul buzei plăgii de decubit

și

Din condițiile de mai jos îndeplinirea a cel puțin unu:

- din secreția sau țesutul local recoltat corespunzător cultură microbiană pozitivă;
- hemocultură pozitivă fără o altă cauză depistată.

Prezența numai a secreției purulente nu confirmă infecția.

Simpla prezență a microorganismelor din prelevatul de pe suprafața decubitului nu este suficient. În cazul decubitelor recoltarea trebuie să cuprindă însămânțarea aspiratului de la nivelul marginilor plăgii sau ale prelevatelor tisulare din plagă.

d) Infecțiile plăgii de arsură

Pentru diagnostic sunt necesare prezența a cel puțin unuia din următoarele criterii:

Criteriul 1: Apariția sau schimbarea caracterului plăgii de arsură cu detașarea bruscă a crustei, schimbarea culorii crustei în brun închis, negru sau mov-violet, apariția edemului la marginile plăgii

și

Examenul histologic, confirmă pătrunderea microorganismelor în țesuturile sănătoase din vecinătate .

Criteriul 2: Apariția sau schimbarea caracterului plăgii de arsură cu detașarea bruscă a crustei, schimbarea culorii crustei în brun închis, negru sau mov-violet, apariția edemului la marginile plăgii

și

Apariția a cel puțin una din următoarele condiții:

- hemocultură pozitivă fără alte cauze determinate;
- prezența virusului herpetic demonstrată prin cultură sau examen electronomicroscopic sau prezența evidentă a incluziunilor virale la examenul electronomicroscopic din prelevatul bioptic tisular.

Criteriul 3: La bolnavul cu arsură sunt prezente cel puțin două din condițiile de mai jos, fără o altă cauză cunoscută: febră (peste 38°C) sau hipotermie (sub 36°C), hipotensiune, oligurie (sub 20 ml/oră), hiperglicemie sub dieta glucidică anterior tolerată sau semne de confuzie mintală

și

Îndeplinirea a cel puțin una din următoarele condiții:

- examenul histopatologic confirmă pătrunderea microorganismelor în țesuturile sănătoase din vecinătate;
- hemocultură pozitivă;

- prezența virusului herpetic demonstrată prin cultură sau examen electronomicroscopic sau prezența evidentă a incluziunilor virale la examenul electronomicroscopic din prelevatul biptic tisular.

Numai prezența unei secreții purulente de la nivelul plăgii nu este criteriu de certitudine prin posibilitatea apariției acesteia și în cadrul deficiențelor de îngrijire corespunzătoare a plăgii. Prezența singulară a sindromului febril la bolnavul cu arsură nu este argument convingător. Febra poate fi de resorbție, în urma distrugerii tisulare.

e) Abcesul mamar sau mastita

Sunt necesare prezența a cel puțin unuia din următoarele criterii:

Criteriul 1: Prelevatele recoltate intraoperator prin aspirare sau biptic sunt pozitive pentru microorganisme în cultură

Criteriul 2: Intraoperator sau prin examen histopatologic sunt observate abces sau semne patognomonice pentru un proces infecțios

Criteriul 3: febră (peste 38°C) și sindrom inflamator local la nivelul mamelei.
și

Medicul curant a emis diagnosticul de abces mamar

Abcesul mamar apare de cele mai dese ori post partum. Abcesele mamare care apar în primele 7 zile după naștere sunt considerate infecții nosocomiale.

f) Infecția ombilicală (omphalita)

Pentru susținerea diagnosticului prezența a cel puțin unuia din criteriile de mai jos sunt obligatorii:

Criteriul 1: La nivelul bontului ombilical al nou-născutului apare roșeață locală și secreție seroasă

și

Din situațiile de mai jos se realizează cel puțin una:

- din secreția sau aspiratul local cultura microbiană este pozitivă;
- hemocultură pozitivă.

Criteriul 2: La nivelul bontului ombilical al nou-născutului apare roșeață locală și secreție purulentă.

Infecțiile care apar după cateterismul arterei sau venei ombilicale sunt considerate infecții vasculare.

Sunt considerate ca infecții nosocomiale și infecțiile bontului ombilical care apar în primele 7 zile de la externarea nou născutului.

g) Pustuloza nou născutului

Din criteriile de mai jos realizarea a cel puțin unuia este obligatoriu:

Criteriul 1: Nou-născutul are una sau mai multe pustule

și

Medicul curant emite diagnosticul de infecție a pielii

Criteriul 2: Nou-născutul are una sau mai multe pustule

și

Medicul curant aplică o antibioticoterapie adecvată.

*Nu sunt incluse în acest subgrup: eritema toxică și sindroamele pustuloase neinfecțioase
Sunt considerate nosocomiale și pustulele infecțioase care apar în primele 7 zile de la externarea
nou născutului.*

CAP.VII INFECȚIILE CARDIO-VASCULARE

a) Infecția arterială și venoasă

Pentru diagnostic sunt necesare realizarea a cel puțin unuia din cele 5 criterii:

Criteriul 1: Din artera sau vena excizată chirurgical, cultură microbiană pozitivă

și

Hemocultura nu a fost efectuată sau a fost negativă

Criteriul 2: Intra-operator sau la examenul histopatologic al arterelor sau venelor există constatarea semnelor unei infecții.

Criteriul 3: Din semnele de mai jos trebuie să fie prezent cel puțin unul, în absența altor cauze infecțioase depistate: febră peste 38°C, durere, roșeața pielii sau senzație de căldură la nivelul regiunii afectate.

și

Au crescut mai mult de 15 colonii microbiene din proba semicantitativă, înșămânțată de pe vârful materialului endovascular

și

hemocultura nu a fost efectuată sau a avut un rezultat negativ.

Criteriul 4: Secreție purulentă la nivelul vasului din teritoriul afectat

și

hemocultura nu a fost efectuată sau a avut un rezultat negativ

Criteriul 5: la copilul de un an sau sub un an sunt prezente, în absența altor cauze depistate, cel puțin unul din următoarele semne:

febră (peste 38°C) sau hipotermie (sub 37°C), apnee, bradicardie, letargie sau roșeață dureroasă sau senzație de căldură la nivelul regiunii afectate

și

au crescut mai mult de 15 colonii microbiene din proba semicantitativă, înșămânțată de pe vârful materialului endovascular

și

hemocultura nu a fost efectuată sau a avut un rezultat negativ

Infecția intravasculară unde hemocultura este pozitivă se consideră infecție sangvină microbiologic dovedită.

Infecțiile vasculare din zona graftului, shuntului, fistulei sau canulei în cazul în care hemocultura este negativă sunt considerate infecții sanghine în relație cu cateter vascular central

b) Endocardita de valvă (naturală sau artificială)

Din criteriile de mai jos cel puțin unul trebuie să fie prezent:

Criteriul 1: Cultură microbiană pozitivă din proba recoltată de pe valve sau vegetații cardiace

Criteriul 2: La bolnav sunt prezente, fără o altă cauză cunoscută, două sau mai multe semne din următoarele: febră (peste 38°C), sufluri cardiace noi sau modificarea suflurilor cardiace, semne de embolie, sindroame cutanate (peteșii, echimoze, noduli subcutanați dureroși, insuficiență cardiacă congestivă sau tulburări de ritm cardiac)

și

Din următoarele situații este prezentă cel puțin una:

- două sau mai multe hemoculturi pozitive;
- prelevatul recoltat de pe valve confirmă, prin examen direct și colorație Gram, prezența bacteriilor în absența sau în cazul negativității hemoculturilor;
- intraoperator sau la necropsie sunt observate direct vegetații pe valvele cardiace;
- examenul serologic sau urinar pune în evidență antigene microbiene /de ex. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, streptococi grup B, etc.);
- examenul ecografic depistează apariția unor vegetații valvulare noi

și

antemortem, medicul dispune un tratament antimicrobian adecvat.

Criteriul 3: la copilul de un an sau sub un an sunt prezente două sau mai multe din semnele de mai jos: febră (peste 38°C) sau hipotermie (sub 37°C), apnee, bradicardie, sufluri cardiace noi sau schimbarea caracteristicilor suflurilor, embolie, sindroame cutanate (peteșii, echimoze, noduli subcutanați dureroși), insuficiență cardiacă congestivă, tulburări de ritm cardiac (de conducere)

și

Cel puțin una din următoarele situații:

- două sau mai multe hemoculturi pozitive
- prelevatul recoltat de pe valve confirmă, prin examen direct și colorație gram, prezența bacteriilor în absența sau în cazul negativității hemoculturilor
- intraoperator sau la necropsie sunt observate direct vegetațiuni pe valvele cardiace
- examenul serologic sau urinar pune în evidență antigene microbiene (de ex. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, Streptococi grup B, etc.)
- examenul ecografic depistează apariția unor vegetații valvulare noi

și

antemortem, medicul dispune un tratament antimicrobian adecvat

c) Miocardita sau pericardita

Pentru diagnostic este necesar cel puțin unul din următoarele criterii:

Criteriul 1: Cultură microbiană pozitivă din prelevatul de țesut pericardic sau aspirat din lichidul pericardic recoltate intraoperator

Criteriul 2: Din semnele de mai jos, fără o legătură evidentă cu o altă cauză, sunt prezente cel puțin două: febră (peste 38°C), durere toracică, puls paradox sau arie cardiacă mărită

și

Cel puțin una din situațiile următoare:

- simptomatologie ECG relevantă pentru miocardită sau pericardită;
- serologie sangvină pozitivă pentru antigene microbiene specifice (de ex. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, etc.);
- examenul histopatologic confirmă miocardita sau pericardita;
- ecografia, CT sau MR confirmă existența lichidului pericardic.

Criteriul 3: La copilul de un an sau sub un an sunt prezente cel puțin două semne, fără legătură cu o altă cauză depistată, din următoarele: febră (peste 38°C) sau hipotermie (sub 37°C), apnee, bradicardie, puls paradox sau arie cardiacă mărită.

și

Cel puțin una din situațiile de mai jos:

- simptomatologie ECG relevantă pentru miocardită sau pericardită;
- serologie sangvină pozitivă pentru antigene microbiene specifice (de ex. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, etc.);
- examenul histopatologic confirmă miocardita sau pericardita;
- ecografia, CT sau MR confirmă existența lichidului pericardic.

Pericarditele după operațiile de chirurgie cardiacă sau după infarctul miocardic de cele mai multe ori nu sunt de cauză infecțioasă.

d) Mediastinita

Pentru diagnostic prezența a cel puțin unul din criteriile de mai jos trebuie să fie prezent:

Criteriul 1: Cultură microbiană pozitivă din însămânțarea prelevatelor de țesut miocardic sau aspirat din situsul mediastinal recoltate intraoperator

Criteriul 2: Intraoperator sau prin examen histopatologic sunt observate semnele mediastinitei

Criteriul 3: Sunt prezente cel puțin una, fără o altă cauză evidentă, din următoarele semne: febră (peste 38°C), durere toracică sau instabilitate sternală
și

Cel puțin una din următoarele situații:

- evacuarea unei secreții purulente din regiunea mediastinală;
- hemocultura sau cultură microbiană din lichidul mediastinal pozitivă;
- imaginea radiologică a unei umbre mediastinale mult lărgită.

Criteriul 4: la copilul de un an sau sub un an sunt prezente cel puțin una, fără o altă cauză evidente, din următoarele semne: febră (peste 38°C) sau hipotermie (sub 37°C), apnee, bradicardie sau instabilitate sternală
și

Cel puțin una din următoarele situații:

- evacuarea unei secreții purulente din regiunea mediastinală;
- hemocultura sau cultură microbiană din lichidul mediastinal pozitivă;
- imaginea radiologică a unei umbre mediastinale mult lărgită.

Mediastinita și osteomielite concomitentă, apărute după operațiile de chirurgie cardiacă se încadrează la subgrupa mediastinitei.

CAP. VIII INFECȚIILE OSOASE ȘI ALE ARTICULAȚIILOR

a) Osteomielite

Din criteriile de mai jos prezența a cel puțin unu este obligatorie:

Criteriul 1: Din prelevatul de țesut osos al bolnavului cultura microbiană este pozitivă

Criteriul 2: Examenul direct intraoperator sau examenul histopatologic pune în evidență semne clare de osteomielite

Criteriul 3: Sunt prezente cel puțin una, fără o altă cauză evidente, din următoarele semne: febră (peste 38°C), tumefiere locală dureroasă, senzație de căldură locală sau prezența unei secreții la nivelul locului osteomielitei
și

Cel puțin una din următoarele situații:

- hemocultura bolnavului pozitivă;
- serologie pozitivă pentru antigene microbiene (de ex. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*);
- există dovezi de imagistică (radiologie, CT sau MR) pentru osteomieliță.

b) Infecțiile articulațiilor și ale bursei

Din criteriile de mai jos prezența a cel puțin unu este obligatorie:

Criteriul 1: Din lichidul intraarticular sau biopsie sinovială, cultură microbială pozitivă.

Criteriul 2: Observația directă intraoperatorie sau examenul histopatologic pune în evidență semne clare de artrită sau bursită.

Criteriul 3: Sunt prezente cel puțin două, fără o altă cauză evidentă, din următoarele semne: durere articulară, tumefiere locală dureroasă, senzație de căldură locală și lichid intraarticular demonstrat cu limitarea mobilității articulare

și

Cel puțin una din următoarele situații:

- prin colorație gram la examenul microscopic direct al lichidului intraarticular sunt prezente bacterii și leucocite;
- prezența unor antigene microbiene în sânge, urină sau lichidul sinovial;
- frotiul preparat din lichidul sinovial și examenul chimic al acestuia sunt relevante pentru prezența unei infecții, în absența unei patologii reumatologice;
- semnele imagistice obținute (radiologic, CT, MR) sunt concludente pentru procesul infecțios.

c) Infecțiile meniscului intraarticular

Din criteriile de mai jos prezența a cel puțin unu este obligatorie:

Criteriul 1: Cultură microbială pozitivă rezultată prin însămânțarea țesutului chondroid (meniscal) recoltat intra-operator.

Criteriul 2: Intra-operator prin examen direct sau prin examen histopatologic sunt puse în evidență semne de infecție al meniscului intraarticular.

Criteriul 3: Sunt prezente semnele febrei (peste 38°C) sau ale durerii locale

și

Există dovezi radiologice sau CT, MR de infecție

Criteriul 4: Sunt prezente semnele febrei (peste 38°C) sau ale durerii locale

și

La examenul serologic sau din urină sunt puse în evidență antigene specifice (de ex. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, streptococi de grup B).

CAP. IX INFECȚIILE TRACTULUI DIGESTIV

a) Gastroenterite

Dovada a cel puțin unui criteriu din cele de mai jos este necesară:

Criteriul 1: Bolnavul prezintă un tranzit intestinal accelerat cu scaune diareice apoase, cu o durată mai mare de 12 ore, vărsături, cu sau fără febră, situație în care etiologia neinfecțioasă este puțin probabilă (de ex. teste diagnostice, procedură terapeutică, exacerbarăa unei stări cronice sau diaree psihică prin stress, etc.)

Criteriul 2: Din semnele de mai jos sunt prezente cel puțin două, fără o altă cauză depistată: senzație de vomă, vărsătură, durere abdominală, cefalee

și

Din situațiile de mai jos cel puțin una este prezentă:

- coprocultura sau prelevatul rectal este pozitiv pentru patogene enterale;
- la examenul electronomicroscopic al prelevatului din materii fecale pot fi puse în evidență microorganisme enteropatogene;
- prin din materii fecale sau examen serologic sunt puse în evidență antigene, respectiv anticorpi microbieni specifici;
- prezența enteropatogenului este dovedită pe cultură celulară (efect citopatogen, evidențierea de toxine, etc.)
- apariția anticorpilor IgM sau creșterea de cel puțin patru ori a titrului anticorpilor IgG în probe de seruri perechi.

b) Infecțiile esofagului, stomacului, intestinului subțire și gros, rectului

Pentru definirea infecțiilor tractului gastro-intestinal – exclusiv gastroenterita și apendicita – sunt necesare a fi îndeplinite cel puțin unul din următoarele criterii:

Criteriul 1: Intraoperator sau prin examen histopatologic sunt demonstrate prezența abcesului sau ale altor semne clare de infecție

Criteriul 2: Dintre semnele de mai jos sunt prezente cel puțin două și nu pot fi depistate alte cauze generatoare respectiv semnele pot fi încadrate în diagnosticul infecției segmentului digestiv dat: febră, vomismente, vomă, durere abdominală sau sensibilitate abdominală

și

Din situațiile de mai jos cel puțin una este îndeplinită

- din secrețiile recoltate intra-operator sau endoscopic sau, din prelevatul recoltat pe tubul de dren montat post-operator, cultura microbială este pozitivă;
- din secrețiile recoltate intraoperator sau endoscopic sau, din prelevatul recoltat pe tubul de dren montat post-operator prin microscopie extemporanee cu colorație Gram și prin proba hidroxidului de potasiu se pune în evidență prezența bacteriilor;
- hemocultura este pozitivă;
- la examenul radiologic pot fi evidențiate modificări patognomonice;
- la examenul endoscopic sunt puse în evidență modificări patognomonice (esofagită sau proctită candidozică).

c) Hepatitele

Pentru susținerea diagnosticului sunt necesare îndeplinirea următoarelor criterii: cel puțin două din semnele - febră, anorexie, senzație de vomă, vărsătură, durere sau senzație de plenitudine în hipocondrul drept cu sau fără sindrom icteric sau subicteric, transfuzie în antecedentele personale într-o perioadă de sub 3 luni.

și

din situațiile de mai jos cel puțin una este prezentă:

- test pozitiv pentru antigenele sau anticorpii de fază acută ale hepatitei A, B sau C;
- probe hepatice alterate;
- test pozitiv din urină sau secreție faringiană pentru citomegalovirus sau teste serologice de fază acută (IgM) pentru CMV, HSV, EBV, etc.).

Următoarele stări patologice nu pot fi considerate hepatită nosocomială:

- *hepatita neinfecțioasă sau icter neinfecțios;*
- *hepatita toxică post alcoolică sau alte substanțe cu toxicitate hepatică;*
- *patologia obstructivă de căile biliare sau hepatita și icterul urmare a colecistitei sau angiocolitei.*

d) Infecțiile intraabdominale neclasificate în alte locuri (vezicula biliară și ficat –excepție hepatita sau localizari la nivelul splinei, pancreasului, peritoneului, cavitataii subfrenice sau subdiafragmatic și alte țesuturi intraabdominale)

Pentru diagnostic sunt necesare îndeplinirea a cel puțin unul din următoarele criterii:

Criteriul 1: Din secreția purulentă recoltată intra-operator sau din aspirat intraabdominal cultura microbiologică este pozitivă.

Criteriul 2: Intraoperator sau prin examen histopatologic sunt observate abces sau semne clare pentru un proces infecțios.

Criteriul 3: Din semnele de mai jos sunt prezente cel puțin două: febră, anorexie, senzație de vomă, vărsătură, durere abdominală sau sindrom icteric
și

Din situațiile de mai jos cel puțin una este prezentă:

- din conținutul drenului aplicat intraoperator cultura microbiană este pozitivă;
- din secrețiile intraabdominale recoltate intraoperator sau din prelevatul histopatologic prin colorație gram la examinare microscopică sunt puse în evidență bacterii;
- hemocultura este pozitivă și semnele investigației imagistice (radiologic, ecografic, CT, MR sau investigare cu izotopi) pledează pentru o infecție intraabdominală..

Pancreatita acută nu se încadrează în subgrup decât cu condiția originii infecțioase ale acestuia.

e) Enterocolita necrozantă

Pentru diagnosticul enterocolitei necrozante la sugar sunt necesare prezența următoarelor:

Cel puțin două din următoarele semne, fără o altă cauză determinată: vărsătură, distensie abdominală, resturi alimentare în stomac

și

prezența macroscopică sau microscopică a sângelui în materiile fecale

și

cel puțin una din următoarele semne radiologice

- pneumoperitoneu;
- pneumatoză intestinală;
- imagini nemodificate și rigide la nivelul anșelor intestinului subțire.

CAP. X INFECȚIILE GENITALE

a) Endometrita

Din criteriile de mai jos prezența a cel puțin unu:

Criteriul 1: Din prelevatul intraoperator, aspirat endocavitar sau biopsie, cultură microbiană pozitivă

Criteriul 2: Din semnele de mai jos, fără o altă cauză determinată, sunt prezente cel puțin două: febră (peste 38°C), durere abdominală, sensibilitate uterină sau secreție purulentă din cavitatea uterină

Endometrita post partum este considerată infecție nosocomială cu excepția situațiilor în care lichidul amniotic a fost infectat înaintea internării în spital sau preluarea gravidei în spital a avut loc după 48 ore de la ruperea membranelor.

b) Infecțiile episiotomiei

Pentru diagnostic sunt necesare realizarea următoarelor criterii:

Criteriul 1: După naștere vaginală la plaga de episiotomie este prezentă o secreție purulentă.

Criteriul 2: După naștere vaginală pe locul plăgii episiotomiei apare abcesul.

După unele opinii episiotomia nu este intervenție chirurgicală.

c) Infecțiile în situsul bontului vaginal

Pentru diagnostic sunt necesare cel puțin unul din următoarele criterii:

Criteriul 1: De la nivelul bontului vaginal după histerectomie se elimină o secreție purulentă.

Criteriul 2: La nivelul bontului vaginal după histerectomie apare un abces

Criteriul 3: Din secrețiile de la nivelul bontului vaginal după histerectomie, cultura microbiologică este pozitivă.

Infecția bontului vaginal se încadrează în subgrupa infecției de organ.

d) Alte infecții ale organelor genitale (epididimită, prostatită, vaginită, ooforită, metrita și alte infecții profunde ale țesuturilor din micul bazin), cu excepția endometritei și ale infecției bontului vaginal

Din criteriile de mai jos cel puțin una trebuie să fie prezentă:

Criteriul 1: Cultură microbiană pozitivă din secreția sau prelevatul histologic recoltat din regiunea afectată

Criteriul 2: Intraoperator sau prin examen histopatologic pot fi observate semne relevante pentru un proces infecțios sau abces

Criteriul 3: Dintre semnele de mai jos sunt prezente cel puțin două fără o altă cauză depistată: febră peste 38°C, senzație de vomă, vărsătură, durere, sensibilitate sau disurie și

cel puțin una din următoarele situații:

- hemocultură pozitivă;
- procesul patologic a fost diagnosticat de medic.

CAP. XI INFECȚIILE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL:

a) Infecții intracraniene (abcesul, infecția sub- și epi-durală, encefalita)

Din criteriile de mai jos prezența a cel puțin unu este obligatorie:

Criteriul 1: Din prelevatul de țesut nervos intracranian sau dura mater cultură microbiană pozitivă.

Criteriul 2: Intraoperator sau prin examen histopatologic se evidențiază semnele unui abces sau ale unui proces infecțios.

Criteriul 3: Din semnele de mai jos, în absența unei alte cauze, sunt prezente cel puțin două: cefalee, vertij, febră peste 38°C, semne de focar, tulburare senzorială sau confuzie

și

- din prelevatul de țesut nervos intracranian sau abces, recoltate prin aspirare, intraoperator sau necroptic, cultura microbiană este pozitivă;
- prezența antigenului specific în sânge sau urină;
- infecția are semne imagistice evidente (radiologic, CT, MR sau arteriografic);
- anticorpi specifici de fază acută (IgM) sau creșterea anticorpilor specifici IgG de cel puțin 4 ori din probe de seruri perechi

și

în diagnosticul ante-mortem medicul a dispus terapia antimicrobiană adecvată.

Criteriul 4: La copilul de un an sau sub un an din semnele de mai jos sunt prezente cel puțin două: febră (peste 38°C) sau hipotermie (sub 37°C), apnee, bradicardie, semne de focar sau tulburări senzoriale

și

cel puțin una din situațiile de mai jos:

- din prelevatul de țesut nervos intracranian sau abces, recoltate prin aspirare, intraoperator sau necroptic, cultura microbiană este pozitivă;
- prezența antigenului specific în sânge sau urină;
- infecția are semne imagistice evidente (radiologic, CT, MR sau arteriografic);
- anticorpi specifici de fază acută (IgM) sau creșterea anticorpilor specifici IgG de cel puțin 4 ori pe probe de seruri recoltate în dinamică (seruri perechi).

În cazul prezenței concomitente a meningitei și abcesului intracranian infecția este considerată și încadrată ca infecție intracraniană.

b) Meningită sau ventriculită

Din criteriile de mai jos prezența a cel puțin unul este obligatorie:

Criteriul 1: din lichidul cefalorahidian recoltat cultura microbiană este pozitivă

Criteriul 2: din semnele de mai jos, în absența altor cauze, cel puțin unul este prezent: febră (peste 38°C), cefalee, redoarea cefei, semne de iritație meningeală, semne patognomonice la nivelul nervilor cranieni, iritabilitate

și

din situațiile de mai jos cel puțin una este realizată

- în LCR numărul elementelor celulare albe este crescută, albuminorahia crescută și/sau glicorahia scăzută;
- colorarea Gram și examenul microscopic direct, confirmă prezența bacteriilor în LCR;
- hemocultură pozitivă;
- examinarea antigenelor din LCR, sânge sau urină este pozitivă;
- prezența anticorpilor specifici de fază acută (IgM) sau creșterea anticorpilor specifici IgG de cel puțin 4 ori din probe seruri perechi

și

în cazul diagnosticului ante-mortem medicul a prescris antibioticoterapie adecvată cazului.

Criteriul 3: La copilul de un an sau sub un an din semnele de mai jos sunt prezente cel puțin unul, fără o altă cauză evidentă: febră (peste 38°C) sau hipotermie (sub 37°C), apnee, bradicardie, redoarea cefei, semne de iritație meningeală, semne patognomonice pentru nervi cranieni, iritabilitate

și

cel puțin una din situațiile de mai jos:

- în LCR numărul elementelor celulare albe este crescută, albuminorahia crescută și/sau glicorahia scăzută;
- coloratia Gram și examenul microscopic direct, confirmă prezența bacteriilor în LCR;
- hemocultură pozitivă ;
- examinarea antigenelor din LCR, sânge sau urină este pozitivă;
- prezența anticorpilor specifici de fază acută (IgM) sau creșterea anticorpilor specifici IgG de cel puțin ori din probe seruri perechi

și

în cazul diagnosticului ante-mortem medicul a prescris antibioticoterapie adecvată cazului.

Meningita nou născutului se consideră nosocomială cu excepția situației în care sunt dovezi pentru transmiterea transplacentară;

Meningoencefalita este considerată meningită;

Abcesul spinal asociat cu meningită este încadrat ca meningită;

Infecția după shunt se consideră infecție de plagă cu condiția să apară într-un interval de un an.

c) Abces spinal fără meningită

Pentru diagnostic necesită prezența a cel puțin unui criteriu din următoarele:

Criteriul 1: Din abcesul subdural sau epidural cultura microbiană este pozitivă

Criteriul 2: Intraoperator sau necroptic, respectiv la examenul histopatologic sunt observate semne de abces

Criteriul 3: Din semnele de mai jos sunt prezente cel puțin unu și nu există altă relație de cauzalitate cunoscută: febră peste 38°C, durere, sensibilitate locală, semne de radiculită, parapareză sau paraplegie

și

cel puțin una din situațiile de mai jos:

- hemocultură pozitivă;
- există dovezi (radiologice, CT, MR, mielografie, ecografie, explorare cu izotopi) pentru abcesul spinal

și

ante-mortem medicul a dispus tratamentul antimicrobian adecvat.

Abcesul spinal concomitent cu meningită se încadrează în subgrupa meningită.

CAP. XII INFECȚIILE OCHIULUI, URECHII, FARINGELUI ȘI CAVITĂȚII BUCALE

a) Conjunctivita

Cel puțin unul din criteriile de mai jos trebuie îndeplinite:

Criteriul 1: Din proba de secreție purulentă recoltată de la nivelul conjunctivei oculare sau ale țesuturilor din vecinătate (pleoapă, corneă, glande lacrimale) cultura microbiologică este pozitivă

Criteriul 2: La nivelul conjunctivei oculare sau ale zonelor oculare învecinate apare durerea și roșeața

și

din semnele de mai jos cel puțin unul este prezent

- în secreția conjunctivală, la examenul nativ colorat gram sunt observate leucocite și bacterii

- există o secreție purulentă în zona afectată;
- investigarea secreției este pozitivă pentru antigene specifice (ELISA sau IF pentru *Chlamydia trachomatis*, *Herpes simplex*, *Adenovirus*, etc.);
- la examenul microscopic al secreției sunt prezente macrofagele polinucleare;
- cultura virală este pozitivă;
- sunt detectați anticorpi specifici de fază acută (IgM) sau creșterea anticorpilor specifici IgG de cel puțin 4 ori în probe de seruri perechi.

Infecțiile globului ocular nu fac parte din această subgrupă.

Conjunctivita iritativă (de ex. după instilațiile cu nitrat de argint) nu sunt nosocomiale.

Conjunctivitele în cadrul infecțiilor virale sistemice (rujeola, rubeola, etc.) fac parte din patologia specificată.

b) Infecțiile ochiului

Pentru diagnostic este necesară realizarea a cel puțin unuia din următoarele criterii:

Criteriul 1: Probele recoltate de la nivelul camerei anterioare sau posterioare sau din umoarea apoasă, însămânțarea microbiologică rezultă cultură pozitivă

Criteriul 2: Dintre semnele de mai jos sunt prezente cel puțin două, fără o altă cauză depistată: durere oculară, tulburare de acuitate vizuală, hipopion (secreție purulentă în camera anterioară) și

cel puțin una din situațiile de mai jos:

- medicul specialist a diagnosticat o infecție oculară;
- sunt detectate antigene specifice din sânge (de ex. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*);
- hemocultură pozitivă.

c) Infecțiile urechii, mastoidei și apofizei mastoidei

Pentru diagnosticul infecției sunt utilizabile următoarele criterii:

Pentru otita externă cel puțin unul din criteriile de mai jos:

Criteriul 1: Din secreția purulentă a conductului auditiv, cultură microbiană pozitivă.

Criteriul 2: Dintre semnele de mai jos prezența a cel puțin unu, fără o altă acuză determinată: febră peste 38°C, durere și eritem local sau secreție purulentă la nivelul conductului auditiv și

din secreția purulentă, examenul microscopic colorat gram pune în evidență prezența microorganismelor.

Pentru otita internă cel puțin unul din criteriile de mai jos:

Criteriul 1: Din secreția urechii interne, recoltată intraoperator, cultura a fost pozitivă.

Criteriul 2: Medicul a emis diagnosticul de otită medie.

Pentru mastoidită cel puțin unul din criteriile de mai jos:

Criteriul 1: Din secreția purulentă, de la nivelul mastoidei, cultură microbiană pozitivă.

Criteriul 2: Dintre semnele de mai jos este prezent cel puțin unul, fără o altă cauză determinată: febră peste 38°C, durere, sensibilitate și eritem local, cefalee sau pareză facială și

prezența a cel puțin unuia din situațiile de mai jos:

- evidențierea bacteriilor în preparatul microscopic colorat Gram, din prelevatul secreției purulente de la nivelul mastoidei;
- examenul serologic evidențiază prezența antigenelor specifice.

d) Infecțiile din cavitatea bucală (stomatita, glosita și parodontita)

Pentru diagnostic este necesar realizarea a cel puțin unul din următoarele criterii:

Criteriul 1: Din secreția purulentă a țesuturilor din cavitatea bucală cultură pozitivă

Criteriul 2: La examenul cavității bucale (examen fizic, intraoperator sau histopatologic) abcesul sau semnele clare ale infecției sunt prezente

Criteriul 3: Cel puțin unul din următoarele semne sunt prezente, fără o altă cauză determinată: abces, exulcerații, pete albe proeminente pe mucoasă inflamată sau plăci / depozite pe mucoasa cavității bucale

și

Cel puțin una din următoarele situații:

- la examenul microscopic al prelevatului recoltat, colorat Gram, se observă prezența bacteriilor;
- probă pozitivă cu hidroxid de potasiu;
- la examenul microscopic al prelevatului recoltat sunt observate macrofage polinucleare;
- apariția anticorpilor specifici de fază acută (IgM) sau creșterea de cel puțin 4 ori a titrului anticorpilor specifici IgG, la examenul serologic, pe probe de seruri perechi;
- medicul a stabilit diagnosticul de infecție a cavității bucale și a aplicat un tratament local sau peroral antifungic adecvat.

Infecția herpetică, caz nou, cu manifestare la nivelul cavității bucale poate fi nosocomială, dar infecția recidivantă / reacutizată nu se încadrează în această categorie de infecții.

e) Sinuzitele fronto-maxilare

Din criteriile de mai jos realizarea a cel puțin unul este obligatorie pentru diagnostic:

Criteriul 1: Din secreția purulentă a cavităților paranazale și maxilare cultură microbiană pozitivă

Criteriul 2: Dintre semnele de mai jos cel puțin unul este prezent, fără o altă acuză depistată: febră peste 38°C, durere sau sensibilitate la suprafața zonei sinusului afectat, cefalee, rinoree cu secreție purulentă sau obstrucție nazală

și

cel puțin una din următoarele situații:

- rezultat edificator la examenul radiologic;
- imagine radiografică relevantă.

f) Infecțiile căilor respiratorii superioare (faringita, laringita și epiglottita)

Din criteriile de mai jos cel puțin unul este realizat:

Criteriul 1: Dintre semnele de mai jos sunt prezente cel puțin două, fără o altă cauză depistată: febră peste 38°C, eritemul mucoaselor, durere în gât, tuse, disfagie, secreție purulentă faringiană

și

din situațiile de mai jos este realizată cel puțin una:

- din prelevatele regiunii afectate cultura microbiană pozitivă;
- hemocultură pozitivă;
- examenul sângelui sau secreției tractului respirator este pozitiv pentru antigene specifice;
- prezența anticorpilor specifici de fază acută (IgM) sau creșterea de cel puțin 4 ori a titrului anticorpilor IgG specifici în probe de seruri perechi;
- medicul a emis diagnosticul de infecție respiratorie acută.

Criteriul 2: La examenul fizic, intra-operator sau histopatologic se constată prezența abcesului

Criteriul 3: La copilul de un an sau sub un an sunt prezente cel puțin două din semnele de mai jos, fără o altă cauză depistată: febră (peste 38°C) sau hipotermie (sub 37°C), apnee, bradicardie, rinoree sau secreție purulentă la nivelul faringelui

și

cel puțin una din situațiile de mai jos este realizată:

- din prelevatele regiunii afectate, cultura microbiană a fost pozitivă;
- hemocultură pozitivă;
- examenul sângelui sau secreției tractului respirator este pozitiv pentru antigene specifice;
- prezența anticorpilor specifici de fază acută (IgM) sau creșterea de cel puțin 4 ori a titrului anticorpilor IgG specifici în probe de seruri perechi;
- medicul a emis diagnosticul de infecție respiratorie acută.

CAP. XIII INFECȚII SISTEMICE

a) Infecțiile diseminate

Sunt infecții care cointeresează mai multe organe sau sisteme fără o localizare regională / teritorială caracteristică. De cele mai multe ori sunt de etiologie virală (rubeolă, rujeolă, infecția urliană, varicela, *eritema infectiosum*, infecția HIV, etc.)

Diagnosticul de cele mai multe ori se bazează pe simptomatologia clinică și probe de laborator pentru diagnosticul etiologic.

Febra de origine necunoscută (FUO) și starea toxico-septică a nou născutului nu sunt încadrate în acest grup de patologie.

Exantemele virale și eruptive fac parte din acest grup de patologie

CAP. XIV INFECȚII NOSOCOMIALE LA BOLNAVII CU SPITALIZARE CRONICĂ, DE LUNGĂ DURATĂ

1) Infecțiile urinare

a) Infecțiile urinare la bolnavii necateterizați

Sunt necesare pentru diagnostic realizarea a trei din semnele de mai jos:

- febră peste 38°C și / sau frison
- apariția sau accentuarea unei jene dureroase la micțiune și / sau disurie ;
- apariția sau accentuarea unei senzații dureroase suprapubiene;
- modificarea caracteristicilor urinei emise;
- deteriorarea stării fizice și / sau mentale, eventual incontinență urinară .

b) Infecțiile urinare la bolnavii cu cateter urinar

Sunt necesare pentru diagnostic realizarea a cel puțin două din următoarele:

- febră peste 38°C și / sau frison;
- apariția senzației dureroase sau de tensiune suprapubiană;
- modificarea caracteristicilor urinei emise;
- deteriorarea stării fizice și / sau mintale.

2) Infecțiile respiratorii

a) Faringită și răceală simplă

Dintre semnele și simptomele de mai jos prezența a cel puțin două:

- rinoree și / sau strănut;
- congestie și / sau obstrucție nazală;
- durere faringiană, disfonie și / sau deglutiție dureroasă;

- tuse neproductivă;
- micro-limfadenopatie latero-cervicală dureroasă.

b) Viroză asemănătoare stării gripale

Prezența stării febrile (peste 38°C) și cel puțin trei din următoarele: frison, cefalee sau durere oculară retrobulbară, mialgie, astenie sau
inapetență, durere în gât, apariția sau accentuarea tusei uscate.

c) Bronșită și traheobronșită

În prezența unui examen radiologic toracic negativ sau în absența acestuia este obligatorie prezența a cel puțin trei semne din următoarele:

- apariția tusei sau accentuarea ei, apariția expectorației sau accentuarea ei, febră (peste 38°C), durere toracică pleurală, apariția sau accentuarea unor semne stetacustice pulmonare (raluri ronflante, inspir zgomotos, etc.) apariția sau accentuarea disfuncției respiratorii (tahipnee, respirație superficială, etc.), stare generală fizică și / sau mentală alterată.

d) Pneumonie

Prezența a cel puțin două semne din următoarele:

- apariția tusei sau accentuarea ei, apariția expectorației sau accentuarea ei, febră (peste 38°C), durere toracică pleurală, apariția sau accentuarea unor semne stetacustice pulmonare (raluri ronflante și crepitante, inspir zgomotos, dispnee, etc.), apariția sau accentuarea disfuncției respiratorii (tahipnee, respirație superficială, etc.), stare generală fizică și / sau mentală alterată.

În prezența unui rezultat radiologic care evidențiază pneumonia sau probabilitatea pneumoniei (condensare) sau un infiltrat pulmonar, accentuarea desenului hilar și / sau perihilar.

e) Otită

Dacă otita este diagnosticată de medic sau există o secreție otică uni- sau bilaterală. Durerea otică sau prezența unei roșețe congestive locală este edificatoare dacă otorea nu este cu secreție purulentă .

f) Sinuzită

Este diagnostic clinic emis de un medic.

g) Infecțiile gurii și cavității bucale

Este un diagnostic clinic stabilit de medic sau medic stomatolog

3) Infecțiile primare ale țesutului sanghin (sângelui)

Prezența a două sau mai multe hemoculturi pozitive din care au fost identificate microorganisme identice sau o hemocultură pozitivă la care poate fi acceptată că nu există doar o suprainfecție a probei recoltate sau a mediului de cultură

și

este prezent cel puțin unul din următoarele semne:

- febră peste 38°C;
- hipotermie nou apărută (sub 35°C);
- presiune sistolică cu cel puțin 30 mmHg mai mică față de cel obișnuit;
- deteriorarea funcției fizice și mintale.

4) Gastroenterite

Prezența a cel puțin unul din următoarele semne / simptome:

- două sau mai multe scaune apoase peste cele obișnuite în 24 ore;
- două sau mai multe vomisme / vomă în 24 ore;
- coprobacteriologie pozitivă pentru *Salmonella* sp. *Shigella* sp., *E. coli* O157:H7, *Camphylobacter* sp.

sau

rezultate pozitive pentru toxine microbiene specifice (de ex. *C. difficile*, etc.)

și

semne relevante pentru gastroenterită infecțioasă (greață, vărsături, scaune diareice, jenă sau durere în regiunea abdominală.)

5) Infecțiile cutanate și ale țesuturilor moi

a) Celulită și infecția plăgii cutanate / subcutane

Prezența secreției purulente la nivelul plăgii, pielii sau țesuturilor moi subiacente și

Prezența unuia din semnele de mai jos:

- febră peste 38°C sau schimbarea defavorabilă a stării mentale / fizice;
- senzație de căldură și roșeață la nivelul trunchiului sau membrilor;
- tumefiere și sensibilitate sau durere la nivelul regiunii afectate;
- exacerbarea secrețiilor la nivelul leziunii sau a teritoriului afectat.

b) Infecții micotice cutanate

Realizarea următoarelor două criterii:

- prezența unei erupții maculo-papuloase;
- diagnosticul micozei de către un medic sau prin probe de laborator.

c) Infecție cutanată herpetică și herpes zoosteriană

În ambele situații realizarea următoarelor două criterii:

- prezența unei erupții veziculare pe o suprafață segmentară;
- diagnosticul de către medic sau prin laborator a unei infecții specifice.

d) Scabie cutanată

Pentru diagnostic este necesară realizarea a două criterii:

- prezența unor erupții maculo-papulare pruriginoase;
- diagnosticul scabiei de către un medic cu sau fără confirmarea prin examene de laborator.

e) Conjunctivită

Din cele două criterii realizarea a cel puțin unul:

- apariția unei secreții purulente la nivelul ochiului sau la ambii ochi de cel puțin 24 ore;
- apariția unei roșețe noi sau accentuarea celei existente la nivelul conjunctivei oculare, senzație dureroasă sau durere locală, cu sau fără prurit, de cel puțin 24 ore.

6) Perioade febrile probabil infecțioase de cauză neelucidată / incertă

Stare febrilă (peste 38°C) în mai multe episoade, cu intervale afebrile de cel puțin 12 ore, stare care este prezentă cel puțin 3 zile și nu sunt demonstrate cauze evidente infecțioase sau neinfecțioase.

Medicul emite diagnosticul de stare febrilă de cauză neelucidată.

CAP. XV INFECȚII CU MICROORGANISME GENETIC MODIFICATE ARTIFICIAL ȘI CU TRANSMITERE ACCIDENTALĂ SAU PRIN ACȚIUNI DE BIOTERRORISM.

Orice simptom sau sindrom infecțios care apare sub formă de caz nou și acut, este prezent la o persoană sau afectează mai mulți bolnavi și / sau personal medico-sanitar și epidemiologic este demonstrată legătura de cauzalitate cu activitatea și / sau produsele și materialele unui laborator de microbiologie sau, este suspicionată răspândirea intenționată a agentului etiologic patogen infecțios.

ANEXA Nr. III

SUPRAVEGHEREA EPIDEMIOLOGICĂ A INFECȚIILOR NOSOCOMIALE

1. Considerații generale.

Supravegherea epidemiologică este activitatea sistematică și/sau continuă de colectare, analiză, prelucrare, interpretare a datelor, necesară pentru cunoașterea frecvenței infecțiilor nosocomiale și identificarea factorilor de risc.

Rezultatul analizei datelor este difuzat sistematic.

Datele obținute folosesc pentru elaborarea, planificarea, implementarea și evaluarea acțiunilor/programele de acțiuni, având ca scop prevenirea și controlul infecțiilor nosocomiale.

2. Obiective:

- 2.1. Să determine incidența infecțiilor nosocomiale pe baza definițiilor de caz.
- 2.2. Să determine tendința evoluției precum și modificările caracteristicilor infecțiilor nosocomiale.
- 2.3. Să identifice factorii de risc.
- 2.4. Să determine promovarea acțiunilor / programelor de prevenire și control.
- 2.5. Să evalueze activitățile / programele de prevenire și control.

3. Definițiile infecțiilor nosocomiale.

Supravegherea epidemiologică a infecțiilor nosocomiale se bazează pe definițiile clinice de caz ale infecțiilor nosocomiale prevăzute în prezentul ordin.

4. Populația supravegheată:

Reprezintă numărul total de persoane aflate la risc pentru dobândirea unei infecții nosocomiale (ex.: pacienții internați în secțiile de chirurgie, pacienții internați în secția de pediatrie, sugarii alimentați artificial în secția de pediatrie, etc.).

5. Colectarea datelor.

5.1. *Identificarea* infecțiilor nosocomiale constituie sarcina permanentă a medicilor din spitale/ambulatoriu, din sistemul sanitar de stat și privat. Diagnosticul de infecție nosocomială se va menționa în actele medicale cu care lucrează medicul (ex.: foaia de observație clinică, fișa de consultație, registrul de consultație, etc.).

5.2. *Înregistrarea și declararea* infecțiilor nosocomiale se face pe Fișa cazului de infecție nosocomială (model prezentat în Figura 1), de către asistenta desemnată (asistenta șefă) din fiecare secție sau directorul de îngrijiri din unitatea sanitară respectivă.

5.3. *Responsabilitatea* corectitudinii datelor înregistrate revine medicului în îngrijirea căruia se află pacientul.

5.4. Fișele cazurilor de infecții nosocomiale vor fi transmise imediat compartimentului / serviciului de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale.

6. Controlul înregistrării și declarării cazurilor de infecție nosocomială

6.1. Compartimentul/serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale stabilește un ritm de control pentru depistarea cazurilor nediagnosticsate, neînregistrate și neanunțate (ritm recomandat: minim la 2 zile, maxim la 7 zile).

6.2. Compartimentul/serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale înregistrează și declară cazurile de infecție nosocomială descoperite la verificările pe care le face la nivelul secțiilor, după consult cu medicul care îngrijește pacientul.

6.3 Centralizarea datelor se face de către asistenta compartimentului/serviciului de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale pentru spitalul pe care îl deserveste.

Unitățile sanitare private înregistrează și declară cazurile de infecții nosocomiale în același regim ca și unitățile sanitare de stat.

7. Analiza datelor.

7.1. Datele se prelucrează și se analizează *săptămânal* de către compartimentul/serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale.

7.2. Validarea datelor se face de compartimentul/serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale care poate solicita în acest sens medicul care are în îngrijire pacientul.

8. Calculul și interpretarea indicilor se face de către compartimentul/serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale cu un *ritm săptămânal*.

- *Incidența* infecțiilor nosocomiale reprezintă numărul de cazuri noi de infecții într-o săptămână, raportate la populația asistată în același interval de timp. Pentru intervale de timp lunare, trimestriale sau anuale, în unitățile sanitare cu paturi, se va utiliza ca numitor populația de pacienți externai.

- *Prevalența la un moment* dat reprezintă numărul de cazuri de infecții nosocomiale existente în evoluție la un moment dat (o zi, o săptămână, etc.) într-o populație analizată.

9. Diseminarea datelor. Datele interpretate sunt diseminate către:

9.1. secții, pentru informare și completarea măsurilor;

9.2. Consiliul de administrație, care prin analiză ia decizii legate de obiectivele menționate în prezenta Anexa, în legătură directă cu asigurarea actului medical;

9.3. Compartimentul/serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale are obligația întocmirii "Dării de seamă statistice trimestriale" și transmiterea acesteia către Autoritatea de Sănătate Publică județeană, respectiv a municipiului București.

10. Atitudinea în caz de izbucnire epidemică.

10.1. Izbucnirea epidemică reprezintă înregistrarea unui număr de cazuri de infecție nosocomială în exces net față de numărul de cazuri așteptat.

10.2. Responsabilitatea pentru izbucnirea unui episod epidemic revine în exclusivitate unității care l-a generat.

10.3. Compartimentul/serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale stabilește din punct de vedere tehnic conduita în rezolvarea izbucnirii epidemice. Odată cu informarea operativă a Autorității de Sănătate Publică Județeneană, conform reglementărilor Ministerului Sănătății Publice, Compartimentul/serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale poate solicita colaborarea acesteia.

10.4. Secțiile la nivelul cărora se înregistrează izbucniri epidemice sunt responsabile de ducerea la îndeplinire a măsurilor stabilite de Compartimentul/serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale în vederea rezolvării episodului epidemic.

10.5. Comitetul director al unității sanitare este abilitat să stabilească măsurile administrative corespunzătoare în cazul unei izbucniri epidemice.

Figura 1.

FIȘA CAZULUI DE INFECȚIE NOSOCOMIALĂ*)

ÎN SECȚIA..... SPITALUL Data completării (zz/ll/aa):

Bolnavul: Nume..... Prenume..... Sexul.....

Data nașterii (zz/ll/aa): Vârsta la data internării

Data internării (zz/ll/aa): Nr. FO

Diagnostic la internare.....

Diagnostic la 72 de ore.....

Salon Nr..... Dacă a fost mutat se specifică salonul și data mutării:

În secțiile cu profil chirurgical:

Denumirea operației.....

data intervenției (zz/ll/aa):.....

Infecție nosocomială: .

Diagnostic clinic: debut

(zz/ll/aa):

Examene microbiologice pentru diagnosticul de infecție nosocomială:

Data recoltării probei (zz/ll/aa)	Denumirea examenului efectuat	Germeni izolați	Diagnostic

Antibiograma:.....

Data externării (zz/ll/aa):

Nr. total zile spitalizare:

Starea la externare (vindecat, ameliorat, staționar, transferat, decedat):.....

Diagnosticul la externare (sau deces):

Nr. zile de tratament pentru infecția nosocomială:

Factori de risc.....

Semnătura

*) Se completează pentru fiecare caz nou de infecție nosocomială (dacă un bolnav a avut două sau mai multe infecții nosocomiale, se completează câte o fișă pentru fiecare îmbolnăvire).

ANEXA IV**PRECAUȚIUNI UNIVERSALE
(PU)****SCOPUL** aplicării PU:

prevenirea transmiterii infecțiilor cu cale de transmitere sanguină,
la locul de muncă al personalului.

CONCEPTUL de PU se referă la:- *măsurile care se aplică în vederea prevenirii transmiterii HIV, VHB, VHC și alți agenți microbieni cu cale de transmitere sanguină, în timpul actului medical.*

- sânge, alte fluide biologice și țesuturile tuturor pacienților se consideră a fi potențial infectate cu HIV, VHB, VHC și alți agenți microbieni cu cale de transmitere parenterală (sanguină)
- toți pacienții se consideră potențial infectați cu HIV, VHB, VHC sau cu alți agenți microbieni cu cale de transmitere sanguină, deoarece:
- cei mai mulți dintre purtătorii de HIV, VHB, VHC și alți agenți microbieni sunt asimptomatici și nu-și cunosc propria stare de portaj;

REGULI de bază în aplicarea Precauțiunilor Universale:

1. Consideră toți pacienții potențial infectați;
2. Consideră că sângele, alte fluide biologice și țesuturile sunt contaminate cu HIV, HBV, HCV.
3. Consideră că acele și alte obiecte folosite în practica medicală sunt contaminate după utilizare.

CONTACTUL

tegumentelor și mucoaselor cu următoarele produse **TREBUIE** considerat **LA RISC**:

- sânge;
- lichid amniotic, lichid pericardic, lichid peritoneal, lichid pleural, lichid sinovial, lichid cefalo-rahidian;
- sperma, secreții vaginale;
- țesuturi;
- orice alte fluide organice vizibil contaminate cu sânge;

APLICAREA PRECAUȚIUNILOR UNIVERSALE SE REFERĂ LA:

1. UTILIZAREA ECHIPAMENTULUI DE PROTECȚIE ADECVAT, COMPLET, CORECT;

1.1. DEFINIȚIE "ECHIPAMENT DE PROTECȚIE": bariera între lucrător și sursa de infecție, utilizată în timpul activităților care presupun risc de infecție.

1.2. CATEGORII DE BARIERE utilizate pentru aplicarea precauțiilor universale:

1.2.1. MĂNUȘI

a) TREBUIE UTILIZATE în următoarele situații:

- anticiparea contactului mâinilor cu sânge, lichide biologice contaminate, alte lichide biologice cu urme vizibile de sânge, țesuturi umane;
- abord venos sau arterial;
- recoltare de LCR;
- contact cu pacienți care sângerează, au plăgi deschise, escare de decubit, alte leziuni cutanate;
- manipularea, după utilizare a instrumentarului contaminat, în vederea curățirii, decontaminării.

b) FELUL MANUȘILOR

- de uz unic sterile:

- chirurgie
- examinare internă
- intervenții care implică un contact cu regiuni ale corpului în mod normal sterile; uneori sunt necesare mănuși duble;
- abord vascular prin puncție;
- tegument pacient cu soluții de continuitate;
- manipularea unor materiale potențial contaminate;

- nesterile curate:

- examinări curente, care implică un contact cu mucoasele, dacă nu există o recomandare contrară;
- manipularea de materiale contaminate;
- curățenie, îndepărtare de produse biologice contaminate;

- de uz general, menaj, de cauciuc:

- activități de întreținere, care implică un contact cu sânge și alte produse biologice considerate a fi contaminate;
- colectare materiale contaminate, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
- manipularea de materiale contaminate;
- curățenie, îndepărtare de produse biologice

c) MOD DE FOLOSIRE:

- schimbare după fiecare pacient;
- după folosire se spală mai întâi mâinile cu mănuși, după care acestea se îndepărtează, prinzând marginea primei prin exterior aruncând-o în containerul pentru colectare și apoi prinzând-o pe cealaltă, cu mâna liberă prin interior, scoțând-o cu grijă și aruncând-o în același container aflat la îndemână;
- după îndepărtarea mănușilor mâinile se spală din nou, 10-15 secunde, chiar dacă mănușile nu prezintă semne vizibile de deteriorare în timpul activității încheiate; mănușile de unică utilizare nu se reutilizează, deci nu se curăță, dezinfectează;
- mănușile de uz general se pot decontamina și reutiliza, dacă nu prezintă semne de deteriorare (perforare, îmbătrânire cauciuc, etc.)

1.2.2. HALATE OBIȘNUITE

- în timpul tuturor activităților din unitățile medicale.

1.2.3. ȘORTURI, BLUZE IMPERMEABILE - completează portul halatelor atunci când se anticipează producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, protejând tegumentele personalului medical din:

- secții cu profil chirurgical;
- laboratoare;
- servicii de anatomie patologică, medicină legală;
- unele activități administrative;
- servicii de urgență.

1.2.4. MASCA , protejează:

- tegumentele;
- mucoasele bucală, nazală ale personalului medical.

1.2.5. PROTECTOARE FACIALE, protejează:

- tegumentele;
- mucoasele bucală, nazală, oculară.

Tipuri de protectoare faciale :- OCHELARI

- ECRAN PROTECTOR, etc.

1.2.6. ECHIPAMENTE DE RESUSCITARE, protejează mucoasa bucală în timpul instituirii respirației artificiale.

1.2.7. BONETE - simple (textile), sau impermeabile

1.2.8 CIZME DE CAUCIUC

2. SPĂLAREA MÂINILOR și a altor părți ale tegumentelor- IMPORTANȚA

- cel mai important și uneori singurul mod de prevenire a contaminării și diseminării agenților microbieni.

- CÂND ?

- la intrarea în serviciu și la părăsirea locului de muncă;
- la intrarea și la ieșirea din salonul de bolnavi;
- înainte și după examinarea fiecărui bolnav; atenție bolnavii cu mare receptivitate;
- înainte și după aplicarea unui tratament;
- înainte și după efectuarea de investigații și proceduri invazive;
- după scoaterea măștilor de protecție;
- după scoaterea măștii folosită la locul de muncă;
- înainte de prepararea și distribuirea alimentelor și a medicamentelor administrate per os;
- după folosirea batistei;
- după folosirea toaletei;
- după trecerea mâinii prin păr;
- după activități administrative, gospodărești.

- CUM ?

- îndepărtarea bijuteriilor (inele, brățări), ceasurilor;
- unghii îngrijite, tăiate scurt;
- utilizare de apă curentă și săpun pentru spălarea obișnuită;
- două săpuniri consecutive;
- în cazuri de urgență este permisă utilizarea de antiseptice ca înlocuitor al spălatului, dar nu ca rutină;
- în unele situații spălarea este completată de dezinfecția mâinilor:
- după manipularea bolnavilor septici, a bolnavilor contagioși și a celor cu imunodepresie severă;
- înainte și după efectuarea tratamentelor parenterale (în abordurile vasculare și efectuarea de puncții lombare este obligatoriu portul mănușilor), schimbarea pansamentelor (atenție - mănuși), termometrizare intrarectală, clisme, toaleta lehuzei (atenție - mănuși);
- după efectuarea toaletei bolnavului la internare;
- după manipularea și transportul cadavrelor;
- înainte și după efectuarea examenelor și tratamentelor oftalmologice, ORL, stomatologice și în general înainte și după orice fel de manevră care implică abordarea sau producerea unor soluții de continuitate (atenție-mănuși).
- spălarea, dezinfecția mâinilor și portul mănușilor: - ȘTERGEREA, USCAREA este

OBLIGATORIE

- cu hârtie prosop;
- prosop de unică întrebuințare.

3. PREVENIREA ACCIDENTELOR ȘI A ALTOR TIPURI DE EXPUNERE PROFESIONALĂ**3.1. EXPUNEREA PROFESIONALĂ**

- prin inoculări percutane:
 - înțepare;
 - tăiere.
- contaminarea tegumentelor care prezintă soluții de continuitate;
- contaminarea mucoaselor.
- în timpul:
 - efectuării de manopere medicale invazive cu ace și instrumente ascuțite;
 - manipulării de produse biologice potențial contaminate;

- manipulării instrumentarului și a altor materiale sanitare, după utilizarea în activități care au dus la contaminarea cu produse biologice potențial infectate.

- prin intermediul:

- instrumentelor ascuțite;
- materialului moale;
- suprafețelor, altor materiale utilizate în activitatea din unitățile sanitare;
- reziduurilor din activitatea medicală;

3.2. METODE DE PREVENIRE

- obiecte ascuțite:

- reducerea de manevre parenterale la minimum necesar;
- colectarea imediat după utilizare în containere rezistente la înțepare și tăiere, amplasate la îndemână și marcate corespunzător conform reglementarilor MSP pentru:
 - pregătire în vederea utilizării;
 - distrugere;
 - evitarea recapșonării, îndoirii, ruperii acelor utilizate.
- de evitat scoaterea din seringile de uz unic.

- lenjerie:

- manipularea lenjeriei contaminate cu sânge și alte produse biologice potențial contaminate cât mai puțin posibil;
- sortare și prelucrare cu echipament de protecție potrivit, în spații special destinate;
- colectare în saci impermeabili, la nevoie dubli, marcați în mod corespunzător
- evitarea păstrării lor îndelungate, înainte de prelucrare;
- asigurarea unui ciclu corect și complet de prelucrare - decontaminare.
- curățenie și decontaminare:
 - folosirea mănușilor la îndepărtarea urmelor de sânge, alte lichide biologice sau țesuturi;
 - decontaminarea inițială cu substanțe clorigene, îndepărtarea cu hârtie absorbantă care se colectează în containere sau saci de plastic marcați;
 - dezinfecție cu soluție germicidă;
 - uscarea suprafeței prelucrate;
 - folosirea de tehnici standard în vederea efectuării curățeniei, sterilizării, decontaminării echipamentului medical, a pavimentelor, pereților, mobilierului, veselei, sticlăriei, tacâmurilor, conform reglementarilor MSP.

- reziduuri infectante

- neutralizare prin ardere sau autoclavare
- colectare - recipiente impermeabile, marcate pentru diferențierea clară prin culoare și etichetare.

- igiiena personală:

- spălarea mâinilor (pct.2);
- spălarea altor părți ale corpului care au venit în contact cu produse biologice potențial contaminate sau cu materiale potențial contaminate;
- evitarea activităților cu risc de expunere:
 - existența de leziuni cutanate;
 - prezența unui deficit imunitar;
 - graviditate;

- asistența de urgență. principii:

- viața pacientului este prețioasă;
- obligatorie aplicarea precauțiilor universale;
- chiar și în situații imprevizibile se vor asigura cele necesare respectării principiilor precauțiilor universale.

3.3. SERVICIILE DE STOMATOLOGIE, echipament de protecție:

- mască;
- ochelari, ecran;
- mănuși;
- șorț impermeabil când se anticipează producerea de:
 - epanșamente
 - sânge;
 - salivă cu urme vizibile de sânge.
- alte recomandări:
 - sistem de aspirație rapidă;
 - poziția adecvată a scaunului;
- instrumentar:
 - corect utilizat;
 - corect colectat, spălat, decontaminat și/sau dezinfectat

3.4. SERVICIILE DE ANATOMIE PATOLOGICĂ:

- mască, ochelari, ecran protector, mănuși, halat, șorturi impermeabile, cizme, bonete;
- decontaminare după efectuare a necropsiilor:
 - instrumentar;
 - suprafețe, mobilier.

3.5. LABORATOARE CLINICE ȘI DE CERCETARE: regulile generale de aplicare a precauțiilor universale trebuie completate cu:

- colectarea flacoanelor care conțin produse biologice în containere marcate, care să împiedice răsturnarea, vărsarea, spargerea;
- evitarea contaminării pereților exteriori ai flacoanelor colectoare;
- utilizarea echipamentului potrivit cu prestațiile laboratorului:
 - mănuși;
 - mască, ochelari de protecție, ecran protector;
 - halat, șorț impermeabil, bonetă.
- spălarea atentă a mâinilor (pct.2);
- utilizarea de echipamente de pipetare automate, semiautomate, pentru înlăturarea tehnicilor de pipetare cu gura;
 - atenție la utilizarea de material ascuțit în activitatea de laborator;
 - curățenia, dezinfecția, sterilizarea în mod corect, standardizat;
 - instrumentarul contaminat, colectare, decontaminare:
 - chimică;
 - fizică-ardere;
 - autoclav.
 - aparatură defectă-decontaminare înainte de reperare;
 - la terminarea activității, echipamentul utilizat rămâne în laborator până la colectarea și îndepărtarea în vederea prelucrării;
 - amplasarea de afișe avertizoare asupra riscului de contaminare.

ÎNTREAGA ASISTENȚĂ ACORDATĂ PERSOANELOR IMPLICATE ÎN EXPUNEREA PROFESIONALĂ ("SURSĂ", PERSONAL AFECTAT) SE VA DESFĂȘURA NUMAI PE BAZĂ DE CONȘIMȚĂMÂNT ȘI CONFIDENȚIALITATE, CU ASIGURAREA DOCUMENTELOR LOR MEDICALE.

4. PERSONAL INFECTAT CU HIV:

- respectarea drepturilor omului;
- schimbarea locului de munca, având acordul celui infectat, sau la cererea acestuia, când:
 - se dovedește că nu-și protejează pacienții;
 - este necesară protecția sa medicală.
- conducerea unității va asigura un alt loc de muncă.

5. EVALUAREA RISCULUI PE CATEGORII DE LOCURI DE MUNCĂ ȘI ACTIVITĂȚI PRESTATE DE PERSONALUL MEDICO-SANITAR ÎN FUNCȚIE DE CONTACTUL CU SÂNGE ȘI ALTE LICHIDE BIOLOGICE.

- I** - contact permanent, inevitabil, consistent;
- II** - contact imprevizibil, inconstant;
- III** - contact inexistent;

PENTRU CATEGORIILE APARTINÂND GRUPELOR I ȘI II SE VOR APLICA PERMANENT PRECAUȚIUNILE UNIVERSALE.

Pentru cele din categoria a III-a sunt suficiente precauțiunile obișnuite.

ANEXA V

METODOLOGIA DE SUPRAVEGHERE ȘI CONTROL AL ACCIDENTELOR CU EXPUNERE LA PRODUSE BIOLOGICE LA PERSONALUL CARE LUCREAZĂ ÎN DOMENIUL SANITAR

1. Justificare:

În prezent, în România nu sunt colectate suficiente informații pentru a evalua riscul de expunere și de a estima incidența infecțiilor postexpunere la sânge și produse biologice la personalul care lucrează în sistemul sanitar.

Din datele culese de către Comisia de Luptă Anti SIDA a Ministerului Sănătății (CNLAS), prin intermediul Centrelor Regionale de Monitorizare (CR) reiese că în anul 2003 au fost raportate 94 de expuneri profesionale cu risc de infecție, la 70 dintre acestea aplicându-se măsuri profilactice corespunzătoare. În anul 2004 au fost raportate 96 de expuneri, la 75 dintre acestea aplicându-se măsuri profilactice corespunzătoare.

Raportări expuneri profesionale culese de CNLAS în perioada 2003 – 2004:

	Număr expuneri profesionale	Număr profilaxii post-expunere profesională
2003	94	70
2004	96	75
TOTAL	190	145

La nivelul Institutului de Boli Infecțioase “Prof. Dr. Matei Balș” (IBI) au fost înregistrate 37 cazuri în anul 2003 și 55 în 2004. Pentru toate aceste cazuri s-a aplicat Protocolul de Profilaxie Post-expunere Profesională (PPEP), incluzând vaccinarea anti hepatită B și chimioprofilaxia cu antiretrovirale.

Categoriile profesionale expuse accidentelor cu risc de infecție, din cazuistica institutului, sunt:

Categoria profesională	Număr cazuri / expuneri	Procent (%)
medic chirurg	3	3,3
medic stomatolog	1	1,1
medic alte specialități	32	34,8
medic rezident	8	8,7
student	7	7,6
student stomatolog	5	5,4
asistentă medicală	29	31,5
infirmieră	2	2,2
tehnician dentar	1	1,1
îngrijitoare	1	1,1
brancardier	2	2,2
voluntar	1	1,1
TOTAL	92	100

Nu reiese din datele culese de CNLAS dacă din cele 190 cazuri de expunere profesională au apărut seroconversii pentru HIV, HBV sau HCV.

La cele 92 cazuri înregistrate și asistate în IBI nu s-a semnalat nici un caz de infecție cu HIV, HBV, HCV.

Supravegherea este unul din cele mai importante mijloace de cunoaștere a riscului prin expunere profesională la sânge și produse biologice și de dezvoltare a unor strategii de prevenire și control.

2. Scop

Reducerea riscului de infecție post-expunere la sânge și produse biologice la personalul care lucrează în sistemul sanitar.

3. Obiective:

- estimarea incidenței accidentelor cu expunere la produse biologice la personalul care lucrează în sistemul sanitar;
- ierarhizarea factorilor de risc (proceduri, dispozitive, instruire, respectarea Precauțiilor Universale, statusul sursei, altele) ;
- evaluarea respectării precauțiilor universale (PU);
- obținerea de date standardizate la nivel național;
- responsabilizarea personalului medical în sensul cunoașterii riscului expunerii la sânge și produse biologice și a aplicării măsurilor de prevenire a acestor accidente și a consecințelor acestora;
- estimarea riscului de infecție post-expunere profesională cu: HIV, VHB, VHC ;
- aplicarea corectă a măsurilor profilactice primare și secundare.

4. Tip de supraveghere:

- modul de colectare a datelor: pasiv
- instrumente de colectare a datelor:
 - fișa de supraveghere tip
 - fișa privind datele despre spital
 - Fișa clinică de înregistrare a expunerii profesionale cu risc de infecție HIV .

5. Definiții:

- **Persoana care lucrează în sistemul sanitar:** orice persoană (angajat, student, voluntar) ale cărei activități implică contactul cu pacienți, sânge sau alte produse biologice provenite de la pacienți, în cabinete, secții, compartimente sau laboratoare.
- **Expunere cu risc de infecție HIV, VHB, VHC, care necesită profilaxie post-expunere profesională (PPEP):** *accidentarea transcutană* (exemplu: înțepătură cu ac sau tăietură cu un obiect tăios), *contactul mucoaselor sau al pielii, care prezintă leziuni ce-i afectează integritatea* (ex: expunerea pe o piele cu excoriații, tăieturi, delabrări, flictene, eczeme sau alte afecțiuni dermatologice) sau *contactul cutanat pe o piele intactă, dar cu o durată prelungită* (ex: câteva minute și chiar mai mult) sau *implicarea unei suprafețe întinse de contact* cu sânge, țesuturi sau alte produse biologice contaminate vizibil cu sânge.
- **Produse biologice:** a) sperma, secreții vaginale; b) fluide (lichid cefalorahidian, sinovial, pleural, peritoneal, pericardic, amniotic); c) concentrate de HIV (în laboratoare).

În absența sângelui vizibil în salivă, lacrimi, sudoare, urină, fecale, lapte aceste produse biologice nu sunt considerate cu risc de infecție HIV și nu impun măsuri de profilaxie antiretrovirală și de supraveghere medicală PPEP.

- **Caz de expunere profesională:** orice persoană care lucrează în sistemul sanitar și care a suferit o expunere accidentală cu risc de infecție HIV, VHB, VHC prin contact cu sânge sau produse biologice considerate cu risc de infecție.

6. Populația Țintă:

- persoanele care lucrează în sistemul sanitar, respectiv: personalul medico-sanitar și de îngrijire/auxiliar/tehnic, persoane aflate într-o forma de învățământ, voluntari.

7. Unitățile Țintă:

- A. unitățile sanitare cu paturi;
- B. unitățile sanitare fără paturi.

8. Atribuții:

- A. Atribuții în unitățile sanitare cu paturi
- B. Atribuții în unități sanitare fără paturi
- C. Atribuții ale altor unități sanitare/structuri de sănătate publică

A. Atribuții în unitățile sanitare cu paturi

A.1 compartimentul/ secția în care a avut loc accidentul

a) persoana accidentată

- aplică imediat protocolul din “ Ghid practic de management al expunerii accidentale la produse biologice”
- în prima oră de la accident se prezintă la medicul șef de secție/compartiment sau la medicul șef de gardă
- în termen de 24 de ore se prezintă la responsabilul serviciului de supraveghere a infecțiilor nosocomiale;
- anunță medicul de medicina muncii pentru luarea în evidență;

b) medicul șef de secție/compartiment sau medicul șef de gardă:

- înregistrează accidentul într-un registru de evidență a accidentelor cu expunere la produse biologice;
- raportează accidentul responsabilului serviciului de supraveghere a infecțiilor nosocomiale în maxim 24 de ore de la producerea accidentului;
- asigură recoltarea eșantioanelor de sânge de la pacientul sursă, respectând legislația privind testarea voluntară cu consiliere;
- asigură transportul eșantioanelor de sânge provenite de la pacientul sursă la laboratorul unității cu paturi în care a avut loc accidentul;
- asigură recoltarea eșantioanelor de sânge de la personalul accidentat, respectând legislația privind testarea voluntară cu consiliere.

c) Unitatea sanitară în care s-a produs accidentul

- asigură prelevarea și trimiterea eșantioanelor de sânge provenite de la pacientul sursă, pentru testare, la unitatea desemnată sau asigură efectuarea lor în unitate.
Prelevarea și trimiterea probelor biologice se va face conform legislației (standardelor) în vigoare.
- trimite persoana accidentată către serviciul de supraveghere a infecțiilor nosocomiale

- asigură trimiterea persoanei accidentate către secția/spitalul de boli infecțioase în oricare dintre următoarele situații:
 - sursa HIV pozitiv cunoscută
 - sursa HIV cu test rapid pozitiv
 - sursa cu status biologic necunoscut și cu risc epidemiologic crescut
 - sursa Ag HBs pozitiv / Ac HBs prezenți;
 - sursa Ac HCV pozitiv ;
- asigură trimiterea accidentatului la Autoritatea de Sănătate Publică județeană, în vederea vaccinării antihepatită B, în cazul în care spitalul / secția de boli infecțioase nu a putut asigura vaccinarea.

A. 2. Laboratorul spitalului în care a avut loc accidentul

- efectuează în toate cazurile testul rapid HIV, dacă acest test este disponibil.
Acest test se va efectua pentru pacientul sursă în termen de 2 ore, cu transmiterea rezultatului medicului căruia i s-a raportat evenimentul.
- primește și trimite eșantioanele de sânge provenite de la pacientul sursă către laboratorul desemnat pentru efectuarea testelor ELISA de identificare a: Ac anti- HIV, Ac anti-VHC, AgHBs și Ac HBs sau efectuează testele respective, dacă este autorizat.

A. 3. Serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale din spitalul în care a avut loc accidentul

- răspunde de aplicarea programului de supraveghere:
 - în cazul în care spitalul are epidemiolog, acesta va evalua riscul de infecție cu HIV, VHC, VHB;
 - epidemiologul va asigura consilierea personalului expus și recoltarea eșantioanelor de sânge, cu respectarea legislației privind testarea voluntară, în cazul în care acestea nu au fost efectuate de către medicul șef de secție / compartiment sau medicul șef de gardă;
 - în cazul în care riscul de infecție cu HIV și /sau VHC este absent, iar riscul de infecție cu VHB este prezent, persoana accidentată va fi îndrumată către Autoritatea de Sănătate Publică județeană, la cabinetele de vaccinare desemnate, pentru vaccinarea anti hepatită B.
 - în cazul în care riscul de infecție cu HIV și/sau VHC este prezent, indiferent de riscul VHB, persoana accidentată va fi îndrumată către spitalul / secția de boli infecțioase.
 - persoanele accidentate care sunt deja cunoscute cu infecție cronică cu VHB și/sau VHC, vor fi îndrumate către spitalul/secția de boli infecțioase pentru a se stabili o conduită adecvată.
 - anunță medicul de medicina muncii despre evenimentul înregistrat;
 - completează și trimite lunar, la Autoritatea de sănătate publică județeană, fișele de supraveghere
 - completează și trimite semestrial, la Autoritatea de Sănătate publică județeană, fișele unității sanitare;
- va face analiza semestrială a cazurilor de expunere accidentală profesională și de seroconversie înregistrate în unitate.
- anunță medicul de medicina muncii al unității sanitare în care s-a produs accidentul despre seroconversia pentru HIV și / sau VHB și / sau VHC (cu respectarea confidențialității conform legislației în vigoare, Legea 584/2002)

În cazul în care serviciul de supraveghere a infecțiilor nosocomiale unității medicale în care s-a produs accidentul nu are epidemiolog, evaluarea riscului de infecție cu HIV, VHB, VHC va fi făcută de către medicul șef de secție sau șef de gardă, în colaborare cu medicul epidemiolog de la Autoritatea de

Sănătate publică, dacă spitalul / secția de boli infecțioase nu este abordabil sau nu se consideră necesară colaborarea cu specialistul infecționist.

A. 4. Laboratorul desemnat pentru testare

Efectuează:

- pentru pacientul sursă: Ac HIV (ELISA), AgHBs, Ac VHC;
- pentru personalul accidentat: Ac HIV (ELISA), AgHBs, AcHBs, Ac VHC.

Rezultatele vor fi comunicate solicitantului (unitatea sanitară în care s-a produs accidentul) în maximum o săptămână și la Autoritatea de Sănătate Publică județeană lunar / trimestrial, conform normelor legale.

B. Unitățile sanitare fără paturi

Personalul care lucrează în unitățile medicale fără paturi se va adresa celui mai apropiat spital, urmând același circuit.

Completarea "Fișei de supraveghere" va fi făcută de către medicul epidemiolog din Autoritatea de Sănătate Publică județeană ca urmare a raportării făcute de unitatea sanitară care a înregistrat accidentul.

Raportarea către Autoritatea de Sănătate Publică județeană se va face de către unitatea sanitară în care s-a înregistrat accidentul, în termen de 24 ore.

C. Atribuții ale altor unități sanitare/structuri de sănătate publică

C.1. spitalul/secția de boli infecțioase

a) Medicul specialist infecționist

- pentru personalul expus:
 - va asigura consilierea și recoltarea eșantioanelor de sânge, cu respectarea legislației privind testarea voluntară, în cazul în care acestea nu au fost efectuate anterior, de către medicul șef de secție / compartiment, medicul șef de gardă, medicul epidemiolog, serviciului de supraveghere a infecțiilor nosocomiale și/sau autorității de sănătate publică județeană;
 - evaluează / re-evaluează riscul de infecție cu HIV, VHB, VHC;
 - stabilește indicația / efectuează chimioprofilaxia ARV, în conformitate cu ghidurile de specialitate;
 - stabilește indicația / efectuează chimioprofilaxia infecției cu VHB și/sau VHC, în conformitate cu ghidurile de specialitate;
 - stabilește indicația / efectuează administrarea de imunglobuline specifice anti -VHB (dacă sunt disponibile);
 - stabilește indicația / efectuează vaccinarea anti hepatită B, în cazul în care persoana accidentată a ajuns de la început la spitalul / secția de boli infecțioase, și dacă vaccinul este disponibil. Asigură testarea răspunsului imunologic (titrul Ac HBs) al acesteia față de vaccinarea anti-hepatită B anterioară;
 - trimite la Autoritatea de Sănătate Publică județeană / cabinetul desemnat pentru vaccinare anti-hepatită B, în cazul în care nu poate asigura vaccinarea, la nivelul spitalului / secției de boli infecțioase;
- completează "Fișa clinică de înregistrare a expunerii profesionale cu risc de infecție HIV" ;

- transmite trimestrial câte un exemplar din fiecare “Fișa clinică de înregistrare a expunerii profesionale cu risc de infecție HIV”, Ministerului Sănătății Publice, prin Centrul Regional de Monitorizare, de care aparține, din momentul luării în evidență și după încheierea perioadei de supraveghere clinică.

Persoanele accidentate care prezintă seroconversie pentru HIV, VHB, VHC, ca urmare a expunerii profesionale cu risc, vor fi menținute în evidența spitalului / secției de boli infecțioase pentru tratament specific și monitorizare.

b) serviciul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale al spitalului / secției de boli infecțioase

- confirmă telefonic prezentarea tuturor persoanelor accidentate:
 - unității sanitare în care s-a produs accidentul cu risc de infecție;
 - medicului epidemiolog de la autoritatea de sănătate publică județeană.

C. 2. medicul de medicina muncii

- va lua în evidență persoanele expuse profesional la riscul de infecție cu HIV, VHB, VHC și va aplica actele normative în vigoare privind cercetarea și declararea accidentelor de muncă și a cazurilor de boală profesională .

C. 3. Autoritatea de sănătate publică județeană și a municipiului București

- centralizează trimestrial *Fișele de supraveghere a accidentelor cu expunere la sânge și produse biologice* (anexa 1) din unitățile sanitare cu și fără paturi, precum și *Fișele unității sanitare* (anexa 2)
- trimite trimestrial aceste fișe la Institutul de Sănătate Publică Regional
- asigură vaccinarea anti-hepatită B, în situația în care spitalul / secția de boli infecțioase nu o poate asigura, dar o recomandă.
- analizează epidemiologic accidentele cu expunere la sânge și produse biologice ale personalului care lucrează în unități sanitare la nivel județean (număr de accidente înregistrate, rata incidenței, număr de accidentați care s-au pozitivat, rata incidenței pe categorii profesionale, rata incidenței pe secții/ compartimente etc.)
- asigură feedback-ul datelor către unitățile sanitare din teritoriu, implicate în expunerile profesionale.

C. 4. Institutele Regionale de Sănătate Publică

- primesc de la Autoritățile de Sănătate Publică arondate Fișa de supraveghere și Fișa unității sanitare;
- asigură:
 - introducerea *Fișei de supraveghere* și a *Fișei unității sanitare* în baza de date (fișiere EPI-Data)
 - transmiterea trimestrială a datelor înregistrate în baza de date EPI-Data, către Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor Transmisibile;
 - analiza regională a accidentelor prin expunere la sânge și produse biologice a personalului care lucrează în unități sanitare (număr de accidente înregistrate, rata incidenței, număr de accidentați care s-au pozitivat, rata incidenței pe categorii profesionale, rata incidenței pe secții/ compartimente, procentul din persoanele accidentate care au respectat precauțiunile universale etc.)
 - feedback către autoritățile de sănătate publică județene arondate.
- Colaborează cu Centrul Regional de Monitorizare HIV / SIDA.

C. 5. Centrul regional de monitorizare HIV/ SIDA

- Colaborează cu Institutul de Sănătate Publică regional în vederea prelucrării și analizei datelor.

- trimite trimestrial, la **Institutul de Boli Infecțioase Matei Balș**, Fișele clinice de înregistrare a expunerilor profesionale cu risc de infecție HIV, culese de la spitalele / secțiile de boli infecțioase.

C. 6. Institutul de Boli Infecțioase Matei Balș

- asigură feedback -ul datelor către Centrele Regionale HIV SIDA;
- analizează trimestrial, împreună cu Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor Transmisibile datele înregistrate în *Fișa clinică de înregistrare a expunerii profesionale cu risc de infecție HIV*

C. 7. Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor Transmisibile

- realizează analiza datelor la nivel național;
- asigură *feedback* -ul datelor către Institutul de Boli Infecțioase Matei Balș, Institutele de Sănătate publică regionale, Autoritățile de Sănătate Publică județene.

9. Indicatori de evaluare a sistemului:

- procentul fișelor completate corect;
- procentul de accidentați investigați corect cu laboratorul;
- procentul de accidentați cu monitorizare completă;
- procentul de accidentați care au beneficiat de profilaxie conform metodologiei;

FIȘA DE SUPRAVEGHERE A ACCIDENTULUI POST EXPUNERE LA PRODUSE BIOLOGICE A PERSONALULUI SANITAR

Nr. Fișa

JUDEȚUL :

LOCALITATEA

UNITATEA SANITARĂ

SECȚIA/COMPARTIMENTUL

SPCIN da/nu

medic epidemiolog da/nu

Inițialele CNP

CATEGORIA PROFESIONALĂ

DATA NAȘTERII : SEX

Vechimea în activitatea profesională

Vechimea în serviciul actual

Data și ora accidentului

Data și ora declarării

Statusul vaccinal HVB : vaccinat complet cu 3 doze ; în curs de vaccinare; nevaccinat

CIRCUMSTANȚELE ACCIDENTULUI

Locul producerii accidentului

Gest de rutină /situație de urgență

Câte ore a lucrat înainte de accident

Primele îngrijiri de urgență aplicate da/nu

Dacă da, timpul scurs de la accident până la aplicare

NATURA EXPUNERII

Înțepare ac : da/nu tipul acului....

Tăiere da/nu

Dacă da : superficial

Profund

Proiecție sânge da/nu

lichide biologice da/nu , tipul lichidului biologic

locul proiecției: ochi, față , piele lezată

Cantitatea de produs biologic la care a fost expus accidentatul : mică(sub 5 ml) , medie (sub 50 ml) , mare (peste 50 ml).

Timpul de contact cu produsul biologic :

mai puțin de 5 min., între 5-14 min., între 15 min-1 ora și peste o oră.

Alt tip de expunere:

Denumirea procedurii efectuate în momentul accidentului

MECANISMUL ACCIDENTULUI:

autoaccidentare

accidentare de către un coleg

accidentare de către un pacient

alte mecanisme

PREVENIREA

APLICARE PU : DA/NU ; DACĂ NU, DE CE?

Echipament de protecție :

Mănuși da/nu, nu este cazul nr. perechi utilizate

Mască

Halat

Protector facial

Alte

Cum credeți că acest accident ar fi putut fi prevenit ?

INFORMAȚII DESPRE SURSA ACCIDENTULUI

NECUNOSCUȚĂ da/nu

CUNOSCUȚĂ da/nu

Pacient (status imunologic confirmat prin date de laborator)

STATUS HIV

•• cunoscut, pozitiv, în tratament da/nu, dacă da, precizați tratamentul:.....

•• negativ

•• necunoscut, aparține grup de risc da/nu ,dacă da ce grup de risc

STATUS VHB

•• cunoscut, pozitiv antigen HBs, în tratament da/nu, dacă da, precizați tratamentul:.....

•• negativ

••necunoscut, aparține grup de risc da/nu ,dacă da ce grup de risc

STATUS VHC

- cunoscut, pozitiv, în tratament da/nu, dacă da, precizați tratamentul:.....
- negativ

ATITUDINEA ÎN CAZ DE ACCIDENT

Măsuri imediate : da/nu, dacă nu, de ce?

Spălare cu apă și săpun: da/nu

Antiseptic : da/nu, dacă da, care:

Testul HIV rapid: da/nu, dacă nu, de ce?

Examenе serologice: da/nu

anterior accidentului da/nu

inițiate cu ocazia accidentului:

- HIV ELISA da/nu
- Antigen HBs da/nu
- Anticorpi anti HBs da/nu
- Anticorpi antiHV da/nu
- Altele

Tratament profilactic: da/nu , dacă da, pentru ce:

Data începerii tratamentului:

Comentarii:

Cine a completat fișa (numele prenumele , funcția în clar)

Data:

FIȘA UNITĂȚII SANITARE

Numele Unității Sanitare

Nr. Total paturi

Nr. Total pacienți spitalizați/

Nr.total consultații :

Număr zile de spitalizare

Nr. Total personal medico sanitar pe spital din care:

pe secții : medici, asistente, personal auxiliar, tehnic,

- **medici rezidenți, elev/elevi la școala sanitară postliceală, studenți, alte...**

SPCIN da/nu, medic epidemiolog da/nu

Protocol de asigurare a îngrijirilor de urgență, în caz de expunere accidentală la produse biologice

1. ÎN CAZ DE EXPUNERE CUTANATĂ :

- se spală imediat locul cu apă și săpun și apoi se clătește, după care
- se utilizează un antiseptic, cu timp de contact minim 5 minute : soluție clorigenă diluată 1/10, compus iodat în soluție dermică, alcool 70⁰ sau alt dezinfectant cutanat

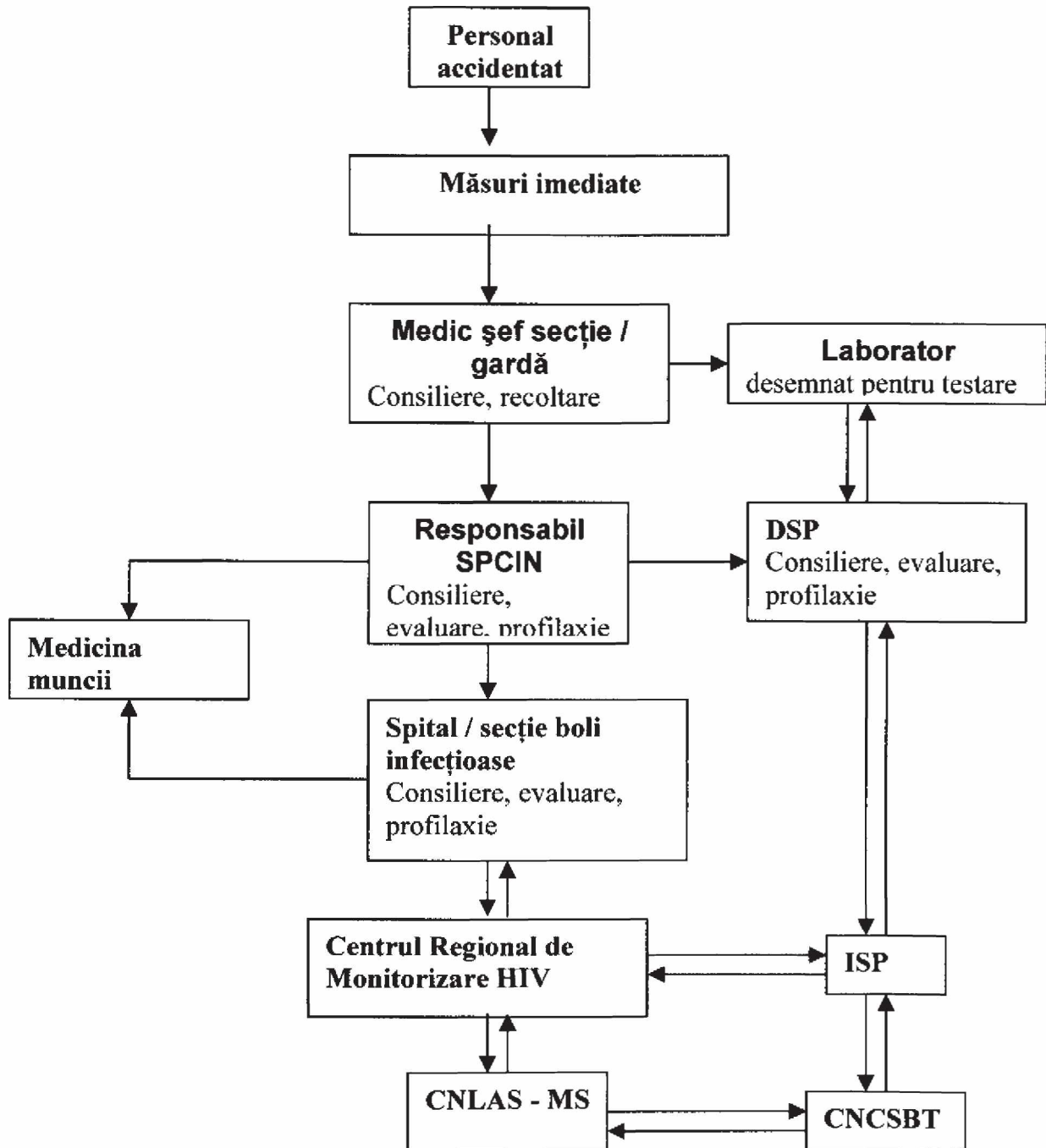
2. ÎN CAZ DE EXPUNERE PERCUTANĂ :

- se spală imediat locul cu apă și săpun și apoi se clătește, după care
- se utilizează un antiseptic, cu timp de contact minim 5 minute : soluție clorigenă diluată 1/10, compus iodat în soluție dermică, alcool 70⁰ sau alt dezinfectant cutanat
- *interzisă sângerarea deoarece poate crea microleziuni care pot accelera difuziunea virusului.*

3. ÎN CAZ DE EXPUNERE A MUCOASELOR :

- spălare abundentă timp de 5 minute cu ser fiziologic sau cu apă în cazul absenței acestuia.

Algoritm de circulație a informației în cazul expunerii profesionale accidentale la sânge și produse biologice



ACTE ALE COMISIEI DE SUPRAVEGHERE A ASIGURĂRILOR

COMISIA DE SUPRAVEGHERE A ASIGURĂRILOR

DECIZIE**privind autorizarea funcționării ca broker de asigurare a Societății Comerciale „Safeguard Broker de Asigurare-Reasigurare” — S.R.L.**

În conformitate cu prevederile Legii nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare, și ale normelor emise în aplicarea acestora,

În baza hotărârii Consiliului Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor din data de 22 august 2006, prin care s-a aprobat cererea Societății Comerciale „Safeguard Broker de Asigurare-Reasigurare” — S.R.L. de obținere a autorizației de funcționare ca broker de asigurare,

Comisia de Supraveghere a Asigurărilor d e c i d e:

Art. 1. — Societatea Comercială „Safeguard Broker de Asigurare-Reasigurare” — S.R.L., cu sediul social în municipiul Arad, bd. Gheorghe Magheru bl. 367, et. 6, ap. 24, județul Arad, nr. de ordine în registrul comerțului J02/925 din 19 mai 2006, cod unic de înregistrare 18686514, este autorizată să funcționeze ca broker de asigurare, având ca obiect de activitate numai activitatea de broker de asigurare, conform prevederilor Legii nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 2. — Societatea comercială prevăzută la art. 1 are dreptul de a practica activitatea de broker de asigurare începând cu data înregistrării în Registrul brokerilor de asigurare.

Art. 3. — Societatea comercială prevăzută la art. 1 are obligația de a prezenta Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor copii ale documentelor care atestă plata ratelor primei de asigurare aferente contractului de asigurare de răspundere civilă profesională, pe măsura achitării acestora.

Președintele Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor,

Angela Toncescu

București, 28 august 2006.

Nr. 114.378.

★

RECTIFICĂRI

În cuprinsul Ordinului președintelui Agenției Naționale a Funcționarilor publici nr. 7.101/2006 privind delegarea competenței de a organiza concursuri de recrutare pentru ocuparea unor funcții publice de conducere, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 741 din 30 august 2006, se face următoarea rectificare (care aparține Redacției „Monitorul Oficial”, Partea I):

— la art. 1 alin. (2), în loc de: „... *i s-a delegat competența...*” se va citi: „... *s-a delegat competența...*”.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București, C.U.I. 427282; Atribut fiscal R,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 318.51.29/150, fax 318.51.15, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, fax 410.77.36 și 410.47.23
Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948368 119352