

CONCURS PENTRU OCUPAREA POSTURILOR DE REGISTRATORI MEDICALI
DEBUTANTI

VARIANTA 2

BAREM DE CORECTARE

1) PACHETUL DE SERVICII DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA
(ORDIN NR.397 - NORME METODOLOGICE DIN 27.03.2018 A HG 140/2018)

- ANEXA 1B

20 puncte

1,20/punct

B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- 1.1. servicii medicale curative
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilaxie
- 1.3. servicii medicale la domiciliu
- 1.4. servicii medicale adiționale
- 1.5. activități de suport
- 1.6. servicii de administrare de medicamente

1.1. Servicii medicale curative:

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9

la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008

pentru aprobarea Normelor metodologice

de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006

, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor și dacă este cazul asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu. Serviciile se acordă atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet sau la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu.

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice, care cuprinde următoarele activități:

- a. anamneză, examenul clinic general;
- b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- c. recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;
- d. manevre de mică chirurgie, după caz;
- e. stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienico-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- f. bilet de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie;
- g. recomandare pentru tratament de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;
- h. recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii și preventorii, după caz;
- i. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;
- j. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

1.1.2.1. Consultațiile la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecțiuni cronice se vor acorda conform recomandărilor medicale, iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecțiuni cronice/asigurat se decontează maxim două consultații.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, precum și data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală și tratamentul prescris, dacă este cazul.

1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
 - b) continuitatea terapiei;
 - c) screeningul complicațiilor;
 - d) educația asiguratului și /sau a aparținătorilor privind îngrijirea și autoîngrijirea.
- Consultațiile cuprind, după caz, activitățile de la punctele a.-j. prevăzute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/asigurat se decontează o consultație pe lună.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astmul bronșic; boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC și boală cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) Evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include trei consultații la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului, recomandare pentru investigații paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) Monitorizarea pacientului cuprinde doua consultații programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament și o nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice; inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneza; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; bilet de trimitere pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, microalbuminurie, EKG;

Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto-îngrijire.

NOTĂ: Pentru inițierea și ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice.

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii - screening-ul complicațiilor/afectarea organelor țintă; tratament/ajustarea medicației, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea medicației cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere - management de caz, pentru investigații paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric creatinină serică, microalbuminurie, EKG, dozare proteină urinară, în funcție de nivelul de risc; bile de trimitere - management de caz, în funcție de nivelul de risc pentru consultație de specialitate la cardiologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, oftalmologie, nefrologie sfaturi igienico-dietetice și educație pentru auto-îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

I. Nivel de risc scăzut: SCORE < 1 plus $155 < \text{LDL-C} < 190 \text{ mg/dl}$ și/sau $140/90 < \text{TA} < 160/99$ (TAS și/sau TAD)

II. Nivel de risc mediu: SCORE < 5 plus $\text{LDL-C} > 70 \text{ mg/dl}$ și/sau $160/90 < \text{TA} < 179/109$ și/sau 1-2 FRS

III. Nivel de risc înalt și foarte înalt: SCORE > 5 și/sau $\text{LDL-C} > 100 \text{ mg/dl}$ și/sau $\text{TA} > 180/110$, și/sau afectarea organelor țintă, și/sau boală renală și/sau prezența concomitentă a DZ și/sau ≥ 3 FRS

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: stratificarea nivelului de severitate; întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; trimitere pentru investigații paraclinice/explorări funcționale: hemoleucogramă completă, spirometrie, peak-flowmetrie, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz;

Inițierea intervențiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viață - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronșic - ținta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile:

a.1.1. astm bronșic controlat - limitarea simptomelor diurne și a consumului de beta2 agonist la nevoie în ≤ 2 ocazii/săptămână, absența simptomelor nocturne, fără limitarea activității, funcție pulmonară normală, absența exacerbărilor;

a.1.2. astm bronșic parțial controlat - limitarea simptomelor diurne și a consumului de beta2 agonist la nevoie în > 2 ocazii/săptămână, prezența simptomelor nocturne, funcție pulmonară $< 80\%$ din valoarea cea mai bună (sau prezisă), cu limitarea activității, cu una/mai multe exacerbări în ultimul an;

a.1.3. astm bronșic necontrolat - trei sau mai multe caracteristici de astm bronșic parțial controlat prezente în orice săptămână plus o exacerbare.

Inițierea medicației la pacientul nou diagnosticat se face cu medicație de treapta II sau III, funcție de intensitatea simptomelor.

a.2. Pentru BPOC - ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toți pacienții: educație intensivă pentru renunțare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viață, vaccinare antigripală;

a.2.2. toți pacienții cu BPOC confirmați spirometrie și încadrați în stadiul de severitate I - II c dispnee - inițiere terapie de linia I (bronhodilatator cu durată scurtă de acțiune - uneori) sau de linia I (bronhodilatator cu durată lungă de acțiune - dacă este necesar)

a.2.3. bilet de trimitere la medicul de specialitate - pacienții cu BPOC confirmați spirometrie și încadrați în stadiul de severitate III și IV pentru inițiere terapie combinată respectiv oxigenoterapie sau/și pacienți cu suspiciune de BPOC, pentru confirmare diagnostică

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii și identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educația pacientului privind boala, evoluția ei, înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizărilor lor, înțelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunțarea la fumat; evaluarea complianței la tratament și ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronșic - ținta terapeutică - controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - ținta terapeutică - renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, în funcție de severitate - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: spirometrie, hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere - management de caz, în funcție de severitate - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz.

Educația pacientului: sfaturi pentru modificarea stilului de viață: fumat, dietă, activitate fizică +/-consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea complianței la recomandările terapeutice, cu atenție sporită la complianța la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcție de filtratul glomerular, albuminurie și boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice și întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale și personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale și al co-morbidităților relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investigații paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, examen sumar de urină, albumină/creatinină urinară, ecografie de organ - renală; bilet de trimitere pentru consultație de specialitate la nefrolog a pacienților cu risc mediu-mare (raport albumină/creatinină peste 300 mg/g, eRFG mai mic de 45 mL/min sau hematurie microscopică de cauză non-urolologică), hipertensiune arterială necontrolată.

Inițierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viață: renunțare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale

(conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG și al dislipidemiei după caz; educația pacientului pentru auto-îngrijire.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență: bilanțul periodic al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin eRFG); revizuirea medicație (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenței la programul terapeutic (dietă, medicație); bilet de trimitere - management de caz, pentru investigații paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, albumină/creatinină urinară; bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie

2) DREPTURILE PACIENTULUI LA TRATAMENT SI ÎNGRIJIRI MEDICALE (LEGEA NR.46/2003) *Operele*

CAP. VI

25 Drepturile pacientului la tratament și îngrijiri medicale

ART. 29

(1) În cazul în care furnizorii sunt obligați să recurgă la selectarea pacienților pentru anumite tipuri de tratament care sunt disponibile în număr limitat, selectarea se face numai pe baza criteriilor medicale.

(2) Criteriile medicale privind selectarea pacienților pentru anumite tipuri de tratament se elaborează de către Ministerul Sănătății și Familiei în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi și se aduc la cunoștința publicului.

ART. 30

(1) Intervențiile medicale asupra pacientului se pot efectua numai dacă există condițiile de dotare necesare și personal acreditat.

(2) Se exceptează de la prevederile alin. (1) cazurile de urgență apărute în situații extreme.

ART. 31

Pacientul are dreptul la îngrijiri terminale pentru a putea muri în demnitate.

ART. 32

Pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material și de sfaturi pe tot parcursul îngrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, în măsura posibilităților, mediul de îngrijire și tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.

ART. 33

Pacientul internat are dreptul și la servicii medicale acordate de către un medic acreditat din afară spitalului.

ART. 34

(1) Personalul medical sau nemedical din unitățile sanitare nu are dreptul să supună pacientul nici unei forme de presiune pentru a-l determina pe acesta să îl recompenseze altfel decât prevăd reglementările de plată legale din cadrul unității respective.

(2) Pacientul poate oferi angajaților sau unității unde a fost îngrijit plăți suplimentare sau donații, cu respectarea legii.

ART. 35

(1) Pacientul are dreptul la îngrijiri medicale continue până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare.

(2) Continuitatea îngrijirilor se asigură prin colaborarea și parteneriatul dintre diferitele unități medicale publice și nepublice, spitalicești și ambulatorii, de specialitate sau de medicina generală, oferite de medici, cadre medii sau de alt personal calificat. După externare pacienții au dreptul la serviciile comunitare disponibile.

ART. 36

Pacientul are dreptul să beneficieze de asistența medicală de urgență, de asistența stomatologică de urgență și de servicii farmaceutice, în program continuu.

**3) ENUMERATI RUBRICILE NECESARE COMPLETARII FORMULARULUI
FOCG (ORDIN NR.1490/2010)** *20 puncte*

1/100 La anexa nr. 3 "Instrucțiuni privind completarea formularului Foaie de observație clinică generală (FOCG)", punctele 3, 8 și 10 vor avea următorul cuprins:

"3. Rubricile se completează și se codifică astfel:

3.1. Județul și localitatea se referă la spital; codul județului se va face alfabetic pe județele țării, codificându-se conform listei din anexa care face parte integrantă din prezentele instrucțiuni cu 01 (județul Alba) și în continuare până la 42 (municipiul București).

3.2. Spitalul și secția se trec și se codifică după nomenclatorul unităților sanitare aprobate de Ministerul Sănătății și Familiei [conform Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare].

3.3. Numărul de înregistrare al FOCG este unic pe spital și se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieșiri pentru spitalizarea continuă; numerotarea începe cu 00001 la data de 1 ianuarie a fiecărui an; numai în FOCG a nou-născutului se va completa și nr. FOCG a mamei, chiar dacă nu există rubrică separată, special destinată acestui scop.

3.4. «Întocmit de» - se trece numele medicului care a întocmit FOCG și se aplică parafa acestuia.

3.5. CNP - se completează pe baza buletinului de identitate sau a certificatului de naștere sau a permisului de conducere, pentru cei care nu au buletin de identitate.

3.6. Sexul - se înscrie litera M (masculin) sau F (feminin).

3.7. Data nașterii se codifică în căsuțele respective cu 01-31 (ziua), 01-12 (luna), 2002 și în continuare pentru anul calendaristic respectiv.

3.8. Domiciliul legal - județul, localitatea, sectorul - pentru municipiul București, urban/rural, strada și numărul etc. se completează pe baza buletinului de identitate.

3.9. Reședința corespunde cu județul, localitatea, sectorul etc. unde locuiește în prezent persoana spitalizată și se completează, de asemenea, pe baza buletinului de identitate.

3.10. Cetățenia - se bifează în căsuța corespunzătoare pe baza documentelor de identitate și se înscrie pentru cetățenii străini țara de origine.

3.11. Greutatea la naștere se completează la nou-născuți și copii până la vârsta de un an.

3.12. Ocupația - se trece în căsuța alăturată codul ocupației (de la 1 la 8).

3.13. Locul de muncă se completează de pe dovada eliberată de unitatea unde este angajată persoana respectivă.

3.14. Nivelul de instruire - se trece în căsuța alăturată codul pentru nivelul de instruire (de la 1 la 9).

3.15. Statut asigurat - se completează pe baza documentelor care atestă calitatea de asigurat, după cum urmează:

- a) asigurare voluntară - pentru cei care au o asigurare privată;
- b) neasigurat - pentru pacienții care nu au nici asigurare CNAS, nici asigurare voluntară;
- c) asigurat CNAS - pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie facultativă, prin Eurocard sau acord internațional.

3.16. Tip asigurare - se completează numai pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare CNAS, astfel:

- a) se bifează «Obligatorie» - pentru cetățenii români sau străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare;
- b) se bifează «Eurocard» - pentru cetățenii străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare;
- c) se bifează «Asigurare facultativă» - pentru cetățenii români sau străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare;
- d) se bifează «Acorduri internaționale» - pentru persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

3.17. CAS - se completează pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie și asigurare facultativă.

3.18. Categorie asigurat - se completează numai pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie și se înscrie codul corespunzător în căsuța alăturată, astfel:

- a) se bifează categoria «salariat» pentru persoanele care plătesc contribuția la asigurările sociale de sănătate în condițiile legii;
- b) se bifează «coasigurat» - categoria «Persoane aflate în întreținere» se referă la soțul, soția și părinți fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
- c) se bifează categoria «pensionar» pentru pensionarii cu venituri din pensii până la limita supusă impozitului pe venit;
- d) se bifează «copil» pentru persoanele cu vârsta de până la 18 ani;
- e) se bifează «elev, ucenic, student (18-26 de ani)» pentru tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni; ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă;
- f) se bifează categoria «ajutor social» pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;
- g) se bifează categoria «gravidă/lehuze» numai pentru persoanele gravide și lehuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul minim brut pe țară (conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare). Pentru femeile gravide/lehuze care nu se încadrează în această categorie se bifează exclusiv categoria de asigurat din care face parte;
- h) se bifează «veteran», «revoluționar», «handicapat», numai pentru asigurații care nu realizează venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de legile speciale prin care li se stabilește această calitate, precum și cele provenite din pensii;
- i) se bifează «alte categorii» pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurare menționate pe biletul de trimitere, menționându-se categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale (Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950-1961, cu modificările și completările ulterioare, Decretul-lege nr. 118/1990 privind

acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începerea de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat);

j) se bifează «PNS» și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care este inclus în program;

k) se bifează «șomaj» pentru persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj.

3.19. Criteriu de internare - se completează conform criteriilor aprobate prin hotărârea de Guvern de aprobare a contractului-cadru.

4) EXTERNAREA SECȚIUNEA MEDICAL CM

Operare

Externarea unei F.O. (Pacient) internat presupune accesare Ferestrei de Caz, apăsarea butonului „Modifica” și completare Secțiunii de externare.

4.1. Date Externare F.O.

1160 In cadrul secțiunii de externare de la nivelul Ferestrei de Caz se vor completa următoarele informații, astfel:

- „Tip Externare” – selectat din lista derulanta, conform opțiunilor predefinite;

- „Stare Externare” – selectat din lista derulanta conform opțiunilor predefinite;

- „Data Externare” – completarea datei de externare – implicit este data curentă, care va calcula în mod automat numărul de zile de internare pentru cazul care urmează a fi externat;

- „Ora Externare” – completarea orei de externare – implicit ora calculatorului;

- „Data operare Bilet de Externare” – data Biletului de Externare;

- „Rezultat” – Epicriza care se va tipări pe Biletul de Externare ;

Apăsarea butonului „Salveaza”, după finalizarea modificărilor, va însemna și modificarea statusului cazului curent în F.O. externată.

4.2. Date Bilet Externare - tiparire Bilet Externare

Apăsarea butonului „Tipareste” de la nivelul Ferestrei de Caz va deschide un submeniu de selectare a tipului de tipizat care urmează a fi tipărit. Se va alege „Bilet de Externare”, care va afișa pentru tipărire Biletul de Externare.

4.3. Verificare Date Finalizare Caz

Finalizare Cazului, înseamnă pregătire acestuia pentru raportarea către instituții (DRG, SIUI). Apăsarea butonului „Verifica” de la nivelul Ferestrei de Caz va face o verificare a completitudinii și corectitudinii înregistrărilor cazului curent, pentru raportare, și va afișa un mesaj explicit privind modul de corectare sau

completare. Finalizarea cazului va însemna marcarea fără erori a opțiunii „Finalizat” din Fereastra de Caz. Doa F.O. finalizate vor putea fi raportate către institutii.

4.4. Decont Final

4.4.1. Decont Final Consumuri

Selectare opțiunii „**Decont Consumuri**” va afișa un Raport de Decont cu valorile de consum neinfluențate de condițiile contractuale, pentru cazul curent. Acest Decont de consumuri, pentru o F.O. externată, afișează valoarea reală a valorilor decontabile pentru cazul de îngrijire și este obligatoriu la cerere, conform O.G.

4.4.2. Decont Final – după externarea Pacientului

Selectare opțiunii „**Decont Final**” (posibilă doar după externarea pacientului) va deschide o Fereastră de vizualizare, pentru analiza consumurilor înregistrate, în strânsă legătură cu Pachetul de Baza (Order-Set) contractat. Pentru vizualizarea condițiilor contractuale și/sau atasarea unui contract care să aplice condițiile de incluziune sau reduceri peste consumurile afișate, se va apăsa butonul „**Contract**”. În mod normal o internare are deja un contract salvat anterior.

5) SISTEMUL DE OPERARE WINDOWS – SUPRAFAȚA DE LUCRU

20 penele



2. Sistem de operare WINDOWS – suprafața de lucru

Suprafața de lucru este punctul de pornire, respectiv ceea ce vedeți afișat la punerea în funcțiune a calculatorului și lansarea în execuție a sistemului Windows. Acest ecran de deschidere asigură accesul la toate programele și fișierele din calculatorul dumneavoastră.

Fundalul suprafeței de lucru este suprafața pe care sunt plasate **pictogramele**.

Pictogramele de pe suprafața de lucru asigură accesul la programele, dosarele și fișierele frecvent utilizate.

Unele **pictograme** sunt afișate în mod prestabilit.

Butonul Start reprezintă locul de unde accesați programele și deschideți dosarele și fișierele.

Bara de sarcini afișează butoane pentru deschiderea ferestrelor și a programelor. Partea din bara de sarcini numită **bara de stare** afișează ora, data calendaristică și pictogramele programelor care rulează.

Partea de **bară de instrumente** din **bara de sarcini** asigură accesul rapid la programe.

4. Microsoft Word – Crearea unui document nou

Meniu: File -> New...

Panou de activitate (Task Pane): New Document