

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 4 A

RAPORTUL DE EVALUARE PENTRU AVIZARE A CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ

Nr. _____ din _____

Încheiat de către subsemnații: _____ în calitate de membru al Comisiei Județene de Avizare și reavizare a Cabinetelor e Practică Independentă și _____ în calitate de reprezentant al OAMGMAMR Filiala _____, numit prin decizia nr. _____, cu ocazia evaluării **CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL GENERALIST**, situat în (adresa) _____, al titularului _____.

În conformitate cu prevederile ORDINUL M.S. Nr. 1454 din 2 decembrie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, s-au constatat următoarele:

Au fost solicitate spre avizare următoarele servicii de îngrijiri medicale pentru a fi furnizate prin cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist:

(Se vor bifa în ☐ serviciile solicitate spre avizare și dotările existente).

- ☐ servicii de îngrijiri medicale autonome;
- ☐ servicii de îngrijiri medicale delegate exclusiv la prescripția medicului;
- ☐ servicii de îngrijiri medicale delegate, exclusiv la prescripția medicului, cu condiția ca un medic să poată interveni în orice moment;
- ☐ servicii de îngrijiri medicale delegate, la prescripția și în prezența unui medic;
- ☐ alte servicii:
- ☐ educație medicală pentru asistenții medicali și alte categorii de personal din rețeaua sanitară;
- ☐ instruire, educație, prevenire și de screening în domeniul asistenței medicale primare și a comunității;
- ☐ screening, prevenire și educație cu privire la igienă, sănătate individuală și colectivă;
- ☐ screening, educație, prevenire pentru boli cu transmitere sexuală, boli profesionale, boli cu potențial endemo-epidemic, practici care creează dependență (alcool, tutun, droguri);
- ☐ educație privind comportamentele sexuale;
- ☐ informare și educație în domeniile: nutriție, sănătate mentală, folosirea medicamentelor, stresul, obezitatea, boli cardiovasculare, cancer, accidente etc.;
- ☐ informare și educație a populației pentru adoptarea de comportamente și stiluri de viață sănătoase;
- ☐ participare la activități de cercetare multidisciplinară.

Dotarea minimă pentru efectuarea acestor servicii:

1.1. Mobilier:

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

- ☐ canapea de consultații;
- ☐ dulap pentru aparatură, echipamente și consumabile sanitare;
- ☐ dulap pentru papetărie;
- ☐ birou;
- ☐ scaune.

1.2. Aparatură medicală

1.2.1. Aparatură medicală pentru servicii de îngrijiri generale:

- ☐ tensiometru cu manometru;
- ☐ stetoscop;
- ☐ termometru;
- ☐ cântar de persoane;
- ☐ taliometru.

1.2.2. Aparatură medicală pentru servicii de îngrijiri specifice:

- ☐ trusă de mică chirurgie sterilă de unică folosință sau instrumentar chirurgical sterilizabil (pense Pean, Kocher, anatomice, chirurgicale, mâner pentru lame de bisturiu, foarfece chirurgicale) și
- ☐ cutie instrumente (în acest caz este necesară existența în dotare a unui aparat de sterilizare);
- ☐ trusă de prim ajutor și medicație de urgență;
- ☐ suport perfuzii;
- ☐ seringă Guyon;
- ☐ glucometru plus teste;
- ☐ pulsoximetru.

1.2.3. Aparatură medicală pentru servicii furnizate la domiciliu:

- ☐ tensiometru cu manometru;
- ☐ stetoscop;
- ☐ termometru;
- ☐ trusă de mică chirurgie sterilă de unică folosință sau
- ☐ instrumentar chirurgical sterilizabil (pense Pean, Kocher, anatomice, chirurgicale, mâner pentru lame de bisturiu, foarfece chirurgicale) și cutie instrumente;
- ☐ geantă medicală cu trusă de prim ajutor și medicație de urgență;
- ☐ suport perfuzii;
- ☐ seringă Guyon.

1.3. Consumabile sanitare:

- ☐ seringi și ace de toate dimensiunile;
- ☐ truse perfuzie;
- ☐ branule;
- ☐ fluturași;
- ☐ garou;
- ☐ vată;
- ☐ plasturi rotunzi după recoltare;
- ☐ leucoplast pânză/mătase;
- ☐ tăvițe renale de unică folosință;
- ☐ pansamente sterile;
- ☐ fașe;
- ☐ antiseptice;
- ☐ abeslanguri sterile (spatule de lemn);
- ☐ vacutainere;

- ☐ pipe Guedel;
- ☐ lame bisturiu;
- ☐ dezinfectanți pentru suprafețe și pentru instrumentar;
- ☐ dispensă și dozator săpun;
- ☐ recipiente pentru colectarea deșeurilor.

1.4. Echipamente de protecție:

- ☐ halate de protecție;
- ☐ măști de unică folosință;
- ☐ mănuși examinare nesterile de unică folosință;
- ☐ mănuși chirurgicale sterile;
- ☐ role hârtie pentru pat;
- ☐ cearceaf de pat din cauciuc;
- ☐ aleze.

OBSERVAȚII: _____

Față de cele de mai sus, constatăm că dotarea minimă a cabinetului este **CORESPUNZĂTOARE / NECORESPUNZĂTOARE** furnizării serviciilor medicale menționate în cererea de avizare a CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL GENERALIST.

Întocmit într- un exemplar care rămâne la titularul cabinetului, copia legalizată a acestuia va fi depusă de titularul cabinetului la OAMGMAMR Filiala _____ - Comisia Județeană de Avizare a Cabinetelor de practică independentă.

COMISIA DE EVALUARE

(nume, prenume și semnătură)

(nume, prenume și semnătură)

TITULAR CABINET

(nume, prenume și semnătură)

Aparatura medicală din dotare va fi însoțită de documente de proveniență pe numele cabinetului sau a reprezentantului legal al acestuia, în cazul în care aparatura este închiriată se va înscrie în Raport termenul contractului, urmând ca reprezentantul legal să anunțe Comisia de avizare a filiaei O.A.M.G.M.A.M.R. despre orice modificare a dotării minime în maxim 10 zile lucrătoare.

ANEXA 4 B

**RAPORT DE EVALUARE
PENTRU AVIZARE A CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ**

Nr. _____ din _____

Încheiat de către subsemnații: _____ în calitate de
membru al Comisiei Județene de Avizare a Cabinetelor e Practică Independentă și
_____ în calitate de reprezentant al OAMGMAMR
Filiala _____, numit prin decizia nr. _____, cu ocazia evaluării
CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE MOAȘĂ, situat în
(adresa) _____
_____, al titularului _____
_____.

***În conformitate cu prevederile ORDINUL M.S. Nr. 1454 din 2 decembrie 2014
pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de
asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim
independent, s-au constatat următoarele:***

**Au fost solicitate spre avizare următoarele servicii de îngrijiri medicale pentru a fi
furnizate prin cabinetul de practică independentă a profesiei de moașă:**

(Se vor bifa în ☐ serviciile solicitate spre avizare și dotările existente).

- ☐ servicii de îngrijiri medicale autonome;
- ☐ servicii de îngrijiri medicale delegate exclusiv la prescripția medicului;
- ☐ servicii de îngrijiri medicale delegate, exclusiv la prescripția medicului, cu condiția ca un medic să poată interveni în orice moment;
- ☐ servicii de îngrijiri medicale delegate, la prescripția și în prezența unui medic;
- ☐ alte servicii:
- ☐ asigurarea unei bune informări și consilierea în materie de planificare familială;
- ☐ instruire, educație, prevenire și de screening în domeniul asistenței medicale de obstetrică și ginecologie;
- ☐ activități de formare profesională în cadrul Programului de educație medicală continuă;
- ☐ de screening, de prevenire și educație cu privire la igienă, sănătate individuală și colectivă;
- ☐ screening, de educație, de prevenire pentru boli cu transmitere sexuală, boli profesionale, boli endemice, practici care creează dependență (alcool, tutun, droguri);
- ☐ educație privind comportamentele sexuale;
- ☐ informare și educație în domeniile: nutriție, sănătate mentală, folosirea medicamentelor, stresul, obezitatea, BCV, cancer, accidente etc.;
- ☐ promovarea nașterii naturale și încurajarea populației să adopte comportamente și stiluri de viață sănătoase;
- ☐ participarea la activități de cercetare multidisciplinară.

Dotarea minimă pentru efectuarea acestor servicii:

1.1. Mobilier:

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

- ☐ masă ginecologică;
- ☐ canapea de consultații;
- ☐ dulap pentru aparatură, echipamente și consumabile sanitare;
- ☐ dulap pentru papetărie;
- ☐ birou;
- ☐ scaune.

1.2. Aparatură medicală:

1.2.1. Aparatură medicală pentru servicii de îngrijiri generale:

- ☐ tensiometru cu manometru și stetoscop biauricular;
- ☐ stetoscop obstetrical;
- ☐ termometru;
- ☐ taliometru și panglică metrică;
- ☐ pelvimetru;
- ☐ aparat de sterilizare;
- ☐ cântar adulți, cântar pentru copil;
- ☐ sursă de oxigen sau tub de oxigen.

1.2.2. Aparatură medicală pentru servicii de îngrijiri specifice:

- ☐ trusă ginecologică plus trusă de mică chirurgie sterilă de unică folosință sau instrumentar chirurgical sterilizabil (pense Pean, Kocher, anatomice, chirurgicale, mâner pentru lame de bisturiu, foarfece chirurgicale, valve vaginale, speculum vaginal) plus cutie instrumente (în acest caz este necesară existența în dotare a unui aparat de sterilizare);
- ☐ glucometru plus teste;
- ☐ trusă de prim ajutor și medicație de urgență;
- ☐ suport perfuzii;
- ☐ pulsoximetru.

1.2.3. Aparatură medicală pentru servicii furnizate la domiciliu:

- ☐ tensiometru cu manometru;
- ☐ stetoscop biauricular plus stetoscop obstetrical;
- ☐ pelvimetru;
- ☐ panglică metrică;
- ☐ cântar de teren;
- ☐ termometru;
- ☐ geantă medicală cu trusă de prim ajutor și medicație de urgență;
- ☐ suport perfuzii;
- ☐ trusă ginecologică;
- ☐ trusă de mică chirurgie sterilă de unică folosință sau instrumentar chirurgical sterilizabil (pense Pean, Kocher, anatomice, chirurgicale, mâner pentru lame de bisturiu, foarfece chirurgicale, speculum vaginal de unică folosință) plus cutie de instrumente.

1.3. Consumabile sanitare:

- ☐ seringi și ace de toate dimensiunile de unică folosință;
- ☐ truse perfuzie;
- ☐ branule;
- ☐ fluturași;
- ☐ garou;
- ☐ vată;
- ☐ plasturi rotunzi după recoltare;
- ☐ leucoplast pânză/mătase/omnifix elastic;

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

- ☐ tăvițe renale de unică folosință;
- ☐ pansamente sterile;
- ☐ fașe;
- ☐ vacutainere;
- ☐ lame bisturiu;
- ☐ recipient recoltă examen bacteriologic;
- ☐ dezinfectanți pentru suprafețe și pentru instrumentar;
- ☐ dispensă și dozator săpun;
- ☐ saci și recipiente pentru colectarea deșeurilor.

1.4. Echipamente de protecție:

- ☐ halate de protecție;
- ☐ măști de unică folosință;
- ☐ capeline de unică folosință;
- ☐ mănuși de examinare nesterile de unică folosință;
- ☐ mănuși chirurgicale sterile;
- ☐ role hârtie pentru pat;
- ☐ cearceaf de pat cauciucat;
- ☐ aleze;
- ☐ ochelari de protecție.

OBSERVAȚII: _____

Față de cele de mai sus, constatăm că dotarea minimă a cabinetului este **CORESPUNZĂTOARE / NECORESPUNZĂTOARE** furnizării serviciilor medicale menționate în cererea de avizare a CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE MOAȘĂ.

Întocmit într- un exemplar care rămâne la titularul cabinetului, copia legalizată a acestuia va fi depusă de titularul cabinetului la OAMGMAMR Filiala _____ - Comisia Județeană de Avizare a Cabinetelor de practică independentă.

COMISIA DE EVALUARE

(nume, prenume și semnătură)

(nume, prenume și semnătură)

TITULAR CABINET

(nume, prenume și semnătură)

Aparatura medicală din dotare va fi însoțită de documente de proveniență pe numele cabinetului sau a reprezentantului legal al acestuia, în cazul în care aparatura este închiriată se va înscrie în Raport termenul contractului, urmând ca reprezentantul legal să anunțe Comisia de avizare a filiei O.A.M.G.M.A.M.R. despre orice modificare a dotării minime în maxim 10 zile lucrătoare.

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 4 C

RAPORT DE EVALUARE PENTRU AVIZARE A CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ

Nr. _____ din _____

Încheiat de către subsemnații: _____ în calitate de membru al Comisiei Județene de Avizare a Cabinetelor e Practică Independentă și

_____, în calitate de reprezentant al OAMGMAMR Filiala _____, numit prin decizia nr. _____, cu ocazia evaluării **CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL SPECIALITATEA IGIENĂ ȘI SĂNĂTATE PUBLICĂ**, situat în (adresa)

_____ al titularului _____.

În conformitate cu prevederile ORDINUL M.S. Nr. 1454 din 2 decembrie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, s-au constatat următoarele:

Au fost solicitate spre avizare următoarele servicii de îngrijiri medicale pentru a fi furnizate prin cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical specialitatea igienă și sănătate publică:

(Se vor bifa în ☐ serviciile solicitate spre avizare și dotările existente).

- ☐ servicii de îngrijiri medicale autonome;
- ☐ servicii de îngrijiri medicale delegate exclusiv la prescripția medicului;
- ☐ servicii de îngrijiri medicale delegate, exclusiv la prescripția medicului, cu condiția ca un medic să poată interveni în orice moment;
- ☐ servicii de îngrijiri medicale delegate, la prescripția și în prezența unui medic;
- ☐ alte servicii:
- ☐ realizarea de acțiuni de formare profesională în cadrul activităților de evaluare și promovare a sănătății și educației pentru sănătate;
- ☐ activități de formare profesională în cadrul programului de educație medicală continuă;
- ☐ participarea la procesul de formare a viitorilor asistenți medicali de igienă și sănătate publică;
- ☐ instruirea diferitelor categorii de personal în vederea însușirii și respectării normelor de protecția muncii și a măsurilor de aplicare a acestora;
- ☐ participarea la activitățile de cercetare în domeniul medical și al îngrijirilor de sănătate;
- ☐ participarea și/sau inițierea de activități de cercetare în domeniul medical și al îngrijirilor pentru sănătate.

Dotarea minimă pentru efectuarea acestor servicii:

1.1. Mobilier:

- ☐ dulap pentru aparatură, echipamente și consumabile sanitare;
- ☐ dulap pentru papetărie;

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

- ☐ birou;
- ☐ scaune;
- ☐ frigider;
- ☐ geantă frigorifică dotată cu baterii de gheață.

1.2. Aparatură medicală;

- ☐ metru;
- ☐ luxmetru.

1.3. Consumabile sanitare:

- ☐ tampoane SNF;
- ☐ spatule;
- ☐ coprorecoltoare;
- ☐ urocultoare;
- ☐ cutii petri;
- ☐ medii transport;
- ☐ colectoare;
- ☐ sonometru;
- ☐ recipiente pentru recoltare probe de apă și alimente.

1.4. Echipamente de protecție:

- ☐ halate de protecție;
- ☐ măști.

OBSERVAȚII: _____

Față de cele de mai sus, constatăm că dotarea minimă a cabinetului este **CORESPUNZĂTOARE / NECORESPUNZĂTOARE** furnizării serviciilor medicale menționate în cererea de avizare a CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL SPECIALITATEA IGIENĂ ȘI SĂNĂTATE PUBLICĂ.

Întocmit într- un exemplar care rămâne la titularul cabinetului, copia legalizată a acestuia va fi depusă de titularul cabinetului la OAMGMAMR Filiala _____ - Comisia Județeană de Avizare a Cabinetelor de practică independentă.

COMISIA DE EVALUARE

(nume, prenume și semnătură)

(nume, prenume și semnătură)

TITULAR CABINET

(nume, prenume și semnătură)

Aparatura medicală din dotare va fi însoțită de documente de proveniență pe numele cabinetului sau a reprezentantului legal al acestuia, în cazul în care aparatura este închiriată se va înscrie în Raport termenul contractului, urmând ca reprezentantul legal să anunțe Comisia de avizare a filiaei OAMGMAMR despre orice modificare a dotării minime în maxim 10 zile lucrătoare.

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 4 D

RAPORT DE EVALUARE PENTRU AVIZARE A CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ

Nr. _____ din _____

Încheiat de către subsemnații: _____ în calitate de membru al Comisiei Județene de Avizare a Cabinetelor e Practică Independentă și

_____, în calitate de reprezentant al OAMGMAMR Filiala _____, numit prin decizia nr. _____, cu ocazia evaluării **CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL SPECIALITATEA LABORATOR**, situat în (adresa) _____

_____, al titularului

În conformitate cu prevederile ORDINUL M.S. Nr. 1454 din 2 decembrie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, s-au constatat următoarele:

Au fost solicitate spre avizare următoarele servicii de îngrijiri medicale pentru a fi furnizate prin cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical specialitatea laborator:

(Se vor bifa în ☐ serviciile solicitate spre avizare și dotările existente).

- ☐ servicii de îngrijiri medicale autonome;
- ☐ alte servicii:
- ☐ activități de formare profesională în cadrul Programului de educație medicală continuă;
- ☐ participarea la procesul de formare a viitorilor asistenți medicali de laborator.

Dotarea minimă pentru efectuarea acestor servicii:

1.1. Mobilier:

- ☐ canapea pentru consultație;
- ☐ dulap pentru aparatură, echipamente și consumabile sanitare;
- ☐ dulap pentru papetărie;
- ☐ birou;
- ☐ scaune.

1.2. Aparatură medicală:

- ☐ cronometru;
- ☐ glucometru;
- ☐ stativ pentru VSH (viteza de sedimentare a hematiilor);
- ☐ vacutainere pentru recoltare de sânge în vederea determinării vitezei de sedimentare a hematiilor și a hemogramei.

1.3. Consumabile sanitare:

- ☐ teste rapide pentru H. pylori (Helicobacter pylori), ASLO (antistreptolizina), CRP (proteina C reactivă), FR (factor reumatoid), VDRL (test de depistare a sifilisului), HIV (virusul imunodeficienței umane), Ag (proteine sanguine), Hbs (test de depistare hepatita tip B), Anti HCV (test de depistare hepatită tip C);
- ☐ lamele;
- ☐ lame;
- ☐ seringi și ace de toate dimensiunile de unică folosință;
- ☐ hârtie de filtru;
- ☐ stripuri de urină;
- ☐ vată;
- ☐ alcool sanitar;
- ☐ dezinfectanți pentru suprafețe și pentru instrumentar;
- ☐ dispensă și dozator săpun;
- ☐ recipiente pentru colectarea deșeurilor.

1.4. Echipamente de protecție:

- ☐ halate de protecție;
- ☐ mănuși de unică folosință.

OBSERVAȚII: _____

Față de cele de mai sus, constatăm că dotarea minimă a cabinetului este **CORESPUNZĂTOARE/NECORESPUNZĂTOARE** furnizării serviciilor medicale menționate în cererea de avizare a CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL SPECIALITATEA LABORATOR.

Întocmit într- un exemplar care rămâne la titularul cabinetului, copia legalizată a acestuia va fi depusă de titularul cabinetului la OAMGMAMR Filiala _____ - Comisia Județeană de Avizare a Cabinetelor de practică independentă.

COMISIA DE EVALUARE

(nume, prenume și semnătură)

(nume, prenume și semnătură)

TITULAR CABINET

(nume, prenume și semnătură)

Aparatura medicală din dotare va fi însoțită de documente de proveniență pe numele cabinetului sau a reprezentantului legal al acestuia, în cazul în care aparatura este închiriată se va înscrie în Raport termenul contractului, urmând ca reprezentantul legal să anunțe Comisia de avizare a filiaei OAMGMAMR despre orice modificare a dotării minime în maxim 10 zile lucrătoare.

ANEXA 4 E

**RAPORT DE EVALUARE
PENTRU AVIZARE A CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ
Nr. _____ din _____**

Încheiat de către subsemnații: _____ în calitate de membru al Comisiei Județene de Avizare a Cabinetelor e Practică Independentă și

_____, în calitate de reprezentant al OAMGMAMR Filiala _____, numit prin decizia nr. _____, cu ocazia evaluării **CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL SPECIALITATEA BALNEOFIZIOTERAPIE**, situat în (adresa) _____

al titularului _____.

În conformitate cu prevederile ORDINUL M.S. Nr. 1454 din 2 decembrie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, s-au constatat următoarele:

Au fost solicitate spre avizare următoarele servicii de îngrijiri medicale pentru a fi furnizate prin cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical specialitatea balneofizioterapie:

(Se vor bifa în ☐ serviciile solicitate spre avizare și dotările existente).

- ☐ servicii de îngrijiri medicale autonome;
- ☐ servicii de îngrijiri medicale delegate exclusiv la prescripția medicului specialist de balneofizioterapie și recuperare medicală, conform fișei de tratament;
- ☐ alte servicii: inițierea, organizarea sau participa la acțiuni în următoarele domenii:
- ☐ educație medicală pentru asistenții medicali și alte categorii de personal de sănătate;
- ☐ instruire, educație, prevenire și de screening în domeniul asistenței medicale primare și a comunității;
- ☐ screening, prevenire și educație cu privire la igienă, sănătate individuală și colectivă;
- ☐ screening, educație, prevenire pentru boli cu transmitere sexuală, boli profesionale, boli endemice, practici care creează dependență (alcool, tutun, droguri);
- ☐ informare și educație a populației pentru adoptarea de comportamente și stiluri de viață sănătoase;
- ☐ cercetare în domeniul asistență medicală și participare la activități de cercetare multidisciplinară;
- ☐ participarea la activități de cercetare multidisciplinară.

Dotarea minimă pentru efectuarea acestor servicii:

1.1. Mobilier:

- ☐ canapea de consultații;
- ☐ dulap pentru aparatură, echipamente și consumabile sanitare;
- ☐ dulap pentru papetărie;

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

- ☐ birou;
- ☐ scaune.

1.2. Pentru cabinetul de proceduri de electroterapie

1.2.1. Echipament pentru terapia în câmp magnetic de joasă frecvență:

- ☐ echipament pentru terapia cu radiații/unde electromagnetice (radiații luminoase, radiații infraroșii, radiații ultraviolete);
- ☐ echipament pentru terapia cu ultrasunete.

1.2.2. Încăperi special boxate pentru posturi de regulă individuale cu paturi și aparate electromedicale

1.2.3. Prize speciale și dublă legare la pământ

1.2.4. Amplasarea separată a posturilor de tratament dotate cu aparatură medicală care utilizează curent de înaltă frecvență de cele care utilizează curent de medie frecvență

1.2.5. Mobilier:

- ☐ 2 paturi,
- ☐ mese pentru aparate, fabricate din materiale electroizolante – lemn;

1.2.6. Caloriferele protejate prin grătare de lemn

1.2.7. Ventilarea mecanică în combinație cu cea naturală

1.3. Pentru cabinetul de proceduri pentru terapia căilor respiratorii:

- ☐ echipament pentru inhaloterapie (aparate de aerosoli, aparate de respirație în presiune intermitentă, echipament pentru drenaj bronhic și echipament pentru oxigenoterapie);
- ☐ aparate pentru respirație în presiune intermitentă.

1.4. Pentru cabinetul de kinetoterapie :

- ☐ sală cu 4 - 5 metri pătrați de lucru pentru fiecare pacient;

1.4.1. Dotări standard:

- ☐ oglinzi;
- ☐ spalieri;
- ☐ saltele;
- ☐ bănci.

1.4.2. Echipamente specifice

1.4.3. Cabinet de termoterapie:

- ☐ parafină;
- ☐ infraroșu.

1.5. Cabinet de masoterapie

- ☐ pat masaj.

1.6. Cabinet de hidroterapie - poate fi amenajat în funcție de posibilitățile locale ale fiecărui cabinet și în condițiile legii.

1.6.1. Aparatură medicală pentru servicii de îngrijiri generale:

- ☐ tensiometru cu manometru;
- ☐ stetoscop;
- ☐ termometru;
- ☐ cântar de persoane;
- ☐ taliometru.

1.6.2. Aparatură medicală pentru servicii de îngrijiri specifice:

- ☐ trusă de mică chirurgie;
- ☐ trusă de prim ajutor și medicație de urgență.

1.6.3. Echipamente de protecție:

- ☐ halate de protecție;

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

- ☐ măști UF;
- ☐ mănuși chirurgicale sterile;
- ☐ role hârtie pentru pat;
- ☐ cearceaf de pat din cauciuc;
- ☐ aleze.

OBERVAȚII: _____

Față de cele de mai sus, constatăm că dotarea minimă a cabinetului este **CORESPUNZĂTOARE / NECORESPUNZĂTOARE** furnizării serviciilor medicale menționate în cererea de avizare a CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL SPECIALITATEA BALNEOFIZIOTERAPIE.

Întocmit într- un exemplar care rămâne la titularul cabinetului, copia legalizată a acestuia va fi depusă de titularul cabinetului la OAMGMAMR Filiala _____ - Comisia Județeană de Avizare a Cabinetelor de practică independentă.

COMISIA DE EVALUARE

(nume, prenume și semnătură)

(nume, prenume și semnătură)

TITULAR CABINET

(nume, prenume și semnătură)

Aparatura medicală din dotare va fi însoțită de documente de proveniență pe numele cabinetului sau a reprezentantului legal al acestuia, în cazul în care aparatura este închiriată se va înscrie în Raport termenul contractului, urmând ca reprezentantul legal să anunțe Comisia de avizare a filiaei OAMGMAMR despre orice modificare a dotării minime în maxim 10 zile lucrătoare.

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 4 F

RAPORT DE EVALUARE
PENTRU AVIZARE A CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ
Nr. _____ din _____

Încheiat de către subsemnații: _____ în calitate de
membru al Comisiei Județene de Avizare a Cabinetelor e Practică Independentă și
_____ în calitate de reprezentant al OAMGMAMR
Filiala _____, numit prin decizia nr. _____, cu ocazia evaluării
CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL
SPECIALITATEA RADIOLOGIE, situat în (adresa) _____,
_____, al titularului
_____.

În conformitate cu prevederile ORDINUL M.S. Nr. 1454 din 2 decembrie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, s-au constatat următoarele:

Au fost solicitate spre avizare următoarele servicii de îngrijiri medicale pentru a fi furnizate prin cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical specialitate radiologie:

(Se vor bifa în ☐ serviciile solicitate spre avizare și dotările existente).

- ☐ servicii autonome;
- ☐ servicii delegate exclusiv la prescripția medicului;
- ☐ servicii delegate, la prescripția și în prezența unui medic;
- ☐ alte servicii:
- ☐ activități de formare profesională în cadrul Programului de educație medicală continuă;
- ☐ participarea la procesul de formare a viitorilor asistenți medicali de radiologie și tehnicieni de imagistică medicală;
- ☐ instruirea diferitelor categorii de personal în vederea însușirii și respectării normelor de protecția muncii și a măsurilor de aplicare a acestora.

Dotarea minimă pentru efectuarea acestor servicii:

1.1. Mobilier

- ☐ dulap pentru aparatură, echipamente și consumabile sanitare;
- ☐ dulap pentru papetărie;
- ☐ birou;
- ☐ scaune.

1.2. Aparatură medicală pentru serviciile specifice de radiologie dentară:

- ☐ aparat radiologic pentru radiografii dentare;
- ☐ OPT (ortopantomograf);
- ☐ mașina de dezvoltat Drystar sau tancuri speciale cu soluții de dezvoltat filme radiologice;
- ☐ PC.

1.3. Consumabile sanitare:

- ☐ filme radiologice dentare;
- ☐ vată;
- ☐ alcool sanitar;
- ☐ dezinfectanți pentru suprafețe și pentru instrumentar;
- ☐ leucoplast pânză/mătase/omnifix elastic;
- ☐ saci și recipienți pentru colectarea deșeurilor;
- ☐ plicuri pentru filme dentare;
- ☐ CD-uri;
- ☐ soluții de dezvoltat filme radiologice.

1.4. Echipamente de protecție:

- ☐ halate de protecție;
- ☐ mănuși de unică folosință;
- ☐ șort de protecție cu plumb pentru gravide;
- ☐ șort cu plumb pentru protecția tiroidei.

OBSERVAȚII: _____

Față de cele de mai sus, constatăm că dotarea minimă a cabinetului este **CORESPUNZĂTOARE / NECORESPUNZĂTOARE** furnizării serviciilor medicale menționate în cererea de avizare a CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL SPECIALITATEA RADIOLOGIE.

Întocmit într- un exemplar care rămâne la titularul cabinetului, copia legalizată a acestuia va fi depusă de titularul cabinetului la OAMGMAMR Filiala _____ - Comisia Județeană de Avizare a Cabinetelor de practică independentă.

COMISIA DE EVALUARE

(nume, prenume și semnătură)

(nume, prenume și semnătură)

TITULAR CABINET

(nume, prenume și semnătură)

Aparatura medicală din dotare va fi însoțită de documente de proveniență pe numele cabinetului sau a reprezentantului legal al acestuia, în cazul în care aparatura este închiriată se va înscrie în Raport termenul contractului, urmând ca reprezentantul legal să anunțe Comisia de avizare a filiaei OAMGMAMR despre orice modificare a dotării minime în maxim 10 zile lucrătoare.

ANEXA 4 G

**RAPORT DE EVALUARE
PENTRU AVIZARE A CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ
Nr. _____ din _____**

Încheiat de către subsemnații: _____ în calitate de
membru al Comisiei Județene de Avizare a Cabinetelor e Practică Independentă și
_____ în calitate de reprezentant al OAMGMAMR

Filiala _____, numit prin decizia nr. _____, cu ocazia evaluării
**CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL
SPECIALITATEA NUTRIȚIE ȘI DIETETICĂ**, situat în (adresa) _____

_____, al titularului _____.

În conformitate cu prevederile ORDINUL M.S. Nr. 1454 din 2 decembrie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, s-au constatat următoarele:

Au fost solicitate spre avizare următoarele servicii de îngrijiri medicale pentru a fi furnizate prin cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical specialitate nutriție și dietetică:

(Se vor bifa în ☐ serviciile solicitate spre avizare și dotările existente).

- ☐ servicii autonome;
- ☐ servicii delegate – prescriere de diete la recomandarea unui medic specialist;
- ☐ alte servicii:
- ☐ participarea la elaborarea de rapoarte privind starea de sănătate a populației;
- ☐ participarea la studiile clinice de nutriție;
- ☐ activități de formare profesională în cadrul Programului de educație medicală continuă;
- ☐ participarea la procesul de formare a viitorilor asistenți medicali de nutriție și dietetică;
- ☐ instruirea diferitelor categorii de personal în vederea însușirii și respectării normelor de lucru în unități preșcolare, școlare, medicale, de alimentație publică, industriale (producție alimentară), cazare publică (industria hotelieră, internate, cămine), saloane de înfrumusețare, baze de agrement și sportive;
- ☐ participarea la activitățile de cercetare în domeniul nutriției clinice.

Dotarea minimă pentru efectuarea acestor servicii:

1.1. Mobilier

- ☐ dulap pentru aparatură, echipamente și consumabile sanitare;
- ☐ dulap pentru papetărie;
- ☐ birou;
- ☐ scaune.

1.2. Aparatură medicală

- ☐ cântar;
- ☐ taliometru.

1.3. Consumabile sanitare

- ☐ seringi și ace de toate dimensiunile;
- ☐ tamponane;
- ☐ vată;
- ☐ spirt;
- ☐ teste rapide pentru determinarea de: glicemie, colesterol, hemoglobină glicozilată;
- ☐ dezinfectanți pentru suprafețe și pentru instrumentar;
- ☐ dispensă și dozator săpun;
- ☐ recipiente pentru colectarea deșeurilor.

1.4. Echipamente de protecție

- ☐ halate de protecție;
- ☐ măști;
- ☐ mănuși de unică folosință.

OBSERVAȚII: _____

Față de cele de mai sus, constatăm că dotarea minimă a cabinetului este **CORESPUNZĂTOARE / NECORESPUNZĂTOARE** furnizării serviciilor medicale menționate în cererea de avizare a CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL SPECIALITATEA NUTRIȚIE ȘI DIETETICĂ.

Întocmit într- un exemplar care rămâne la titularul cabinetului, copia legalizată a acestuia va fi depusă de titularul cabinetului la OAMGMAMR Filiala _____ - Comisia Județeană de Avizare a Cabinetelor de practică independentă.

COMISIA DE EVALUARE

(nume, prenume și semnătură)

(nume, prenume și semnătură)

TITULAR CABINET

(nume, prenume și semnătură)

Aparatura medicală din dotare va fi însoțită de documente de proveniență pe numele cabinetului sau a reprezentantului legal al acestuia, în cazul în care aparatura este închiriată se va înscrie în Raport termenul contractului, urmând ca reprezentantul legal să anunțe Comisia de avizare a filiei OAMGMAMR despre orice modificare a dotării minime în maxim 10 zile lucrătoare.