



HOTĂRÂRE NR. 12/14.03.2023

pentru modificarea Hotărârii Consiliului Național nr.12/27.03.2015 privind aprobarea Procedurii de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

Având în vedere prevederile Ordinului ministrului sănătății nr.1454 /2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, cu modificările și completările ulterioare

În temeiul dispozițiilor art.53 din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr.144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată cu modificări prin Legea nr.53/2014, cu modificările și completările ulterioare, coroborate cu prevederile art. 26 din Statutul Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, adoptat prin Hotărârea Adunării generale naționale a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România nr.1/2009, cu modificările și completările ulterioare,

Consiliul Național al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) întrunit în ședința din data de 14.03.2023, emite următoarea:

HOTĂRÂRE

Art. I

Procedura de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali, aprobată prin Hotărârea Consiliului național al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România nr.12/27.03.2015, se modifică după cum urmează:

1. La punctul 5 DESCRIEREA PROCESULUI, alineatul (2), litera A Eliberarea avizului prevăzut la art. 15 alin 1 din Ordinul MS nr. 1454/2014, la alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

"a) Cerere prin care titularul solicită avizul specificând serviciile de îngrijiri medicale care vor fi furnizate, după caz, de către C.I.P.I. a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical;

1. - avizul se solicită în scris de către asistentul medical generalist, asistentul medical, moașa, după caz. Formularul de cerere tip este prevăzut în Anexa 1 a prezentului document;

2.- cererea, însoțită de documentația prevăzută de dispozițiile art.15 alin.(2) se înregistrează în Registrul de evidență a avizării și reavizării C.I.P.I., în ordinea



primirii, asigurându-se evidența acestora. Modelul registrului este prevăzut în Anexa 2 a prezentului document.

2.1 - Pentru cabinetele de practică independentă înființate în temeiul Legii 31/1990 legea societăților, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cererea va fi însoțită și de următoarele documente, în copie:

- actele constitutive ale societății;
- dovada din care sa reiasă că societatea are ca obiect unic de activitate furnizarea de servicii de îngrijiri medicale (Cod CAEN -8690);
- documente justificative care sa ateste că administratorul societății comerciale sau cel puțin o treime din numărul membrilor consiliului de administrație sunt asistenți medicali generaliști/moașe/asistenți medicali (cerere de mențiuni sau statutul/contractul societății).
- certificate de membru ,însoțite de avizul anual ,ale asistenților medicali menționați mai sus.

2.2.- Pentru cabinetele de practică independentă înființate în structura asociațiilor și fundațiilor legal constituite, cererea va fi însoțită și de următoarele documente, în copie:

- actul constitutiv al asociației/fundației
- statutul asociației /fundației din care rezultă că are cuprins în obiectul de activitate furnizarea de îngrijiri medicale;
- hotărârea judecătorească de înființare;
- hotărârea statutară a organelor de conducere privind înființarea unuia sau mai multor cabinete de practică independentă.

3. Pentru serviciile de îngrijiri medicale delegate care pot fi prestate cu condiția ca un medic să poată interveni în orice moment/în prezența unui medic, titularul va depune și următoarele documente, în copie certificată pentru conformitate:

- contract de colaborare cu medicul, încheiat în condițiile legii, din care să rezulte acordul pentru prestarea serviciilor, modalitatea de executare a contractului;
- certificat de membru al medicului colaborator, avizat la zi, în specialitatea în care se solicită serviciile de îngrijiri medicale."

2. La punctul 5 DESCRIEREA PROCESULUI, alineatul (2), litera A Eliberarea avizului prevăzut la art. 15 alin 1 din Ordinul MS nr. 1454/2014, la alineatul (1), la litera g) teza a doua se modifică și va avea următorul cuprins:

"(...)

Experiența profesională dobândită poate fi dovedită printr-un document care atestă exercitarea efectivă a profesiei, cu normă întreagă sau echivalent de fracții de normă minim 5 ani, conform modelului prevăzut în anexa 8 și cu respectarea celorlalte condiții de exercitare prevăzute de lege;"

3. La punctul 5 DESCRIEREA PROCESULUI, alineatul (2) litera A Eliberarea avizului prevăzut la art. 15 alin 1 din Ordinul MS nr. 1454/2014, la alineatul (1), litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:





"j) Fișele de atribuții a postului pentru asistentul medicali generalist, moașă sau asistentul medical titular, angajat și/sau colaborator (în baza unui contract de prestări servicii), avizate de OAMGMAMR."

4. La punctul 5 DESCRIEREA PROCESULUI, alineatul (2), litera A Eliberarea avizului prevăzut la art. 15 alin 1 din Ordinul MS nr. 1454/2014, după alineatul (1) se introduce un alineat nou, alineatul (2) cu următorul cuprins:

"(2) Documentele prevăzute la alineatul (1) literele b), c) și e) vor fi prezentate și în original în vederea verificării conformității copiilor cu acestea."

5. La punctul 5 DESCRIEREA PROCESULUI, alineatul (2) litera B Eliberare aviz în caz de modificare a structurii sau activității C.I.P.I. (art. 16 Ordinul MS nr. 1454/2014), la alineatul (1), literele e) -f) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"e) Raportul cu privire la dotările minime corespunzătoare furnizării serviciilor de îngrijiri medicale pentru care se solicită reavizarea, în copie, întocmite de către Comisia Județeană de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pe teritoriul căreia funcționează cabinetul;

f) Fișele de atribuții a postului pentru asistentul medicali generalist, moașa sau asistentul medical angajat sau colaborator în cazul modificării structurii de personal, avizate de OAMGMAR;"

6. La punctul 6 DISPOZIȚII COMUNE PENTRU SITUAȚIILE DESCRISE LA PCT. A și B la alineatul (1), teza a doua se modifică și va avea următorul cuprins:

"(..) Dacă în termen de 30 zile de la solicitare documentația nu este completată, dosarul se clasează, prin decizie motivată a Președintelui."

7. La punctul 6 DISPOZIȚII COMUNE PENTRU SITUAȚIILE DESCRISE LA PCT. A și B, alineatul (6) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(6) Atunci când Comisia decide respingerea emiterii avizului, aceasta se comunică solicitantului, împreună cu motivele respingerii, în termen de maxim 30 zile, cu adresă scrisă, semnată de președintele filialei; decizia se redactează în două exemplare, unul la solicitant și unul în evidența emitentului;"

8. La punctul 7. DISPOZIȚII FINALE alineatele (2) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(2) Se interzice multiplicarea, modificarea procedurii fără acordul Președintelui și a Consiliului Național al OAMGMAMR

(4) Anexele nr. 1-8 fac parte integrantă din prezenta procedură."

9. În cuprinsul procedurii, sintagma "în copie legalizată" se modifică și se înlocuiește cu sintagma "în copie".

10. Anexa nr.1 se modifică și se înlocuiește cu anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.





11. La Anexa nr. 3 sintagma "cunoscând dispozițiile articolului 292 Cod penal" se modifică și se înlocuiește cu sintagma "cunoscând dispozițiile articolului 326 Noul Cod penal".

12. La Anexa 4A la Dotarea minima pentru efectuarea acestor servicii, la punctul 1.2.2. Aparatură medicală pentru servicii de îngrijiri specific, liniuta a 3- a se modifică și va avea următorul cuprins:

"□trusa de prim ajutor care va conține:

- set căi orofaringiene;
- balon Ruben cu măști de diferite mărimi;
- foarfeci cu vârful boante;
- garou 50 cm;
- trusă perfuzie, seringi de diferite mărimi;
- mănuși de examinare;
- atele din material plastic;
- feșe din tifon;
- vată hidrofilă;
- leucoplast;
- alcool sanitar - 200 ml;
- comprese sterile;
- rivanol soluție 1 la mie - 200 ml;
- apă oxigenată sau perogen;
- alcool iodat 200 ml;

□medicația de urgență:*

- soluții cristaloide (ser fiziologic, Ringer și glucoză 5%, glucoză 10%);
- aspirină;
- algocalmin, paracetamol;
- adrenalină;
- atropină;
- hemisuccinat de hidrocortizon;
- beta_2 mimetice inhalatorii (salbutamol, ventolin);- glucoză 33%;
- nitroglicerină spray sau tablete sublingual;
- captopril, furosemid;
- metoclopramid.

** Se administrează doar la indicația medicului"*

Art. II

Prezenta hotărâre intră în vigoare la data aprobării de către Consiliul național al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și se comunică tuturor filialelor Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

PREȘEDINTE

MIRCEA TIMOFTE





Anexa
(Anexa 1 la procedură)

**CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI INDIVIDUAL DE PRACTICĂ
INDEPENDENTĂ**

Vizat : NR. ÎNREG. _____ / _____
PREȘEDINTE FILIALĂ

Către,
Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din
România, Filiala
Comisia județeană de avizare și reavizare a Cabinetelor de Practică Independentă

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în
_____ str. _____ nr. _____ bloc _____ scara _____
etaj _____ ap. _____ telefon _____, în calitate de titular ☐ / reprezentant
legal ☐ / administrator ☐ al _____ cu sediul
social în localitatea _____ str. _____ nr. _____ bloc _____
sc. _____ ap. _____ județul _____ telefon _____ email _____ cu nr. de
înmatriculare de la Registrul Comerțului J _____ / _____ / _____ cod fiscal

vă rog să-mi aprobați eliberarea:

Avizului pentru Cabinetul de Practică Independentă PRINCIPAL / SECUNDAR

■denumirea "....."
(denumirea cabinetului este reglementată de art. 17.din O.M.S.1454/2014,)

■cu forma de organizare:

- cabinet individual de practică independentă ☐
cabinet medical asociat ☐
asociație/fundație ☐
SRL ☐

■adresa

1. localitatea..... str..... nr....., bl., ap....., sc.... et.....
(sediul / punct principal = sediul cabinetului unde se desfășoară activitatea)

2. localitatea.....str..... nr....., bl., ap....., sc.... et.....
(sediul / punct de lucru secundar = pentru cabinete care desfășoară activitate
medicală în mai multe sedii - dacă e cazul)





Personal angajat

Pentru următoarele **servicii de îngrijiri medicale**:

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea Avizului Cabinetului de practică independentă:

- ☐ **Certificatul de membru al OAMGMAMR** al titularului, însoțit de avizul anual, în copie;
- ☐ **Dovada deținerii legale a spațiului** în care urmează să funcționeze cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă, a profesiei de asistent medical, declarat ca sediu profesional al activității, în copie, precum și o declarație pe proprie răspundere din care rezultă că spațiul, pentru care se solicită avizarea nu face obiectul nici unui litigiu.
- ☐ **Regulamentul de organizare și funcționare a C.I.P.I.** a profesiei de asistent medical generalist;
- ☐ **Raportul de evaluare pentru avizarea C.I.P.I.**, întocmit de către Comisia Județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I. pe teritoriul căreia se solicită înființarea, cu privire la dotările minime corespunzătoare furnizării serviciilor de îngrijiri medicale menționate în cererea de avizare, în copie;
- ☐ **Programul de lucru al C.I.P.I.** asumat prin semnătura reprezentantului legal;
- ☐ **Documente care atestă experiența profesională dobândită a titularului C.I.P.I.** a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical;
- ☐ **Dovada achitării taxei de avizare**, stabilită prin HCN a OAMGMAMR;
- ☐ **Asigurare pentru răspundere civilă profesională suplimentară**, după caz, la valoarea riscului asigurat stabilită de OAMGMAMR;
- ☐ **Fișe de atribuții** a postului pentru asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical titular, angajat și/sau colaborator, pentru avizare.

Pentru cabinetele de practică independentă înființate în temeiul altor acte normative cererea va fi însoțită, în copie și de următoarele documente:

- actele constitutive ale societății;
- dovada din care să reiasă că societatea are ca obiect unic de activitate furnizarea de servicii de îngrijiri medicale (Cod CAEN -8690)
- documente justificative care să ateste că administratorul societății comerciale sau cel puțin o treime din numărul membrilor consiliului de administrație sunt asistenți medicali generaliști/moașe/asistenți medicali (cerere de mențiuni sau statutul/contractul societății).





Pentru cabinetele de practică independentă înființate în structura asociațiilor și fundațiilor legal constituite, cererea va fi însoțită și de următoarele documente, în copie:

- actul constitutiv al asociației/fundației;
- statutul asociației /fundației din care rezultă că are cuprins în obiectul de activitate furnizarea de îngrijiri medicale;
- Hotărârea judecătorească de înființare;
- Hotărârea statutară a organelor de conducere privind înființarea unuia sau mai multor cabinete de practică independentă;
- Tabel cu asistenții medicali generaliști/moașe/asistenți medicali / specialitatea care lucrează în cadrul asociației/fundației.

Prin semnarea prezentei, declar, pe proprie răspundere, că am cunoștință despre obligația de a înștiința OAMGMAMR, despre orice modificare a elementelor prevăzute în cererea de avizare și, respectiv în certificatul de avizare pe care îl voi obține, inclusiv înlocuirea sau angajarea sub orice formă a altui personal medical, în termen de 10 zile lucrătoare de la data producerii acestora.

Subsemnatul/a declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru utilizarea și prelucrarea datelor prevăzute de legislația în vigoare privind emiterea documentului solicitat prin prezenta cerere și aceste date corespund realității.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea eliberării documentului solicitat prin prezenta cerere.

☐ DA, sunt de acord

☐ NU sunt de acord

Semnătura : _____

Data : _____

Parafa _____

Date contact solicitant

Pot fi contactat/notificat la:

Adresa: localitatea str.....nr... , bl.,
ap....., sc....
telefon , e-mail.....

