

NORME
privind asigurarea conditiilor generale de igiena

Art. 1. - Incinta spitalului, toate cladirile si anexele care asigura desfasurarea activitatii, trebuie sa fie:

- a) delimitata de zonele din jur, astfel incat accesul in incinta sa fie controlat;
- b) zonata astfel incat sectoarele in care se desfasoara activitatile medicale sa fie separate de cele tehnice si gospodaresti;
- c) prevazuta cu cai de acces pietonal si pentru autovehicule;
- d) prevazuta cu o zona verde cu o suprafata de minimum 20 mp/pat;
- e) dotata cu facilitati adaptate persoanelor cu handicap fizic locomotor;
- f) dotata cu ascensoare adaptate pentru transportul cu targa/carucior al pacientilor, dupa caz, pentru toate cladirile in care se acorda servicii medicale.

Art. 2. - Distantele minime fata de alte cladiri sau surse de nocivitate din mediu vor asigura un perimetru de protectie sanitara care sa evite depasirea valorilor normate privind calitatea aerului si nivelul de zgomot exterior. Perimetrul de protectie sanitara se stabileste pe baza studiilor de impact asupra sanatatii, conform prevederilor legale in vigoare.

Art. 3. - (1) Finisajele incaperilor de spital in care stationeaza sau se deplaseaza bolnavii ori in care se desfasoara activitati medicale vor fi:

- a) lavabile;
- b) rezistente la dezinfectante si alte substante biocide, avizate pentru uz spitalicesc;
- c) rezistente la decontaminari radioactive (dupa caz);
- d) fara asperitati care sa retina praful si sa favorizeze dezvoltarea germenilor;
- e) negeneratoare de fibre sau particule care pot ramane suspendate in aer;
- f) rezistente la actiunea acizilor (in laboratoare si sali de tratamente).

(2) Se interzice folosirea materialelor de finisaj care prin alcatuirea lor sau prin modul de punere in opera pot favoriza dezvoltarea de organisme parazite (artropode, acarieni, mucegaiuri) sau a substantelor nocive ce pot periclita sanatatea omului.

(3) Este interzisa amenajarea de tavane false in spatiile frecventate de bolnavi.

(4) Unghiurile dintre pardoseala si pereti trebuie sa fie concave.

(5) Se interzice mochetarea pardoselilor sau utilizarea covoarelor.

Art. 4. - (1) Toate incaperile din spital in care au acces bolnavii vor beneficia obligatoriu de lumina naturala.

(2) La proiectarea sau reamenajarea spitalului, ferestrele din incaperile unde au acces bolnavii vor fi astfel dimensionate incat sa asigure urmatoarele rapoarte specifice intre aria ferestrelor si suprafata pardoselii, realizand un coeficient de luminozitate, cu valori de:

- a) 1/3-1/4 in sali de operatie, de nastere, de tratamente si laboratoare;
- b) 1/4-1/5 in saloane pentru alaptare, nou-nascuti, sugari si farmacii;
- c) 1/4-1/6 in cabinete de consultatii si saloane pentru bolnavi;
- d) 1/5-1/8 in spatii de lucru, bucatarii si spatii de sterilizare;
- e) 1/6-1/7 in sali de asteptare si de fizioterapie.

Art. 5. - (1) Iluminatul artificial este obligatoriu in toate incaperile

din spital unde au acces utilizatorii.

(2) Spitalul va fi dotat cu grup electrogen propriu pentru a se asigura continuarea activitatii in cazul intreruperii distributiei energiei electrice.

Art. 6. - In incaperile pentru bolnavi (saloane cu paturi, rezerve), instalatiile si corpurile de iluminat vor fi amplasate in asa fel incat sa asigure functionarea corespunzatoare a urmatoarelor sisteme de iluminat normal:

- a) iluminat general;
- b) iluminat local la pat, pentru lectura;
- c) iluminat local la pat, pentru examinarea si ingrijirea bolnavilor;
- d) iluminat pentru supraveghere in timpul noptii.

e) iluminatul artificial trebuie sa asigure o iluminare uniforma a spatiilor in care se desfasoara activitatea de asistenta medicala, sa evite efectele de palpaire (stroboscopic), fenomene de stralucire si de modificare a culorii. In acest scop, pentru iluminatul fluorescent, la fiecare corp de iluminat vor fi utilizate tuburi de cel putin doua culori diferite, prevazute cu grile protectoare pentru evitarea accidentelor.

Art. 7. - (1) In cazul in care in toate incaperile spitalului in care au acces utilizatorii nu exista sisteme mecanice autorizate de ventilatie, se vor asigura conditii pentru ventilatia prin aerisire.

(2) Pentru aerisirea permanenta pe timpul verii, ferestrele vor fi astfel construite incat sa permita deschiderea partiala a treimii sau jumatatii superioare a acestora.

Art. 8. - (1) Ventilatia mecanica a incaperilor se va asigura cu predilectie in salile de tratament al pacientilor, in unitatile de tratament intensiv, in spatiile de izolare, in blocurile de operatie si in grupurile igienico-sanitare.

(2) Este obligatorie asigurarea ventilatiei mecanice a incaperilor prin exhaustare in spatiile prevazute in normele de protectie a muncii.

(3) Pentru protectia mediului este obligatorie dotarea echipamentelor de ventilatie mecanica prin exhaustare cu dispozitivele de filtrare prevazute de norme.

(4) In cazul utilizarii aparatelor de climatizare a aerului, acestea se vor intretine conform cartii tehnice a aparatului, se va efectua controlul bacteriologic periodic, respectiv igienizarea si decontaminarea periodica si consemnarea acestor activitati in registrul de intretinere a aparatului, conform planului de prevenire si combatere a infectiilor asociate ingrijirilor medicale din unitatea sanitara.

Art. 9. - (1) Se recomanda dotarea blocurilor operatorii (cu precadere pentru compartimentele de transplant, mari arsi, chirurgie pe cord deschis, imunodepresati), a serviciilor de terapie intensiva si a unitatilor de prematuri din spitalele existente la data intrarii in vigoare a prezentelor norme cu instalatii de tratare speciala a aerului (in cazul in care spitalul nu este inca dotat cu astfel de instalatii).

(2) Pentru prevenirea contaminarii virale si bacteriene a aerului aparatele de aer conditionat trebuie sa fie dotate cu filtre HEPA si/sau filtre cu penetrare ultra-usoara (Ultra-Low Penetration-ULPA); camerele de izolare trebuie sa asigure un raport adecvat intre ventilatie si presiune pentru a preveni contaminarea mediului intraspitalicesc cu virusuri cu transmitere prin aer; directia curentilor de aer trebuie sa fie dinspre zonele curate spre cele mai putin curate; pentru a preveni refularea aerului intr-o zona curata, rata fluxului de aer printr-o usa deschisa trebuie sa fie de 0,28-0,47 m/s.

(3) Zonarea blocurilor operatorii se realizeaza dupa cerintele de asepsie:

a) zona filtrelor de acces si zona functiunilor-anexe (protocol operator, secretariat, punct de transfuzii, laborator pentru determinari de urgenta etc.) fac parte din zona „neutra”;

b) zona „curata” cuprinde camera de pregatire preoperatorie a bolnavilor, camera de trezire a bolnavilor, spatiul de lucru al asistentilor medicali,

camera de odihna pentru medici, camera de gipsare etc.;

c) zona aseptica cuprinde sala de operatie si spatiul de spalare si echipare sterila a echipei operatorii.

(4) Aparatele de aer conditionat in blocurile operatorii vor asigura filtrarea aerului in 3 trepte:

a) treapta I in amonte de unitatea de tratare primara a aerului;

b) treapta a II-a dupa ventilatorul de introducere a aerului;

c) treapta a III-a cat mai aproape de gurile de introducere a aerului in incaperea deservita.

(5) Aerul conditionat in blocurile operatorii trebuie sa asigure un schimb de aer cu o rata de 15-20 m³ pe ora pentru a asigura confortul, presurizarea adecvata, precum si a mentine un control strict al microorganismelor cu transmitere aeriana intro sala de operatii de aproximativ 40 m².

(6) Pentru salile de operatie, parametrii critici care trebuie monitorizati pentru a asigura calitatea aerului includ:

a) verificarea frecventa a eficientei filtrelor (in concordanta cu cerintele producatorului);

b) gradientul de presiune intre patul filtrului si sala de operatie;

c) numarul de schimburi de aer pe ora (minimum 15);

d) temperatura constanta intre 20°C si 22°C, iar umiditatea intre 30% si 60% pentru a inhiba multiplicarea bacteriana.

(7) Se recomanda urmarearea unui program de curatenie si dezinfectie a blocurilor operatorii, dupa cum urmeaza:

a) in fiecare dimineata, inainte de orice interventie: curatarea tuturor suprafetelor orizontale;

b) intre proceduri: curatarea si dezinfectia suprafetelor orizontale si a articolelor chirurgicale (de exemplu, mese, cosuri etc.);

c) la sfarsitul zilei de lucru: curatarea completa a blocului operator folosind substantele de curatare si dezinfectantii adecvati;

d) o data pe saptamana se recomanda inchiderea pentru curatenie atat a salii de operatie, cat si a anexelor acesteia (vestiare, camere tehnice, dulapuri etc.);

e) sterilizarea cu raze ultraviolete este indicata in dezinfectia suprafetelor netede si a aerului in boxe de laborator, sali de operatii, alte spatii inchise, pentru completarea masurilor de curatare si dezinfectie chimica.

(8) Pentru controlul infectiilor in saloanele de izolare se vor folosi sisteme specifice, dupa cum urmeaza:

a) camera presurizata standard - pentru pacienti care necesita izolare de contact sau de transmitere prin picaturi a agentilor patogeni;

b) camera cu presiune negativa - pentru pacientii care necesita izolare din cauza transmiterii prin aerosoli a microorganismelor, pentru a limita contaminarea pe calea aerului;

c) sistem separat de evacuare a aerului pentru fiecare incapere, cantitatea de aer evacuata fiind mai mare decat cea furnizata;

d) mentinerea unei rate de schimb a aerului mai mare sau egal cu 12 schimburi pe ora sau 145 l pe secunda pe pacient;

e) directionarea aerului evacuat spre exterior - in aerul atmosferic;

f) camera cu presiune pozitiva - camerele cu presiune pozitiva raportata la presiunea ambientala pentru a izola pacientii imunodepresati (in cazul bolnavilor care necesita un transplant sau al bolnavilor de cancer); scopul este de a reduce riscul de transmitere a agentilor patogeni pe calea aerului la pacientii receptivi.

(9) Pentru pacientii cu risc infectios se vor lua masuri de izolare, de indata ce se suspicioneaza o infectie transmisibila, pe baza unor protocoale scrise de instituire si de incetare a izolarii. Exista urmatoarele tipuri de izolare:

a) Izolarea protectiva - necesara in cazul pacientilor cu imunitate compromisa, acestia prezentand un risc crescut de infectare, atat de la ceilalti pacienti, cat si de contaminare prin contact cu mediul

intraspitalicesc. Masurile de izolare sunt maximale, precum in cazul pacientilor care sunt transplantati. In acest caz izolarea se realizeaza intr-un salon prevazut cu ventilatie cu presiune pozitiva si filtre HEPA, curatirea regulata a robinetelor de distributie a apei, reducerea incarcarii cu praf (inclusiv interzicerea prezentei plantelor in salon).

b) Izolarea sursei:

1. Precautiile standard, valabile pentru toti pacientii, indiferent de statusul de boala; acestea reduc riscul de transmitere al agentilor patogeni atat de la sursele cunoscute, cat si de la cele necunoscute si includ: spalatul mainilor, manusi, masca etc.

2. Precautiile aditionale care sunt dependente de diferitele moduri de transmitere.

(10) In cadrul precautiilor aditionale exista urmatoarele categorii de izolare:

a) izolarea stricta (pentru cazuri ca varicela etc.) - transmiterea se realizeaza pe calea aerului. Masuri recomandate: rezerva cu usa inchisa; manusi, masca, halat pentru toti cei care intra;

b) izolarea de contact - transmiterea se face prin contact (pentru afectiuni ca infectia cu *Clostridium difficile*, infectii cu virus sincitial respirator, scabia, escare suprainfectate, celulite, inclusiv arsuri contaminate cu microorganisme multiplu-rezistente, herpes simplex, herpes zoster). Masuri recomandate: pacientii vor fi internati intr-un salon dedicat cu un pat; in cazul in care nu este posibil, vor fi internati intr-un salon cu mai multe paturi impreuna cu alti pacienti cu aceeasi infectie/colonizare. In salon vor exista grup sanitar, chiuveta cu distribuitor de sapun lichid, prosoape de hartie, dezinfectant, manusi, protectie pentru incaltaminte si halat, pentru a reduce posibilitatea contactului, echipament medical dedicate. Aceste precautii sunt mai stricte in anumite cazuri precum infectii/colonizari cu *Enterobacterii* producatoare de carbapenemaze. Masuri recomandate: rezerva cu usa inchisa; manusi, masca, halat pentru toti cei care intra in salon, eventual anticamera (sas).

c) precautii la contactul cu picaturi de mari dimensiuni (in cazuri ca meningita sau alte infectii invazive cu meningococ sau *Haemophilus influenza* tip B, infectie urliana, gripa, tuse convulsiva, difterie, scarlatina si angina streptococica) - transmiterea se realizeaza prin picaturi, fiind posibila contaminarea mucoaselor persoanelor receptive. Masuri recomandate: cele de la izolare de contact, la care se adauga rezerva sau salon cu pacienti cu aceeasi infectie, dar cel putin 1 m distanta intre acestia; masca pentru cei care au contact apropiat;

d) precautii la contactul cu aerosoli - transmiterea se realizeaza prin picaturi de mici dimensiuni, spre exemplu, in cazul tuberculozei pulmonare sau laringiene (cand pacientul prezinta sputa BK pozitiva), rujeolei, varicelei sau in cazul efectuarii unei bronhoscopii. Picaturi mici raman in suspensie pentru perioade lungi de timp, existand pericolul sa fie purtate la distanta. Se recomanda rezerva cu un singur pacient, cu usa inchisa, cu presiune negativa si cel putin sase schimburi de aer pe ora; masca trebuie sa fie de tip respirator cu filtru. Aceleasi conditii sunt recomandate pentru pacientii infectati cu HIV care au semne de infectie respiratorie, pana la elucidarea diagnosticului etiologic.

Art. 10. - Nivelul de zgomot interior (echivalent continuu Leq) in incaperile unitatilor medicale (spital, ambulator, cabinete medicale etc.) nu va depasi valoarea de 35 dB (A) pe perioada de zi. In alte spatii in care nu se desfasoara servicii de asistenta medicala, valoarea nivelului de zgomot interior poate atinge 45 dB (A).

Art. 11. - Spitalul trebuie sa aiba asigurat accesul la apa potabila prin cel putin una dintre variantele urmatoare:

a) racord la sistem public;

b) sistem individual din sursa proprie.

Art. 12. - (1) Indiferent de sursa, calitatea apei va trebui sa corespunda normelor in vigoare.

(2) Indiferent de scop se interzice racordarea spitalului la rețele de ape industriale.

(3) Certificarea calitatii apei distribuite in interiorul spitalului se face pe baza unui plan de monitorizare a calitatii apei avizat de directia de sanatate publica teritoriala. Punctele de prelevare a apei se vor stabili de catre DSP judetene de comun acord cu Serviciul de prevenire si combatere a infectiilor nosocomiale (SPCIN), cu precadere in sectiile ce prezinta prin specificul activitatii risc crescut la infectii, precum si in blocul alimentar, spatiile de distributie a alimentelor tip bufet etc.

Art. 13. - Toate tipurile de distributie a apei imbuteliate gen dozatoare din incinta spitalului trebuie sa detina aviz sanitar conform prevederilor legale in vigoare.

Art. 14. - Se recomanda ca pentru spitalele cu peste 400 de paturi sa se prevada si o sursa proprie de apa (put-foraj). Producerea de apa potabila se supune normativelor legale in vigoare, inclusiv asigurarea perimetrelor de protectie sanitara. Calitatea apei furnizate din sursa proprie trebuie sa corespunda prevederilor Legii privind calitatea apei potabile [nr. 458/2002](#), republicata, cu modificarile ulterioare.

Art. 15. - Pentru siguranta in consum a spitalelor alimentate cu apa potabila din rețeaua publica, racordarea se va face prin doua bransamente. Pe aceste bransamente, in caminele de apometru se vor monta ventile de retinere pentru a permite circulatia apei intr-un singur sens (de la rețeaua publica spre spital).

Art. 16. - (1) Pentru asigurarea continua a necesarului de apa, spitalele vor fi dotate cu rezervoare de acumulare dimensionate astfel incat sa asigure o rezerva de consum de 1-3 zile.

(2) Rezervoarele vor fi amplasate in circuitul general al apei, astfel incat aceasta sa fie in permanenta proaspata.

(3) In afara rezervei de consum se va asigura o rezerva de apa de incendiu conform normativelor in vigoare.

Art. 17. - (1) Pentru a asigura in permanenta debitele si presiunile necesare functionarii optime a instalatiilor de alimentare cu apa si de combatere a incendiilor se vor prevedea statii de ridicare a presiunii (de pompare), racordate la rezervoarele de acumulare.

(2) Instalatiile vor fi astfel alcatuite incat sa nu permita stagnarea apei si impurificarea ei cu rugina sau microorganisme.

Art. 18. - Fiecare salon si rezerva de bolnavi, cabinet de consultatie, sala de tratamente va fi prevazut/prevazuta cu lavoar amplasat cat mai aproape de intrarea in incapere; lavoarul va fi suficient de mare pentru a preveni stropirea si va fi prevazut cu urmatoarele:

a) baterie de amestecare a apei calde cu rece, prevazuta cu robinet manevrabil cu cotul;

b) dispenser de sapun lichid;

c) suport/dispenser de hartie-prosop;

d) dispenser de lotiune pentru ingrijirea mainilor personalului (daca nu este distribuita in flacoane individuale);

e) dispenser pentru substanta dezinfectanta;

f) usile facilitatilor pentru toaleta pentru pacienti trebuie sa fie deblocabile din afara;

g) facilitatile de spalare a mainilor, cu apa calda si rece trebuie sa fie furnizate in vecinatatea imediata a tuturor toaletelor, camere separate pentru barbati si femei.

Art. 19. - Produsele, materialele, echipamentele, substantele chimice (amestecuri) care vin in contact cu apa potabila trebuie sa fie avizate/notificate conform reglementarilor legale in vigoare.

Art. 20. - (1) Alimentarea cu apa calda menajera a spitalului se face centralizat, de la centrala termica sau punctul termic propriu.

(2) Pentru mentinerea unei temperaturi constante a apei calde menajere, precum si pentru evitarea risipei de apa punctul termic va fi prevazut cu pompe pentru recircularea apei calde menajere.

Art. 21. - Apa calda se va distribui in program continuu la toate

punctele de distributie prevazute cu lavoare, cazi/cadite de baie, dusuri.

Art. 22. - Instalatia de apa calda va fi astfel construita incat sa permita accesul usor pentru dezinfectia rezervoarelor, turnurilor de racire si condensatoarelor.

Art. 23. - Masuri de rutina pentru prevenirea contaminarii microbiene cu transmitere prin apa din sistemul de distributie:

a) mentinerea temperaturii apei calde la o valoare mai mare de 51°C, si a apei reci la o valoare mai mica de 20°C; in cazul in care temperatura apei calde poate fi mentinuta la valoarea specificata trebuie luate masuri tehnice (de exemplu, valve termostactice) pentru a minimiza riscul de oparire;

b) daca temperatura apei calde este sub valori cuprinse intre 40.6°C-49°C pentru spitale sau 35°C-43.3°C pentru unitati medicale cu specific pediatric, atunci se vor avea in vedere masuri pentru a minimiza proliferarea *Legionella* spp. in sistemele de distributie a apei:

- cresterea periodica a temperaturii apei calde la peste 66°C la punctul de utilizare;
- alternativ, clorinarea apei si distribuirea ei in jet prin sistem;
- mentinerea constanta a recircularii apei calde in sistemele de distributie din zonele de ingrijire a pacientilor.

Art. 24. - (1) Apele uzate evacuate din spital sunt: menajere obisnuite (de la grupurile sanitare), menajere cu nisip, pamant si grasimi (de la bucatarie si spalatorie), acide (de la laboratoare), radioactive (de la laboratoare de medicina nucleara), contaminate cu agenti patogeni (de la sectii si laboratoare clinice), pluviale.

(2) Apele uzate din spital se colecteaza prin retele interioare separate si se evacueaza in reseaua de canalizare a incintei, dupa tratarea celor care nu corespund normativelor in vigoare, dupa cum urmeaza:

a) apele uzate cu nisip, pamant si grasimi vor fi trecute mai intai prin separator;

b) apele uzate de la sectiile de gipsare vor fi decantate in decantoare locale;

c) apele uzate radioactive vor fi decontaminate in instalatii de tratare si rezervoare de stocare, alcatuite conform prescriptiilor din norme;

d) apele uzate suspect radioactive vor fi dirijate spre rezervoare de retentie si, dupa un control al radioactivitatii, vor fi evacuate la canalizarea publica sau tratate;

e) apele uzate de la sectiile de boli infectioase si/sau de la laboratoarele care lucreaza cu produse patologice sau care prin specificul lor contamineaza apele reziduale cu agenti patogeni se vor dirija spre o statie de dezinfectie locala, in care se vor neutraliza agentii nocivi, conform normelor Ministerului Sanatatii.

Art. 25. - (1) In cazul in care spitalul este conectat direct la reseaua publica de canalizare, trebuie luate in considerare urmatoarele aspecte:

a) statia de tratare a apelor uzate trebuie sa detina o tehnologie eficienta, care sa permita indepartarea bacteriilor in procent de cel putin 90%;

b) namolul rezultat in urma tratarii apelor reziduale este supus digestiei anaerobe, scazand numarul de oua de helminti la maximum 1/l;

c) sistemul de management al apelor uzate din spital mentine un standard inalt, asigurand absenta unor cantitati semnificative de substante chimice toxice, farmaceutice, citotoxice, antibiotice in reseaua de canalizare;

d) excretiile pacientilor sub tratament cu citotoxice se recomanda sa fie colectate separat si tratate adecvat (ca si celelalte substante citotoxice).

(2) In circumstante normale, tratamentul bacteriologic secundar folosit in mod obisnuit, aplicat in mod corect, completat de digestia anaeroba a namolului, poate fi considerat suficient.

(3) Pentru spitale care nu sunt conectate la reseaua publica de canalizare direct, si ca urmare asigura pretratarea apelor uzate care comporta urmatoarele operatiuni:

a) tratamentul primar;

b) tratamentul secundar de purificare biologică - determină scăderea drastică a numărului de ouă de helminți, dar permite prezenta unor concentrații încă ridicate de bacterii și virusuri;

c) tratamentul terțiar - efluentul secundar va conține probabil cel puțin 20 mg/l materii organice în suspensie, ceea ce reprezintă o concentrație prea mare pentru ca dezinfectia prin clorinare să fie eficientă. Ca urmare se aplică tratamentul terțiar - lagunarea; dacă nu există spațiul necesar pentru crearea unei lagune, aceasta se poate înlocui cu filtrarea rapidă prin strat de nisip, care poate reduce conținutul de materii organice în suspensie sub 10 mg/l.

(4) Dezinfectia prin clorinare - se poate realiza prin tratarea efluentului terțiar cu dioxid de clor (cel mai eficient), hipoclorit de sodiu; o altă opțiune este dezinfectia cu lumină ultravioletă.

Art. 26. - Absența în zona a unor sisteme publice de canalizare se acceptă numai pentru spitale mici rurale și unele așezăminte de postcură, caz în care unitățile sanitare respective vor fi prevăzute cu instalații proprii pentru colectarea, tratarea și evacuarea apelor uzate, executate și exploatate astfel încât să nu provoace poluarea solului, a apelor sau a aerului.

Art. 27. - Pentru evacuarea apelor pluviale spitalul va dispune de instalațiile necesare care vor fi exploatate astfel încât să prevină inundarea clădirilor, subsolurilor, baltirile favorabile dezvoltării insectelor vectoare/tantarilor.

Art. 28. - Compartimentele spitalului se dotează obligatoriu cu echipamente frigorifice, după cum urmează:

a) camere reci:

- bucatăria;

- prosectura;

b) frigider tip domestic:

- maternitatea (produse imunobiologice - vaccinuri, imunoglobuline);

- unitatea de transfuzii sanguine (sange și derivate de sange, teste de laborator);

- laboratorul de analize medicale (teste);

- farmacia (specialități perisabile);

- secția de terapie intensivă;

- secțiile de spitalizare - minimum 1 frigider de cel puțin 90 de litri la 20 de paturi de spital;

c) congelatoare tip lada:

- laboratorul;

- banca de țesuturi și organe.

Art. 29. - Se va asigura depozitarea separată pentru lenjerie și echipamente murdare și curate, inclusiv facilități pentru respectarea normelor tehnice privind modul de colectare și ambalare, transport, prelucrare, depozitare și returnare a lenjeriei, cu scopul de a diminua riscurile pentru infecțiile asociate îngrijirilor medicale, de a proteja pacienții, personalul și de a preveni contaminarea mediului prin asigurarea și controlul calității, precum și prin ameliorarea continuă a calității serviciilor de spălătorie și pentru crearea confortului psihic al pacienților și personalului față de un standard hotelier normal.

Art. 30. - (1) Măsurile de igienizare trebuie să ia în considerare următoarele aspecte:

a) detalierea standardelor de igienizare în funcție de specificul fiecărei secții;

b) stabilirea orarului cu privire la frecvența acțiunilor de igienizare (curățenie);

c) asigurarea aprovizionării cu materiale necesare proceselor de igienizare;

d) stabilirea metodelor de curățare și decontaminare a echipamentelor/dispozitivelor utilizate.

(2) Igienizarea trebuie asigurată ori de câte ori există posibilitatea

contaminarii; metodele de igienizare nu trebuie sa produca aerosoli sau dispersia prafului in zonele de spitalizare a pacientilor; nu este recomandata folosirea maturilor in sectiile de terapie intensiva; solutiile de spalare trebuie sa fie proaspete, pregatite inainte de fiecare procedura de igienizare si aruncate dupa folosire; trebuie sa existe un spatiu de depozitare specific a instrumentelor si materialelor de curatenie.

(3) Igienizarea se va realiza diferit pentru:

a) pardoseala: aspirare sau curatare uscata de doua ori pe zi. Curatare umeda (mop) cu solutie de fenol 1%. Folosirea concentratiei de 2% se recomanda in cazul contaminarii evidente;

b) mobilier si canaturi/pervaze: curatare zilnica cu apa calda si detergent;

c) bazine WC si chiuvete: spalare cu detergent; in cazul contaminarii se recomanda hipoclorit 0,5%;

d) saltele si perne: acestea ar trebui acoperite de invelitori de protectie rezistente la apa, care ar trebui spalate cu detergent dupa ce pacientul se externeaza si eventual dezinfectate cu hipoclorit 0,5% daca sunt contaminate;

e) tavile pentru medicamente: se depoziteaza in dulapuri inchise sau, daca se afla in spatii deschise, se tin acoperite si la distanta de geamul deschis;

f) paturile/ramele de paturi: pentru curatarea uzuala se foloseste apa calda si detergent; se recomanda spalarea la externarea pacientului sau saptamanal, in cazul in care pacientul este spitalizat pentru mai mult timp; se recomanda folosirea solutiei de hipoclorit 0,5% daca este posibila contaminarea cu sange (spre exemplu, in sectiile de ginecologie sau urologie);

g) igienizarea rezervei in cazul unui pacient contagios: ingrijitoarea trebuie sa poarte manusi de menaj si sort; se recomanda curatarea umeda a pervazurilor, canaturilor, robinetelor si clantelor; podeaua se aspira, dupa care se spala cu detergent si solutie de fenol 1%; salteaua se stropeste cu solutie proaspata de hipoclorit 0,5%.

Art. 31. - (1) Gestionarea deseurilor rezultate din activitatea medicala in unitatile sanitare se realizeaza in conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sanatatii [nr. 1.226/2012](#) pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deseurilor rezultate din activitati medicale si a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza nationala de date privind deseurile rezultate din activitati medicale.

(2) Unitatea sanitara trebuie sa elaboreze si sa aplice planul intern de gestionare a deseurilor rezultate din activitatea medicala, in conformitate cu reglementarile legale in vigoare.

(3) Planul intern de gestionare a deseurilor rezultate din activitatea medicala cuprinde practicile de gestionare a deseurilor in unitatea sanitara, proceduri pentru situatii de urgenta, in cazul imprastierii deseurilor infectioase si chimice periculoase, instruirea personalului si planul de actiune.

(4) Unitatile sanitare care desfasoara activitati medicale si care genereaza mai putin de 300 kg de deseuri periculoase pe an nu au obligatia de a elabora planul propriu de gestionare a deseurilor medicale, ci doar de a raporta cantitatile de deseuri produse si modul de gestionare a acestora, conform reglementarilor legale in vigoare.

(5) Colectarea si separarea pe categorii a deseurilor medicale se vor realiza la locul de productie in recipiente specifice fiecarui tip de deeu in parte, cu respectarea reglementarilor legale in vigoare.

(6) Recipientele in care se realizeaza colectarea si care vine in contact direct cu deseurile periculoase rezultate din activitati medicale sunt de unica folosinta si se trateaza/elimina odata cu continutul.

(7) Deseurile nepericuloase se colecteaza in saci din polietilena de culoare neagra, inscriptiati „Deseuri nepericuloase”. In lipsa acestora se pot folosi saci din polietilena transparenti si incolori.

(8) Personalul care manipuleaza deseurile periculoase rezultate din

activitatea medicala trebuie sa poarte echipamentul de protectie corespunzator, in vederea minimizarii riscurilor ce pot aparea.

(9) Este interzisa utilizarea de catre unitatile sanitare a altor tipuri de ambalaje pentru deseurile medicale, care nu prezinta documente de certificare si testare, inclusiv pentru compozitia chimica a materialului din care este realizat ambalajul, marcajul care corespunde standardelor CE, precum si acordul producatorului/furnizorului de ambalaje.

(10) Stocarea temporara se realizeaza separat pentru deseurile periculoase si nepericuloase. Se vor respecta cu strictete conditiile functionale, igienico-sanitare, precum si timpul de stocare temporara in incinta unitatii sanitare. Durata stocarii temporare in incinta unitatii sanitare nu va depasi 48 de ore, doar daca exista un spatiu prevazut cu sistem de racire unde se asigura o temperatura mai mica de 4°C, in aceasta situatie deseurile putand fi stocate pentru o perioada de maximum 7 zile.

(11) Transportul deseurilor in incinta unitatii se va realiza pe un circuit separat de cel al pacientilor si vizitatorilor pe cat posibil, cu respectarea unui anumit interval orar. Se vor utiliza carucioare/containere mobile care vor fi dezinfectate dupa fiecare utilizare. Aceste echipamente de transport nu vor fi utilizate si in alte scopuri.

(12) Transportul extern pana la locul de tratare/eliminare finala a deseurilor periculoase medicale se va efectua de catre operatori economici autorizati in acest scop.

(13) Deseurile medicale periculoase se trateaza fie prin decontaminare termica la temperaturi scazute in incinta unitatii sanitare si in statii de tratare amplasate la nivel zonal, fie se elimina prin incinerare in incineratoare regionale, conform reglementarilor legale in vigoare.

(14) Fiecare unitate sanitara trebuie sa aiba un coordonator al activitatii de protectie a sanatatii in relatie cu mediul, certificat de catre Institutul National de Sanatate Publica - Centrul National de Monitorizare a Riscurilor din Mediul Comunitar, o data la 3 ani, ce coordoneaza si raspunde de sistemul de gestionare a deseurilor in unitatea sanitara.

(15) Unitatile sanitare sunt obligate sa asigure instruirea si formarea profesionala continua pentru angajati, cu privire la gestionarea deseurilor medicale.

(16) Unitatile sanitare, care sunt producatori de deseuri, au obligatia sa tina o evidenta interna, separata, pentru fiecare categorie de deseuri, in conformitate cu Metodologia de culegere a datelor pentru baza nationala de date privind deseurile rezultate din activitati medicale, aprobata prin ordin al ministrului sanatatii.