



# **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**

**SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ**

**ISO 9001:2008**

# **KSIĘGA JAKOŚCI**

**Opracował:**

**Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością**

**Anita Smolińska**

**Zatwierdził:**

**Prezes Zarządu G.V.M. Carint Sp. z o.o.**

**Stanisław Bartuś**

**Wersja 01**

**z dnia 03.08.2009r.**

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1> <p>G.V.M. Carint Sp. z o.o.</p>	Wersja <b>1</b>	Strona 2 z 38
--	---	--------------------	------------------

## SPIS TREŚCI

- 1. POLITYKA JAKOŚCI G.V.M. Carint Sp. z o.o.**
- 2. CHARAKTERYSTYKA DZIAŁALNOŚCI G.V.M. Carint Sp. z o.o.**
- 3. STRUKTURA ORGANIZACYJNA G.V.M. Carint Sp. z o.o.**
- 4. SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ G.V.M. Carint Sp. z o.o.**
  - 4.1. Wymagania Ogólne
    - 4.1.1. Informacje o Systemie Zarządzania Jakością
    - 4.1.2. Procesy SZJ
    - 4.1.3. Wyłączenia
    - 4.1.4. Procesy zlecane na zewnątrz
  - 4.2. Dokumenty Systemu Zarządzania Jakością
    - 4.2.1. Struktura dokumentów SZJ
    - 4.2.2. Tworzenie dokumentacji
    - 4.2.3. Nadzór nad dokumentacją
    - 4.2.4. Nadzór nad zapisami
  - 4.3. Księga Jakości
    - 4.3.1. Cel i zakres obowiązywania
    - 4.3.2. Budowa i dystrybucja Księgi Jakości
    - 4.3.3. Wprowadzanie zmian i aktualizacja
- 5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA**
  - 5.1. Zaangażowanie Kierownictwa
  - 5.2. Orientacja na Klienta
  - 5.3. Polityka Jakości
  - 5.4. Planowanie
    - 5.4.1. Cele dotyczące jakości
    - 5.4.2. Planowanie Systemu Zarządzania Jakością
  - 5.5. Odpowiedzialność, Uprawnienia i Komunikacja Wewnętrzna
    - 5.5.1. Odpowiedzialność i uprawnienia
    - 5.5.2. Przedstawiciel kierownictwa
    - 5.5.3. Komunikacja wewnętrzna
  - 5.6. Przegląd zarządzania

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1> <p>G.V.M. Carint Sp. z o.o.</p>	Wersja <b>1</b>	Strona 3 z 38
--	---	--------------------	------------------

## **6. ZARZADZANIE ZASOBAMI**

- 6.1. Zapewnienie zasobów
- 6.2. Zasoby ludzkie
- 6.3. Infrastruktura
- 6.4. Środowisko pracy

## **7. REALIZACJA USŁUGI**

- 7.1. Planowanie realizacji usługi
- 7.2. Procesy związane z klientem
  - 7.2.1. Wymagania dotyczące wyrobu
  - 7.2.2. Przegląd wymagań dotyczących wyrobu
  - 7.2.3. Komunikacja z klientem
- 7.3. Projektowanie i rozwój
- 7.4. Zakupy
- 7.5. Produkcja i dostarczanie usługi
- 7.6. Walidacja
- 7.7. Identyfikacja i identyfikowalność
- 7.8. Własność pacjenta
- 7.9. Zabezpieczenie towaru i materiałów do realizacji usług
- 7.10. Nadzorowanie przyrządów do monitorowania i pomiarów.

## **8. POMIARY, ANALIZA I DOSONALENIE**

- 8.1. Zadowolenie klienta
- 8.2. Audit wewnętrzny
- 8.3. Monitorowanie i pomiary procesów
- 8.4. Monitorowanie i pomiary usług
- 8.5. Nadzór nad usługą niezgodną
- 8.6. Analiza danych
- 8.7. Działania korygujące i zapobiegawcze

## **9. ZAŁĄCZNIKI**

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1> <p>G.V.M. Carint Sp. z o.o.</p>	Wersja <b>1</b>	Strona 4 z 38
--	---	--------------------	------------------

Niniejsza Księga Jakości ustanawia politykę jakości, zakres systemu zarządzania jakością, identyfikuje realizowane procesy i powiązania między nimi oraz przedstawia udokumentowane procedury wymagane postanowieniami normy, jak również procedury ustanowione dla sprawnej realizacji procesów.

Księga Jakości określa i opisuje system zarządzania jakością, określa kompetencje i odpowiedzialności kierownictwa oraz pracowników uczestniczących w realizacji zidentyfikowanych procesów.

**System zarządzania jakością jest zgodny z wymaganiami normy ISO 9001:2008 i obejmuje całą działalność G.V.M. Carint Sp. z o.o.**

w zakresie:

**Zapewnienie diagnostyki i leczenia chorób kardiologicznych.**

G.V.M. Carint Sp. z o.o. posiada Politykę Jakości, która została podpisana i zakomunikowana wszystkim pracownikom.

Polityka jakości będzie podlegała okresowym przeglądom pod względem jej przydatności i adekwatności.

Z celów jakości określonych w Polityce wynikają mierzalne cele dla poszczególnych procesów zidentyfikowanych w Spółce, dla których określone zostały wskaźniki pomiaru ich skuteczności.

Celem niniejszej Księgi Jakości jest również zaprezentowanie systemu zarządzania jakością pacjentom ich rodzinom oraz stronom zainteresowanym.

 G.V.M. CARINT	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 5 z 38
--	-------------------------	--------------------	------------------

## POLITYKA JAKOŚCI

### ZDROWIE PACJENTÓW NASZĄ WSPÓLNĄ SPRAWĄ

Misją naszej spółki jest świadczenie na rzecz pacjentów wysokospecjalistycznych usług medycznych w sposób profesjonalny, ukierunkowany na spełnienie ich potrzeb i oczekiwań.

**G.V.M. Carint Sp. z o.o. misję tę chce wypełniać poprzez** profesjonalną diagnostykę i kompleksowe - na najwyższym światowym poziomie - leczenie chorób kardiologicznych, przy użyciu nowoczesnego sprzętu medycznego, realizowane przez personel medyczny stale doskonalący swoje kwalifikacje i umiejętności.

Doskonaląc swoją działalność pragniemy być obdarzani zaufaniem oraz zadowalać naszych Pacjentów poprzez:

1. Utrzymywanie stałego, wysokiego poziomu opieki medycznej.
2. Inwestowanie w odpowiedzialny, kompetentny i wykwalifikowany personel.
3. Utrzymanie stałych, wysokich standardów medycznych.
4. Świadczenie usług zgodnie z odpowiednimi standardami i procedurami medycznymi obowiązującymi w kraju i na świecie, jak i wypracowanymi w firmie.
5. Stały nadzór nad sprawnością i niezawodnością sprzętu medycznego.

Zarząd **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** oświadcza, że zabezpieczył wymagane zasoby potrzebne do funkcjonowania systemu zarządzania jakością, a wszyscy Pracownicy Spółki zostali zapoznani z dokumentacją systemową i przyjęli ją do stosowania.

Prezes Zarządu

Kraków 03.06.2009r.

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 6 z 38
---	-------------------------	--------------------	------------------

## 2. CHARAKTERYSTYKA DZIAŁALNOŚCI

Nasza spółka powstała w październiku 2007 roku, łącząc ze sobą długoletnie doświadczenia międzynarodowej firmy Gruppo Villa Maria polską spółką medyczną Carint. Główną ideą utworzenia spółki jest otwieranie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w szczególności zajmujących się leczeniem inwazyjnym chorób układu sercowo-naczyniowego.

Pierwszą naszą inwestycją było utworzenie Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii NZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim. Kolejnym krokiem mającym na celu zapewnienie większej dostępności do leczenia chorób kardiologicznych było powstanie dwóch kolejnych ośrodków, tj.:

- Podkarpackiego Centrum Interwencji Sercowo-Naczyniowych NZOZ w Sanoku oraz
- Centrum Kardiologii Inwazyjnej Elektroterapii i Angiologii NZOZ w Oświęcimiu.

Celem każdego z nich jest maksymalne skrócenie czasu oczekiwania pacjentów z podległego terenu na zabiegi ratujące życie. W ramach 24-godzinnego świadczenia medycznego wykonywane są zabiegi koronarografii i koronaroplastyki w trybie pilnym u chorych ze świeżym zawałem serca. Zabiegi są przeprowadzane według najnowszych standardów, które nie wymagają długich hospitalizacji, umożliwiając w ten sposób szybką rehabilitację i w większości przypadków powrót do pełnej aktywności życiowej i zawodowej.

Zarząd Spółki podejmuje działania zmierzające do utworzenia w perspektywie najbliższych lat kolejnych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej zajmujących się leczeniem z zakresu chorób układu sercowo-naczyniowego.

Organem zarządzającym G.V.M. Carint Sp. z o.o. jest Prezes Zarządu, który odpowiada za realizację jej celów i zadań zgodnie z przyjmowanymi postanowieniami. Prezes Zarządu jest odpowiedzialny za zapewnienie, że świadczenia zdrowotne realizowane są przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach.

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 7 z 38
---	-------------------------	--------------------	------------------

### 3. STRUKTURA ORGANIZACYJNA G.V.M. Carint Sp. z o.o. – Załącznik Nr 1

### 4. SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ w G.V.M. Carint Sp. z o.o.

#### 4.1. Wymagania Ogólne

##### 4.1.1. Informacje o Systemie Zarządzania Jakością

System zarządzania jakością w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** funkcjonuje w oparciu o wymagania Normy ISO 9001: 2008. Wszystkie działania prowadzone są zgodnie z zasadami ustalonymi w obowiązującej dokumentacji systemu zarządzania jakością. Dyrektorzy/Kierownicy odpowiednich obszarów/ Pielęgniarki oraz wszyscy pracownicy **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** objęci systemem odpowiedzialni są za przestrzeganie ustalonych i przyjętych zasad.

#### **Wdrożony System Zarządzania Jakością oparty jest na:**

- Planowaniu jakości działań na tych etapach gdzie potrzeba planowania jest uzasadniona wymogami systemu zarządzania jakością,
- Podziale odpowiedzialności za nadzorowanie działań dotyczących jakości oraz określeniu uprawnień do samodzielnego podejmowania decyzji,
- Odpowiedzialności za jakość swojej pracy oraz na wdrażaniu działań korygujących na tych etapach realizacji procesów, w których taka potrzeba jest określana po dokonywanych bieżących analizach zapisów dotyczących jakości,
- Tworzeniu zbiorów informacji o jakości, ich okresowych przeglądach oraz wnioskowaniu i realizacji działań zapobiegawczych a także ocenie skuteczności wszystkich działań poprawiających jakość.

System Zarządzania Jakością dostarcza metod i narzędzi służących do spełniania wymagań wewnętrznych oraz przepisów zewnętrznych, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, między innymi poprzez:

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 8 z 38
---	-------------------------	--------------------	------------------

- ustalenie mierzalnych celów poszczególnych procesów,
- planowanie i realizację wszystkich procesów, określenie metod monitorowania i pomiarów przebiegu procesów i usługi,
- określenie sposobów zbierania i analizy danych, służących ocenie jakości pracy Zakładu oraz doskonalenia.

#### 4.1.2. Procesy w systemie zarządzania jakością

Zidentyfikowane w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** procesy zostały podzielone na :

- Procesy główne
- Procesy zarządzania
- Procesy pomocnicze

Powiązania i zależności między poszczególnymi procesami prezentuje mapa procesów stanowiąca **Załącznik Nr 2** do Księgi Jakości.

#### 4.1.3. Wyłączenia

W Systemie Zarządzania Jakością G.V.M. Carint Sp. z o.o. wyłączono:

**7.3. „Projektowanie i rozwój”** - wymagania zawarte w odnośnych punktach Normy nie znajdują zastosowania ze względu na charakter organizacji i dostarczanych przez nią usług. Wszelkie działania realizowane są w oparciu o zatwierdzone standardy postępowania klinicznego w wybranych jednostkach chorobowych jak również w oparciu o standardy postępowania pielęgniarskiego oraz wytyczne płaтника świadczeń zdrowotnych w ramach publicznych środków na ochronę zdrowia.

## 4.2. Dokumenty Systemu Zarządzania Jakością

### 4.2.1. Struktura dokumentów SZJ

Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością funkcjonującego w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** obejmuje:

- Udokumentowaną deklarację Polityki Jakości i cele jakości,
- Księgę Jakości,



	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 9 z 38
---	-------------------------	--------------------	------------------

- Udokumentowane procedury wymagane postanowieniami Normy ISO 9001:2008,
- Udokumentowane procedury merytoryczne zapewniające skuteczne planowanie, przebieg i nadzorowanie procesów głównych i pomocniczych,
- Udokumentowane instrukcje systemowe, merytoryczne i stanowiskowe,
- Zapisy z wykorzystaniem odpowiednich formularzy, druków będące dowodem skuteczności działania SZJ oraz spełniania wymagań Normy.

#### 4.2.2. Tworzenie dokumentacji

Dokumenty wymagane przez System Zarządzania Jakością **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** dzielimy na:

- Dokumenty systemowe tj: Księgę Jakości, Procedury, Instrukcje
- Dokumenty związane (zewnętrzne i wewnętrzne), tj. objęte SZJ, dotyczące wszystkich obszarów funkcjonowania Zakładu.

#### 4.2.3. Nadzór nad dokumentacją

W **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** nadzorowi podlega dokumentacja zarówno w formie papierowej jak i elektronicznej.

Nadzorem objęte są następujące rodzaje dokumentów:

- Wewnętrzne systemowe – opisujące SZJ( Księga Jakości, procedury, instrukcje),
- Wewnętrzne merytoryczne – tworzone w poszczególnych obszarach działania,
- Zewnętrzne od Klienta,
- Zewnętrzne – przepisy, normy,
- Zapisy jakości.

Zmiany w dokumentach systemowych (Księga Jakości, procedury, instrukcje) wnioskowane przez właścicieli procesów bądź osoby odpowiedzialne za dany obszar działalności, zatwierdzone przez Prezesa Zarządu może prowadzić wyłącznie Pełnomocnik SZJ.

Ewidencja wydanych egzemplarzy prowadzona przez Pełnomocnika SZJ określa, który egzemplarz nadzorowany, komu został przekazany do użytkowania określając

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 10 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

jednocześnie lokalizację dokumentów osobę odpowiedzialną za jego zabezpieczenie i przechowywanie.

Nieaktualne egzemplarze Księgi Jakości są usuwane ze wszystkich miejsc, w których były stosowane. Dla celów archiwalnych jeden egzemplarz danej wersji Księgi Jakości jest przechowywany zgodnie z przyjętymi zasadami dotyczącymi dokumentacji systemowej.

Szczegółowe zasady prowadzenia nadzoru nad dokumentacją zawiera Procedura „Nadzór nad dokumentami i danymi”, która określa sposób postępowania z powierzona do nadzorowania dokumentacją.

#### 4.2.4. Nadzór nad zapisami

W celu dostarczenia dowodów zgodności z wymaganiami oraz dowodów skutecznego funkcjonowania systemu zarządzania jakością zostały określone zasady oraz wyznaczono odpowiedzialność za ustanowienie i utrzymywanie zapisów wymaganych przez system zarządzania jakością.

Szczegółowe zasady nadzoru nad zapisami zawarte zostały w procedurze „Nadzór nad zapisami”.

W każdym dokumencie systemowym istnieje adnotacja określająca rodzaj oraz zakres zapisów podlegających nadzorowi.

W **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** ustalono sposób nadzorowania zapisów tak, aby było możliwe przedstawienie dowodów spełnienia wymaganych działań w zakresie zarządzania jakością, a także ustalanie trendów zdarzeń /zjawisk będących podstawą do inicjowania działań zapobiegawczych.

Wzory druków do sporządzania zapisów dotyczących jakości są tworzone wraz z procedurami lub instrukcjami przez autorów tych dokumentów. Wzory są załączone do oryginałów procedur/ instrukcji.

Nadzór nad zapisami dotyczy wszelkiego rodzaju zapisów wynikających z:

- realizacji usług medycznych,
- z przeglądów ofert, zamówień i umów z klientami,
- oceny, wyboru i weryfikacji dostawców,

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 11 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

- oceny stopnia zadowolenia klientów oraz ich opinii o jakości,
- działań korygujących,
- działań zapobiegawczych,
- przeprowadzanych wewnętrznych auditów jakości,
- realizacji szkoleń i oceny ich skuteczności.

Przegląd aktualności zapisów dokonywany jest raz w roku.

### 4.3. Księga Jakości

#### 4.3.1. Cel i zakres obowiązywania

Księga Jakości stanowi istotny dokument w przyjętym Systemie Zarządzania Jakością określający podstawowe elementy i działania związane z zarządzaniem Jakością w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** Jest w niej zawarta polityka jakości Organizacji, a także określony jest sposób Zarządzania Jakością i odpowiedzialność za działania jakościowe. Wyznaczony jest przedstawiciel kierownictwa odpowiedzialny za Zarządzanie Jakością. Celem Księgi Jakości jest spełnienie potrzeb wewnętrznych, prezentacja Systemu Zarządzania Jakością na zewnątrz **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** oraz wykazanie zgodności stosowanego systemu z wymaganiami normy ISO 9001:2000.

Księga Jakości przeznaczona jest m.in. dla klientów organizacji i służy budowie zaufania do jakości oferowanych usług oraz systemu ich realizacji.

#### 4.3.2. Budowa i dystrybucja Księgi Jakości

Treść Księgi Jakości jest ujęta w rozdziałach tematycznych opisujących zasady i wytyczne dla prowadzenia nadzorowanych warunków przebiegu procesów i działań oraz przynależności zadań, a także zakresu odpowiedzialności i metod postępowania. Księga opisuje sposób realizacji wymagań w odniesieniu do wszystkich elementów Normy ISO 9001:2008 **z wyłączeniem wymagań zawartych w punktach 7.3. „Projektowanie i rozwój”** Pominięcie wymagań zawartych w ww. punkcie Normy nie ma istotnego wpływu na całokształt funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** Uzasadnienie wyłączenia podano w punkcie 4.1.3 Księgi Jakości.

Wszystkie egzemplarze Księgi Jakości podlegają nadzorowi, który sprawuje Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością. Prowadzi on rozdzielnik określający

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 12 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

lokalizację poszczególnych jej egzemplarzy. Pełnomocnik przekazuje do nadzorowania poszczególne egzemplarze, zgodnie z przyjętymi zasadami dystrybucji dokumentów systemowych.

Dostęp do Księgi Jakości zapewniony jest wszystkim pracownikom **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** Decyzję o udostępnieniu Księgi Jakości na zewnątrz podejmuje Prezes Zarządu i/lub Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością.

### **Wprowadzanie zmian i aktualizacja Księgi Jakości**

Pełnomocnik ds. SZJ, nadzorując przebieg wewnętrznych auditów jakości, przeglądów systemu zarządzania w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** sprawuje bieżący nadzór nad aktualnością Księgi. Ponadto Księga Jakości podlega aktualizacji w przypadku:

- Zmiany struktury zarządzania i podziału odpowiedzialności,
- Zmiany zakresu stosowanego Systemu Zarządzania Jakością,
- Zmiany organizacji lub profilu prowadzonej działalności,
- Zmiany Statusu prawnego organizacji lub zasad postępowania w systemie jakości,
- Zaleceń audytorów wewnętrznych i zewnętrznych,
- W innych uzasadnionych przypadkach wg decyzji Pełnomocnika ds. SZJ lub Prezesa Zarządu.

## **5 . ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNICTWA**

### **5.1. Zaangażowanie Kierownictwa**

W niniejszym rozdziale Księgi przedstawiono odpowiedzialność kierownictwa w zakresie nadzorowania systemu jakości.

Prezes Zarządu **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** jest odpowiedzialny za ustanowienie, wdrożenie i utrzymanie systemu zarządzania jakością. Szczególną odpowiedzialnością są objęte: sformułowanie polityki jakości i celów jakościowych, określenie struktury organizacyjnej, wyznaczenie przedstawiciela kierownictwa, okresowy przegląd systemu zarządzania jakością w Spółce oraz zapewnienie zasobów niezbędnych do utrzymania i doskonalenia tego systemu.

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 13 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

## 5.2. Orientacja na Klienta

G.V.M. Carint Sp. z o.o. swoje działania ukierunkowuje głównie na Klienta, którym jest Pacjent jego rodzina oraz różne instytucje zewnętrzne, z którymi prowadzona jest współpraca.

Potrzeby i oczekiwania pacjentów, klientów instytucjonalnych oraz stron zainteresowanych, są podstawowym kryterium kształtowania i doskonalenia procesów realizacji usług.

Potrzeby klientów identyfikuje się głównie w oparciu o:

- identyfikację wymagań i oczekiwań pacjenta w ramach realizacji procesów związanych z diagnostyką i leczeniem.
- monitorowanie opinii pacjentów i klientów instytucjonalnych
- analizę przepisów i wymagań prawnych w zakresie ochrony zdrowia.

## 5.3. Polityka Jakości

Polityka Jakości, jako podstawowy dokument Systemu Zarządzania Jakością **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** wynika z ogólnej strategii i kierunków działania Organizacji. Opracowana została z uwzględnieniem obowiązujących zasad funkcjonowania NZOZ oraz zasad współpracy z Klientami.

Przegląd stopnia realizacji założeń Polityki Jakości odbywa się na okresowych przeglądach zarządzania, a podstawą do tego jest systematyczna analiza wymagań zawartych we wszystkich dokumentach, które regulują całokształt funkcjonowania Zakładu. Wszyscy pracownicy, zarówno aktualnie zatrudnieni jak i nowo przyjmowani są zapoznawani z treścią Polityki Jakości w ramach wewnętrznych szkoleń prowadzonych przez Pełnomocnika ds. SZJ.

## 5.4. Planowanie

### 5.4.1. Cele dotyczące jakości.

Cele jakościowe na dany rok kalendarzowy ustalane są na przeglądach Systemu Zarządzania Jakością. Podczas kolejnego przeglądu SZJ, przeprowadzana jest ich szczegółowa weryfikacja z dotychczasowej realizacji oraz

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 14 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

wskazywane są nowe kierunki działań w zakresie doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością. Cele przyjęte dla poszczególnych procesów zostały sparametryzowane poprzez przyjęcie odpowiednich wskaźników jakościowych. Monitorowane są w przyjętych okresach sprawozdawczych przez wytypowanych pracowników a wyniki analiz przedstawiane są do Pełnomocnika ds. SZJ jako podstawa do opracowania zbiorczej analizy na Przegląd Systemu Zarządzania Jakością.

#### **5.4.2. Planowanie systemu zarządzania jakością**

Zakres planowania działań w obszarze funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością obejmuje przede wszystkim:

- Przeglądy Systemu Zarządzania Jakością przeprowadzane przez Prezesa Zarządu **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** minimum raz w roku,
- Planowanie oraz przeprowadzanie wewnętrznych auditów jakości,
- Szkolenia pracowników, kadry kierowniczej i zarządzającej,
- Działania korygujące i zapobiegawcze,
- Badanie satysfakcji Klientów ,
- Doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością.

Podstawę do planowania działań stanowią przede wszystkim wyniki okresowych przeglądów zapisów z ocen i działań w Spółce, status ważności problemów (stwierdzonych niezgodności) wymagających rozwiązania, wyniki analizy zadowolenia Klientów, potrzeby rozwoju Zakładu ukierunkowane na realizację celów wynikających z Polityki Jakości.

### **5.5. Odpowiedzialność, uprawnienia i komunikacja**

#### **5.5.1. Odpowiedzialność i uprawnienia**

Odpowiedzialność i uprawnienia personelu zostały określone i przyjęte do stosowania przez personel w formie zakresów czynności.

Zakresy czynności opracowywane są w oparciu o regulamin organizacyjny oraz przepisy prawne. Postępowanie w tym zakresie nadzoruje Prezes Zarządu G.V.M. Carint Sp. z o.o.

Podział podstawowych uprawnień i odpowiedzialności przedstawia się następująco:

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 15 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

## Prezes Zarządu G.V.M. Carint Sp. z o.o.

- wytycza kierunki rozwoju **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**,
- ustala cele, politykę jakości oraz nadzoruje jej wdrażanie w całym zakresie systemu jakości,
- zapewnia warunki i środki do właściwego funkcjonowania systemu jakości gwarantującego odpowiednio wysoki i stabilny poziom jakości realizowanych usług,
- dokonuje systematycznego przeglądu systemu jakości w zaplanowanych okresach czasu w celu oceny jego aktualności, efektywności i adekwatności do kierunków rozwoju **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**,
- nadzoruje kształtowanie polityki kadrowej,
- określa aktualną strukturę organizacyjną Zakładu ,
- nadzoruje właściwą realizację inwestycji,
- kontroluje i ocenia wyniki pracy, wykorzystanie czasu i środków w celu realizacji zamierzonych zadań Zakładu,
- gwarantuje bezpieczeństwo i higienę pracy, prawidłową eksploatację sprzętu oraz przestrzeganie dyscypliny pracy,
- Podejmuje decyzje o zatrudnianiu i zwalnianiu pracowników.

### 5.5.2. Przedstawiciel kierownictwa

Obowiązki przedstawiciela kierownictwa ds. systemu zarządzania jakością w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** pełni powołany przez Prezesa Zarządu- Pełnomocnik ds. SZJ.

Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** odpowiada za:

- dokumentację systemu jakości i stopień jej aktualności,
- planowanie i przeprowadzanie auditów wewnętrznych oraz nadzorowanie działań po audicie.
- nadzorowanie funkcjonowania systemu zarządzania jakością oraz organizacyjne i merytoryczne przygotowanie przeglądów zarządzania,

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 16 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

- utrzymanie we wszystkich obszarach objętych systemem zarządzania jakością zgodności z udokumentowanymi wymaganiami oraz za doskonalenie systemu stosownie do zmieniających się warunków funkcjonowania **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**,
- przedstawianie wiarygodnych informacji Prezesowi Zarządu **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**, o zagrożeniach w funkcjonującym systemie jakości, by w porę mogły być podjęte stosowne środki zapobiegawcze i korygujące.

**Jest uprawniony do:**

- wnioskowania i nadzorowania realizacji działań korygujących oraz zapobiegawczych w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**,
- nadzorowania zapisów dotyczących jakości,
- reprezentowania **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** na zewnątrz w sprawach systemu zarządzania jakością, w tym w kontaktach z organizacją certyfikującą.

### 5.5.3. Komunikacja wewnętrzna

W celu skutecznej i efektywnej realizacji polityki jakości, celów jakości oraz wszystkich wymagań, Prezes Zarządu **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** określił i wdrożył sposób komunikowana się w organizacji.

Komunikacja wewnętrzna odbywa się na drodze opisanej w procesach, procedurach i instrukcjach systemu zarządzania jakością i służy zaangażowaniu wszystkich pracowników w realizację polityki i celów jakości oraz doskonaleniu funkcjonowania organizacji.

Komunikacja jako jeden z ważniejszych elementów wpływających na skuteczność działania przebiega przy użyciu różnych technik, np: zarządzenia, komunikaty, ogłoszenia, e-maile, itp.

### 5.6. Przegląd zarządzania

Celem przeglądu systemu jakości dokonywanego przez Prezesa Zarządu **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** jest ocena jego zgodności z udokumentowanymi wymaganiami i celami zawartymi w Polityce Jakości, ocena czy środki i sposoby osiągnięcia celów są



	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 17 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

wystarczające, a także zapewnienie systematycznego rozwoju i poprawy efektywności systemu.

Nadzór nad realizacją przeglądów oraz działań po przeglądach sprawuje Pełnomocnik SZJ.

W **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** stosowane są dwa rodzaje przeglądów:

- planowane, przeprowadzane 1 raz w roku,
- doraźne - pozaplanowe, przeprowadzane stosownie do potrzeb.

Za organizację przeglądów odpowiada Pełnomocnik ds. SZJ, który wraz z Prezesem Zarządu ustala termin i zakres tematyczny przeglądu oraz skład osobowy. Przeglądowi przewodniczy zawsze Prezes Zarządu **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**.

Materiały i dane niezbędne do przeglądu przygotowuje Pełnomocnik oraz wskazani przez Pełnomocnika ds. SZJ pracownicy. Materiały i dane dotyczą głównie:

- realizacji polityki jakości i osiągnięcia zaplanowanych celów jakościowych, w tym także wyników finansowych,
- formalnej oceny zgodności udokumentowania i funkcjonowania systemu jakości z wymaganiami Normy, Księgi Jakości i procedurami, przeprowadzanej m.in. na podstawie wewnętrznych auditów jakości oraz rozliczenia zadań z poprzedniego przeglądu,
- skuteczności podjętych inicjatyw korygujących i zapobiegawczych w zakresie jakości,
- wprowadzania nowych rozwiązań organizacyjnych,
- planowania zmiany struktury działań statutowych i ich zakresu,
- opinii klientów o jakości usług świadczonych przez **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**

Zapis ustaleń jest dokonywany w protokole z przeglądu.

Osoby odpowiedzialne za odpowiedni obszar w stosunku, do których zostały podjęte w trakcie przeglądu systemu jakości ustalenia, są odpowiedzialne za zaplanowanie i wdrożenie przyjętych ustaleń zawartych w protokole. Pełnomocnik ds. SZJ, jeśli uzna za stosowne, przeprowadza audyty wewnętrzne dla oceny skuteczności tych działań. Efektywność tych działań jest oceniana podczas następnych przeglądów.

 G.V.M. CARINT	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 18 z 38
--	-------------------------	--------------------	-------------------

## 6. ZARZĄDZANIE ZASOBAMI

### 6.1. Zapewnienie zasobów

Za zapewnienie odpowiednich zasobów do prawidłowego funkcjonowania Zakładu, efektywnego funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością przy uwzględnieniu wszystkich jego elementów włącznie z doskonaleniem oraz spełnieniem wymagań klientów i stron zainteresowanych, odpowiedzialny jest Prezes Zarządu.

Na podstawie polityki jakości, prognoz oraz rocznych analiz ekonomicznych Prezes Zarządu w sposób ciągły prowadzi identyfikację i zapewnia niezbędne zasoby do skutecznego i wydajnego funkcjonowania Zakładu.

Zapewnienie zasobów odbywa się na drodze ustaleń i decyzji pomiędzy poszczególnymi pracownikami w oparciu o dokumentację elektroniczną, papierową, ustalenia i dyspozycje ustne. Zapewnienie zasobów ma na celu zapewnienie ciągłości działania Organizacji oraz jej systematycznego rozwoju.

### 6.2. Zasoby ludzkie

Za dobór pracowników na odpowiednie stanowiska w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** odpowiada Prezes Zarządu. Decyzja o przyjęciu pracownika do pracy w NZOZ podejmowana jest na podstawie:

- wykazu posiadanych kwalifikacji, kompetencji, umiejętności adekwatnych do oferty pracy,
- wyników rozmowy kwalifikacyjnej przeprowadzonej przez Prezesa Zarządu bądź wyznaczoną przez niego osobę.

Pracownicy **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** są świadomi istoty i ważności swoich działań i tego, w jaki sposób przyczyniają się do osiągnięcia celów jakości, a świadczy o tym wysoki poziom identyfikacji z Zakładem. Kompetencje, umiejętności, poziom wiedzy są systematycznie analizowane przez Kierownictwo, a wyniki tych analiz stanowią podstawę do planowania szkoleń. Celem kierowania pracownikami Zakładu na szkolenia jest podniesienie kwalifikacji zawodowych, doskonalenie skuteczności i efektywności pracy

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 19 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

pracownika a przede wszystkim zwiększenie zadowolenia Klienta z jakości otrzymywanych świadczeń.

Planowanie szkoleń na dany rok odbywa się poprzez określenie przez pracowników, rodzaju szkoleń niezbędnych dla profesjonalnej realizacji usług w Zakładzie. Opracowany i przedyskutowany z pracownikami wykaz szkoleń zatwierdzany jest przez Prezesa Zarządu do końca grudnia danego roku na rok kolejny. W trakcie realizacji plan ten poddawany jest zmianom w zależności od pojawiających się sytuacji, wymagań czy też innych uwarunkowań istotnych z punktu widzenia Zakładu a związanych z przeprowadzeniem szkoleń pracowników. Każdy pracownik może zgłosić, o ile uzna za zasadne i niezbędne dla potrzeb i jakości pracy, zapotrzebowanie na szkolenie doraźne, poza opracowanym i zatwierdzonym harmonogramem. Prezes Zarządu zobowiązany jest dokonać oceny skuteczności szkolenia w którym uczestniczył pracownik.

### 6.3. Infrastruktura

W **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** odpowiedzialnymi za nadzór nad aparaturą medyczną zlokalizowaną w pracowniach diagnostycznych są osoby użytkujące sprzęt i aparaturę medyczną. W przypadku awarii urządzenia medycznego osoby użytkujące dany sprzęt informują o tym fakcie Kierownika Administracyjnego, który podejmuje działania związane z usunięciem awarii. Napraw dokonują specjalistyczne firmy serwisowe bądź pracownicy zatrudniani na umowę zlecenie.

W paszporcie dołączonym do każdego urządzenia wymagającego przeglądów i wzorcowania osoby dokonujące naprawy bądź przeglądu dokonują wpisu zawierającego datę przeglądu bądź naprawy, sposób usunięcia, wykaz wymienionych części oraz podpis.

Przeglądy i konserwacje sprzętu i aparatury medycznej ujęte są w harmonogramie przeglądów na dany rok kalendarzowy.

### 6.4. Środowisko pracy

Prezes Zarządu **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** odpowiada za prawidłową organizację warunków i środowiska pracy, jak również spełnienie wszelkich wymogów zawartych w Kodeksie Pracy i innych aktach prawnych odnoszących się do bezpiecznych

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 20 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

i higienicznych warunków pracy. Wszystkie kwestie związane z organizacją i stałą poprawą/ udoskonalaniem środowiska pracy podejmowane są na:

- spotkaniach z pracownikami,
- przeglądach systemu zarządzania jakością.

Prezes Zarządu **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** przykłada dużą wagę do poprawy środowiska pracy personelu świadczącego usługi medyczne. Pracownicy aktualnie zatrudnieni i nowoprzyjęci podlegają systematycznym okresowym badaniom lekarskim oraz szkoleniom w zakresie BHP.

Pracownicy wyposażeni są w przysługujące im środki ochrony indywidualnej, środki higieny i inne wyposażenie zgodne z obowiązującymi przepisami BHP.

## 7. REALIZACJA USŁUGI

### 7.1. Planowanie realizacji usługi

W **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** zidentyfikowano procesy główne, w wyniku których realizowana jest działalność statutowa Zakładu.

Planując realizację usługi na płaszczyźnie poszczególnych procesów wyznaczono:

- Cele,
- Kryteria pomiaru,
- Zasady odpowiedzialności,
- Zasoby potrzebne dla prawidłowej realizacji działań w ramach poszczególnych procesów.

Realizacja usługi odbywa się zgodnie z wytycznymi zawartymi w odpowiednich dokumentach systemowych oraz zgodnie z odpowiednimi dla zakresu prowadzonej działalności przepisami prawa.

### 7.2. Procesy związane z klientem

#### 7.2.1. Wymagania dotyczące wyrobu

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 21 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

Wymagania dotyczące procesu dostarczania usługi określono na podstawie:

- opinii klientów/ pacjentów **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**
- wymagań ustawowych, aktów prawnych,
- wymagań własnych określonych przez **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**

Wymagania jakie powinna spełniać usługa ujęto w procedurach operacyjnych poprzez; specyfikację cech usługi zgodnej z założeniami oraz zgodnej z aktualną wiedzą medyczną i przyjętymi trybami postępowania w poszczególnych dokumentach systemowych.

### **7.2.2. Przegląd wymagań dotyczących wyrobu**

Przegląd wymagań dotyczących usługi ma na celu zapewnienie, że w prawidłowy sposób zostały zrozumiane wymagania pacjenta lub klienta instytucjonalnego, a Zakład jest przygotowany do ich spełnienia.

Przeglądu wymagań dokonuje się na podstawie warunków określonych w specyfikacji NFZ, warunków określonych w przepisach prawnych. Wymagania odnoszące się do realizowanych usług zawarte są w podpisywanych na ich realizację umowach.

Za nadzór nad przebiegiem przeglądu wymagań odpowiada Kierownik NZOZ.

Za realizację przeglądu wymagań odpowiadają osoby bezpośrednio zaangażowane w realizację usług.

Przegląd wymagań obejmuje:

- rozpatrywanie wymagań w momencie rejestracji pacjenta
- postępowanie w przypadku przyjęcia pacjenta do poradni bądź gabinetu diagnostycznego- przegląd wymagań polega na sprawdzeniu i akceptacji przedstawianych dokumentów i / lub badania lekarskiego.
- W pozostałych przypadkach przegląd wymagań odnosi się do potrzeb zapewnienia właściwej pomocy medycznej.

### **7.2.3. Komunikacja z klientem**

Klientami **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** są pacjenci korzystający ze świadczeń medycznych na drodze kontraktu z NFZ bądź usługi komercyjnej.

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 22 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

Komunikacja z Klientami prowadzona jest poprzez:

- Umieszczanie aktualnych informacji dla Pacjentów na tablicach informacyjnych,
- Prowadzenie rejestru skarg i uwag,
- Korespondencję bieżącą,
- Informacje telefoniczną.

Świadczenia wykonywane z ramienia G.V.M. CARINT obejmują:

- Konsultacje kardiologiczne,
- Badania nieinwazyjne EKG, UKG i Holter
- Diagnostyka i terapia z zakresu kardiologii i radiologii inwazyjnej,
- Stosowanie nowych metod rewaskularyzacji mięśnia sercowego,
- Poszerzenie tętnic szyjnych i kręgowych,
- Leczenie ostrych stanów wieńcowych,
- Wykonywanie zabiegów wszczepienia stałych i czasowych układów stymulujących serca.

### 7.3. Projektowanie i rozwój

Z uwagi na to, iż w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** nie prowadzi się prac badawczo-rozwojowych wymaganie zawarte w punkcie 7.3 Normy zostało wyłączone z systemu zarządzania jakością.

### 7.4. Zakupy

Nadzór nad przebiegiem procesu zakupów osobiście sprawuje Prezes Zarządu **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** Zakupy odbywają się na podstawie zamówień wewnętrznych składanych przez upoważnione osoby do Prezesa Zarządu.

Zamówienia zewnętrzne kierowane są do dostawców towarów i usług znajdujących się na „Liście kwalifikowanych dostawców towarów i usług”. Wykazy te sporządza w oparciu o dotychczasowe doświadczenia współpracy z nimi Prezes Zarządu bądź osoba upoważniona.

W szczególnych przypadkach dopuszcza się zakup towarów od dostawców i usług nieznajdujących się na „Liście kwalifikowanych dostawców towarów i usług”. Fakt ten

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 23 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

powinien wynikać z identyfikacji i przeglądu wymagań oraz dotychczasowych doświadczeń.

Firmy znajdujące się na „Liście kwalifikowanych dostawców towarów i usług” podlegają okresowym ocenom. Dokonuje ich raz w roku każdy zamawiający w swoim zakresie. Zapisy dotyczące sporządzania zamówień, doboru i oceny dostawców towarów i usług podlegają nadzorowaniu i przechowywaniu zgodnie z procedurą nadzoru nad dokumentami i zapisami.

## 7.5. Produkcja i dostarczanie usługi

Realizacja usług przebiega na drodze realizacji procesów głównych, opisanych przy zastosowaniu odpowiednich dokumentów systemowych/ procedury, instrukcje/ Wykaz procedur i instrukcji stanowi załącznik do Księgi Jakości.

Personel **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** jest kompetentny i posiada niezbędne uprawnienia do świadczenia oferowanych usług. Poprzez system szkoleń, udział w seminariach, konferencjach a także bieżące śledzenie literatury i prasy medycznej w sposób ciągły rozwija się i są mu znane nowości z poszczególnych dziedzin medycyny. Wszelka aparatura medyczna wykorzystywana w poradniach, pracowniach oraz laboratorium analitycznym jest sprawna technicznie, podlega okresowym przeglądom i zachowuje parametry określone przez producenta sprzętu. Osoby koordynujące pracę w poszczególnych obszarach nadzorują pracę swojego personelu, kontaktują się z pacjentami, a zauważone nieprawidłowości są natychmiast usuwane.

W całym procesie leczenia zachowana jest pełna identyfikacja dotycząca diagnozowania, wykonanych badań i uzyskanych wyników oraz osób, które zleciły i wykonały określone badania, zabiegi dzięki odpowiednim zapisom w dokumentacji.

Wszelkie zapisy dotyczące procesu leczenia, kwalifikacji personelu i wyposażenia technicznego podlegają nadzorowi i przechowywaniu.

## 7.6. Walidacja procesów

Do procesów specjalnych wykonywanych w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** objętych walidacją zaliczamy dezynfekcję i sterylizację.

Aby w procesach tych udało się osiągnąć zaplanowane wyniki w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.:**

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 24 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

- obowiązują szczegółowe instrukcje dezynfekcji i sterylizacji,
- przeszkolono personel, co do przeprowadzania dezynfekcji i sterylizacji,
- używane są wyłącznie zatwierdzone przez PZH i służby sanitarne środki dezynfekcyjne,
- wprowadzono obowiązek dokonywania zapisów dotyczących procesu dezynfekcji i sterylizacji,

Ponadto w odniesieniu do procesów głównych zidentyfikowanych w Zakładzie oraz ze względu na charakter świadczonych usług, stosuje się następujące zasady:

- w procesie realizacji usługi medycznej stosuje się tylko uznane metody,
- personel dobierany jest wyłącznie z wymaganymi kwalifikacjami,
- wyposażenie stosowane do realizacji usług medycznych posiada odpowiednie certyfikaty i aktualne paszporty,
- tam gdzie określono w dokumentacji stosuje się zapisy.

### 7.7. Identyfikacja i identyfikowalność

W **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** zachowana jest pełna identyfikacja pacjenta i personelu na wszystkich etapach procesu świadczenia usług medycznych.

Każdy pacjent od momentu pierwszej wizyty na Oddziale ma założony dokument zawierający:

- dane personalne w tym PESEL
- wywiad,
- obserwacje,
- rozpoznanie,
- zlecone leki, badania, zabiegi
- wydane zaświadczenia

oraz wszystkie inne dane wymagane obowiązującymi przepisami.

Wszelkie zapisy dokonywane w historii choroby pacjenta są autoryzowane.



	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 25 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

Wszystkie dokumenty i zapisy dotyczące identyfikacji pacjenta w trakcie procesu leczenia podlegają nadzorowi i przechowywaniu zgodnie z procedurą „Nadzór nad dokumentami i zapisami”.

Identyfikacja obejmuje także oznaczanie stosowanych urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej.

Identyfikowalność odnosi się zarówno do stosowanych materiałów, urządzeń w trakcie realizacji procesów, jak i dokumentacji związanej z pacjentem.

Identyfikowalność usług medycznych w czasie ich dokumentowania osiągnana jest poprzez stosowanie obowiązujących zasad tworzenie, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

### **7.8. Własność pacjenta**

Własnością klientów/pacjentów korzystających z usług **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** są:

- dostarczona przez chorego dokumentacja ( historie choroby),
- dostarczone wyniki badań,
- inne dostarczane i wykorzystywane w procesie diagnostyczno-leczniczym dokumenty,
- krew lub inny materiał biologiczny pobierany do badań,

Wszystkie pozostawione rzeczy stanowiące własność pacjenta są odpowiednio zabezpieczone przed zaginięciem bądź dostępem osób niepowołanych.

### **7.9. Zabezpieczenie towaru i materiałów do realizacji usług**

Zakupiony medyczny sprzęt jednorazowy, lekarstwa, środki opatrunkowe i dezynfekcyjne oraz odczynniki chemiczne są przechowywane w zamykanych szafach na terenie gabinetów zabiegowych i laboratorium pod nadzorem wyznaczonych pracowników i zabezpieczone przed dostępem osób niepowołanych.

Do zakupionych i przechowywanych na terenach poradni towarów stosują się następujące zasady:

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 26 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

- zapewnia się do nich swobodny dostęp upoważnionego personelu, możliwość bezpiecznego i szybkiego pobrania, pełną identyfikację oraz zabezpieczenie przed mechanicznymi uszkodzeniami,
- dokonywane są okresowe przeglądy przechowywanego towaru celem weryfikacji ich przydatności do uży

### 7.10. Nadzór nad przyrządami do pomiarów i monitorowania

Wyposażenie kontrolno – pomiarowe stosowane w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** wykorzystywane w trakcie świadczenia usług medycznych:

- posiada aktualny okres ważności,
- objęte jest nadzorem technicznym.

Nadzór nad wyposażeniem kontrolno- pomiarowym sprawuje Kierownik Pracowni/ Pielęgniarka Oddziałowa.

Nowo zakupiona aparatura kontrolno- pomiarowa przed dopuszczeniem do stosowania w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** :

- podlega sprawdzeniu,
- ma założony „Paszport” jakości i sprawności technicznej świadczącej o możliwości dopuszczenia sprzętu do stosowania.
- Podlega okresowym kontrolom zgodnie z przyjętym trybem postępowania/ wagi/ termometry lekarskie.

Komplet dokumentacji technicznej i świadectwa legalizacji przyrządów kontrolno- pomiarowych przechowywane są u Kierownika Administracyjnego/ Pielęgniarki Oddziałowej.

## 8. POMIARY, ANALIZA I DOSKONALENIE

### 8.1. Zadowolenie klienta

W **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** prowadzone są systematyczne działania związane z badaniem poziomu zadowolenia Klienta. Ich celem jest osiągnięcie w relacjach

 <b>G.V.M. CARINT</b>	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 27 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

z klientami/pacjentami poziomu satysfakcji zapewniającej rzetelną realizację i doskonalenie działań na rzecz wypełniania celu głównego przyjętego w Polityce Jakości, jaką jest możliwość wpływania na poprawę oraz utrzymanie dobrego stanu zdrowia pacjentów. Realizowane w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** procesy zorientowane są na klienta/pacjenta, a ich nadzorowanie ukierunkowane jest na poszukiwanie i wypracowywanie takich działań, które poprawiać będą wizerunek Zakładu.

Struktura organizacji zarządzania oraz struktura realizowanych procesów w powiązaniu z zaangażowaniem najwyższego kierownictwa i całego personelu zapewniają uzyskiwanie poprawy stopnia zadowolenia klienta/ pacjenta jako podstawowego miernika efektywności funkcjonującego systemu zarządzania jakością.

Badanie poziomu zadowolenia klienta prowadzone jest w oparciu o przyjęte źródła informacji, tj. ankiety, wywiady, analizę skarg i uwag złożonych od klientów.

Dostarczają one informacji, na podstawie których dokonuje się oceny:

- Postrzegania ogólnego wizerunku **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** przez klientów/ pacjentów,
- Dostępności do usług,
- Możliwości komunikacji.

Badania ankietowe określające poziom satysfakcji i zadowolenia klientów/ pacjentów prowadzone są raz w roku. Opracowane wyniki poddawane są szczegółowej analizie podczas:

- spotkań kadry kierowniczej,
- przeglądów zarządzania.

Wyniki przeprowadzonych analiz stanowią wytyczne do wdrożenia działań korygujących i/lub zapobiegawczych celem doskonalenia jakości oferowanych usług przez **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 28 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

## 8.2. Audit wewnętrzny

Audyty wewnętrzne przeprowadzane są na podstawie Roczego Harmonogramu Auditów Wewnętrznych na dany rok, przygotowywanego przez Pełnomocnika ds. SZJ.

Celem auditu jest ustalenie czy system zarządzania jakością jest:

- zgodny z wymaganiami normy i innymi wynikającymi z systemu zarządzania jakością,
- skutecznie wdrożony i utrzymywany.

Przebieg, organizację i prowadzenie auditów wewnętrznych szczegółowo określa Procedura „Audit Wewnętrzny”.

## 8.3. Monitorowanie i pomiary procesów

Badanie i monitorowanie procesów głównych polega na ścisłym przestrzeganiu sposobów, zasad i kolejności postępowania opisanej w poszczególnych dokumentach systemowych z uwzględnieniem celów jakościowych oraz przyjętych dla nich kryteriów.

Monitorowaniu podlegają również zapisy potwierdzające prawidłowość funkcjonowania poszczególnych zidentyfikowanych procesów.

Monitorowanie i pomiary odnoszą się przede wszystkim do zawartych w opisach procesów miar skuteczności określonych konkretnymi kryteriami i wskaźnikami.

Planowe i okresowe audyty mają na celu potwierdzić właściwy nadzór nad procesem świadczenia usług we wszystkich obszarach działalności G.V.M. Carint Sp. z o.o..

## 8.4. Monitorowanie i pomiary usług

Wszelkie badania pacjenta w trakcie leczenia są zlecane przez lekarza i wykonywane zgodnie ze sztuką medyczną, przyjętymi w G.V.M. Carint Sp. z o.o. standardami i instrukcjami.

W badaniach wykorzystywany jest sprzęt diagnostyczny sprawny technicznie i posiadający aktualne świadectwo zdolności do użytkowania.

Zapisów z przeprowadzonych badań dokonuje osoba, która je wykonała na druku będącym wynikiem badania, bądź innym dokumencie określonym we właściwej instrukcji.

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 29 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

Zapisy zakończone są podpisem i pieczętką identyfikującą lub czytelnym podpisem wykonującego.

### **Kontrola i badania towaru**

Odbioru dostarczonego towaru (sprzętu jednorazowego i medycznego, środków czystości, dezynfekcyjnych, aparatury, artykułów biurowych) pod względem ilościowym i jakościowym dokonuje osoba zamawiająca sprawdzając:

- zgodność dostawy z dokumentami dostawy,
- stan zewnętrzny dostarczonego towaru,
- w razie potrzeby obecność atestów, kart gwarancyjnych, dokumentacji technicznej.

W przypadku, gdy brak jest zastrzeżeń, co do ilości i jakości dostarczonego towaru osoba kontrolująca podpisuje dowód dostawy. W przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości interweniuje u dostawcy o zmianę lub zwrot towaru, jednocześnie informując Kierownika Administracyjnego NZOZ.

### **8.5. Nadzór nad usługą niezgodną**

Za niezgodności, które pojawiły się w przebiegu procesów w **G.V.M. Carint Sp. z o.o.**, uważa się sytuacje kiedy na skutek błędu, nieszczęśliwego zdarzenia, zaniedbań lub innych nieoczekiwanych okoliczności dochodzi do uchybień w działalności Firmy lub poszczególnych jej obszarów. Szczegółowo zasady postępowania z usługą niezgodną zidentyfikowano w Procedurze „Nadzór nad niezgodnościami” oraz Procedurze „Działania korygujące i zapobiegawcze”.

### **8.6. Analiza danych**

W **G.V.M. Carint Sp. z o.o.** zbierane są i analizowane informacje dotyczące:

- badania satysfakcji pacjenta,
- skarg i wniosków
- wyników przeprowadzanych kontroli i badań,
- procesu świadczenia usług medycznych,

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 30 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

- doboru i oceny dostawców,
- wyników ekonomicznych,
- szkoleń i kwalifikacji pracowników

Powyższe działania podejmowane są w celu wykazania efektywności i przydatności systemu zarządzania jakością oraz w celu podejmowania działań doskonalących.

### 8.7. Działania korygujące i zapobiegawcze

Działania korygujące mają na celu ustalenie przyczyn wystąpienia niezgodności i innych niepożądanych sytuacji, a następnie podjęcie takich działań, które uniemożliwiłyby ponowne ich wystąpienie.

Odpowiedzialnymi za te działania są:

- Prezes Zarządu - za ocenę efektywności działań korygujących ze szczególnym uwzględnieniem przeglądów systemu zarządzania jakością oraz tych działań korygujących w wyniku których ponoszone są nakłady finansowe,
- Pełnomocnik ds. SZJ - za bieżący nadzór nad realizowanymi działaniami, ocenę ich wdrożenia i skuteczności, ze szczególnym uwzględnieniem wewnętrznych auditów jakości,
- Wyznaczeni Pracownicy - za planowanie, opracowywanie, wdrażanie i nadzorowanie realizacji działań korygujących i zapobiegawczych, w swoich obszarach działania.

Działania zapobiegawcze podejmowane są przez Prezesa Zarządu, Pełnomocnika ds. SZJ, innych wyznaczonych pracowników na podstawie przeglądu SZJ, okresowych przeglądów zapisów dotyczących jakości, w tym niezgodności stwierdzanych wewnątrz Zakładu, oceny stopnia zadowolenia Klientów, przeglądów stanu posiadanych zasobów i realizacji planów rozwojowych oraz przeglądów szkoleń i ich efektów. Zapisy dotyczące działań zapobiegawczych są wykorzystywane przez Pełnomocnika do opracowania tematów na przeglądy SZJ dokonywane przez kierownictwo, szczególnie w przypadku

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 31 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

konieczności przeprowadzenia przeglądu pozaplanowego do oceny funkcjonowania SZJ oraz do skorygowania bieżącego nadzoru nad nim.

Szczegółowo zasady podejmowania działań korygujących bądź zapobiegawczych określono w Procedurze „Działania korygujące i zapobiegawcze”.

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 32 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

## 9. ZAŁĄCZNIKI

### 1. WYKAZ PROCEDUR SYSTEMOWYCH

Lp.	Nazwa dokumentu	Symbol
1.	NADZÓR NAD DOKUMENTAMI I ZAPISAMI	PS-1
2.	NADZÓR NAD WYROBEM NIEZGODNYM	PS-2
3.	DZIAŁANIA KORYGUJĄCE I ZAPOBIEGAWCZE	PS-3
4.	AUDIT WEWNĘTRZNY	PS-4

### 2. WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

Lp.	Nazwa dokumentu	Symbol
1.	„PROCEDURA INFORMOWANIA PACJENTA O PRZYSŁUGUJĄCYCH MU PRAWACH”	PM-2
2.	„PROCEDURA INFORMOWANIA O STANIE ZDROWIA PACJENTA”	PM-3
3.	PROCEDURA GOSPODARKA LEKIEM - SPROWADZANIE LEKÓW	PM-4
4.	„PROCEDURA PRZEKAZANIA PACJENTA DO INNEGO SZPITALA”	PM-5
5.	„PROCEDURA GOSPODARKI LEKAMI” -ZASADY SPROWADZANIA Z ZAGRANICY PRODUKTU LECZNICZEGO NIEPOSIADAJĄCEGO POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU	PM-6
6.	„PROCEDURA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W RAMACH MYCIA, DEZYNFEKCJI I STERYLIZACJI”	PM-8
7.	„PROCEDURA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W RAMACH DEKONTAMINACJI POMIESZCZEŃ ODDZIAŁU”	PM-9
8.	„ANGIOPLASTYKA NACZYŃ WIENCOWYCH	PM-10
9.	„PROCEDURA ZASTOSOWANIA WOBEC PACJENTA PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO”	PM-11
10.	„ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM – PROWADZENIE TERAPII DOŻYLNEJ”	PM-12
11.	„ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM –ZAŁOŻENIE WKŁUCIA CENTRALNEGO”	PM-13
12.	PROCEDURA ZGŁASZANIA, WYKRYWANIA I REJESRTACJI DROBNOUSTROJÓW ALARMOWYCH	PM14
13.	„PROCEDURA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU STWIERDZENIA LUB PODEJRZENIA OGNISKA EPIDEMIOLOGICZNEGO”	PM-15
14.	PROCEDURA PRZETACZANIA KRWI	PM-16
15.	„PROCEDURA GOSPODARKI LEKAMI” - WYKAZ LEKÓW, MATERIAŁÓW MEDYCZNYCH I SPRZĘTU MEDYCZNEGO WCHODZĄCYCH W SKŁAD ZESTAWÓW PRZECIWWSTRZAŚOWYCH	PM-17
16.	„PROCEDURA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W RAMACH DEKONTAMINACJI PRZED KONSERWACJĄ LUB NAPRAWĄ”	PM-18
17.	„PROCEDURA UTRZYMANIA CZYSTOŚCI”	PM-19
18.	FUNKCJONOWANIE SYSTEMU KONTROLI ZAKAŻEŃ ZAKŁADOWYCH	PM-20



	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 33 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

19.	„ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM UKŁADU MOCZOWEGO ”	PM-21
20.	„PROCEDURA GOSPODARKI LEKIEM” WYKAZ LEKÓW DO KTÓRYCH PODAWANIA CHOREMU BEZ ZLECENIA UPRAWNIONA JEST PIELEŃNIARKA	PM-22
21.	„PROCEDURA GOSPODARKI LEKAMI” ZASADY WSTRZYMYWANIA I WYCOWYWANIA Z OBROTU PRODUKTÓW LECZNICZYCH I WYROBÓW MEDYCZNYCH	PM-23
22.	„PROCEDURA GOSPODARKA LEKIEM”- PRZECHOWYWANIE LEKÓW	PM-24
23.	„PROCEDURA GOSPODARKI LEKAMI”- ZASADY POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA LEKU	PM-25
24.	„PROCEDURA GOSPODARKA LEKIEM”- LIKWIDACKJA ŚRODKÓW FARMAKOLOGICZNYCH I WYROBÓW MEDYCZNYCH NIE NADAJĄCYCH SIĘ DO UŻYCIA	PM-26
25.	„PROCEDURA OPIEKI FARMAKOLOGICZNEJ ORAZ OPIEKA PO OIOK”	PM-29
26.	„PROCEDURA REALIZACJI CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH NA OIOK”	PM-30
27.	IMPLANTACJA UKŁADU STYMULUJACEGO SERCE NA STAŁE	PM-31
28.	„KORONAROGRAFIA”	PM-32
29.	„ANGIOPLASTYKA NACZYŃ OBWODOWYCH” (SANOK)	PM-33
30.	PROCEDURA ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM ZAKŁADOWYM	PM-34
31.	„PROCEDURA MONITOROWANIA BŁĘDÓW PRZEDLABORATORYJNYCH”	PM-35
32.	„PROCEDURA POSTĘPOWANIA POEKSPozyCYJNEGO NA ZAKAŻENIE HIV, HCV, HBV”	PM-36
33.	„PROCEDURA WYKONYWANIA ZDJĘĆ PRZYŁÓŻKOWYM APARATEM JEZDNYM (OŚWIĘCIM)	PM-37

### 3. WYKAZ PROCEDUR ADMINISTRACYJNYCH

Lp.	Nazwa dokumentu	Symbol
1.	PROCEDURA OBSŁUGI ADMINISTRACYJNEJ	PA-1
2.	PROCEDURA REJESTRACJA/ IDENTYFIKACJA PACJENTA	PM-1
3.	NADZÓR NAD SPRZĘTEM I APARATURĄ MEDYCZNĄ	PM-7
4.	PROCEDURA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH	PM-27
5.	PROCEDURA PRZECHOWYWANIA OSOBISTYCH RZECZY PACJENTA W G.V.M. CARINT	PM-28

### 4. WYKAZ INSTRUKCJI

Lp.	Nazwa dokumentu	Symbol
1.	INSTRUKCJA SEGREGACJI ODPADÓW	IM-1
2.	INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU SKAŻENIA POWIERZCHNI MATERIAŁEM ZAKAŻNYM	IM-2



3.	INSTRUKCJA PRZYGOTOWYWANIA PAKIETÓW DO STERYLIZACJI (SANOK)	IM-3
4.	INSTRUKCJA MYCIA I DEZYNFEKCJI RĄK	IM-4
5.	INSTRUKCJA STOSOWANIA ŚRODKÓW DO MYCIA I DEZYNFEKCJI W SANOKU	IM-5
5.	INSTRUKCJA STOSOWANIA ŚRODKÓW DO MYCIA I DEZYNFEKCJI W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	IM-5
6.	INSTRUKCJA W SPRAWIE GOSPODAROWANIA ŚRODKAMI NARKOTYCZNYMI, PSYCHOTROPOWYMI I LEKAMI ZWIOTCZAJĄCYMI MIĘŚNIE PRAŻKOWANE	IM-6
7.	INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU ZGONU PACJENTA	IM-7
8.	INSTRUKCJA DOBORU PREPARATÓW DEZYNFEKCYJNYCH	IM-8
9.	INSTRUKCJA KONTROLI AKTYWNOŚCI PREPARATU DEZYNFEKCYJNEGO	IM-9
10.	INSTRUKCJA STOSOWANIA SPRZĘTU DO TERAPII DOŻYLNEJ - PRZYGOTOWANIE LEKU GOTOWEGO DO PODANIA W OPAKOWANIU TYPU REDIBAG	IM-10
11.	INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA Z CZYSTĄ BIELIZNĄ	IM-11
12.	INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA Z BIELIZNĄ BRUDNĄ	IM-12
13.	INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA Z ŁÓŻKIEM SZPITALNYM PO WYPISANIU PACJENTA	IM-13
14.	INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA Z WÓZKAMI I TACAMI ZABIEGOWYMI	IM-14
15.	INSTRUKCJA MYCIA I DEZYNFEKCJI WÓZKÓW DO TRANSPORTU CHORYCH	IM-15
16.	INSTRUKCJA DEKONTAMINACJI RESPIRATORA	IM-16
17.	INSTRUKCJA CHIRURGICZNEGO MYCIA I DEZYNFEKCJI RĄK	IM-17
18.	INSTRUKCJA MYCIA I DEZYNFEKCJI OCHRONNYCH FARTUCHÓW OŁOWIANYCH PRZEZNACZONYCH DO PRACY W PROMIENIOWANIU JONIZUJĄCYM	IM-18
19.	INSTRUKCJA STOSOWANIA SPRZĘTU DO TERAPII DOŻYLNEJ - PRZYGOTOWANIE I PODANIE WLEWU KROPELWEGO PRZY UŻYCIU OPAKOWANIA KABIPAC	IM-19
20.	INSTRUKCJA MYCIA I DEZYNFEKCJI SSAKA PRÓŻNIOWEGO	IM-20
21.	INSTRUKCJA PRACY Z PREPARATAMI DEZYNFEKCYJNYMI	IM-21
22.	INSTRUKCJA DEKONTAMINACJI SSAKA ELEKTRYCZNEGO	IM-22
23.	INSTRUKCJA STOSOWANIA SPRZĘTU DO TERAPII DOŻYLNEJ – PRZYGOTOWANIE LEKU Z UŻYCIEM IGŁY LUB STRZYKAWKI DO PODANIA W WORKU VIAFLO	IM-23
24.	INSTRUKCJA PIELĘGNACJI WKŁUCIA OBWODOWEGO	IM-24
25.	INSTRUKCJA POBRANIA KRWI DO BADANIA SEROLOGICZNEGO	IM-25
26.	INSTRUKCJA STOSOWANIA SPRZĘTU DO TERAPII DOŻYLNEJ - REKONSTRUKCJA LIOFILIZATU LEKU DO PODAWANIA ZA POMOCĄ STRZYKAWKI LUB WORKA VIAFLO	IM-26
27.	INSTRUKCJA STOSOWANIA SPRZĘTU DO TERAPII DOŻYLNEJ – PRZYGOTOWANIE LEKU Z UŻYCIEM BEZIGŁOWEGO SYSTEMU CHEMO-AIDE	IM-27
28.	INSTRUKCJA STOSOWANIA SPRZĘTU DO TERAPII DOŻYLNEJ	IM-28
29.	INSTRUKCJA UZYSKANIA MATERIAŁU STERYLNEGO	IM-29
30.	INSTRUKCJA STOSOWANIA SPRZĘTU DO TERAPII DOŻYLNEJ – PRZYGOTOWANIE LIOFILIZATU	IM-30

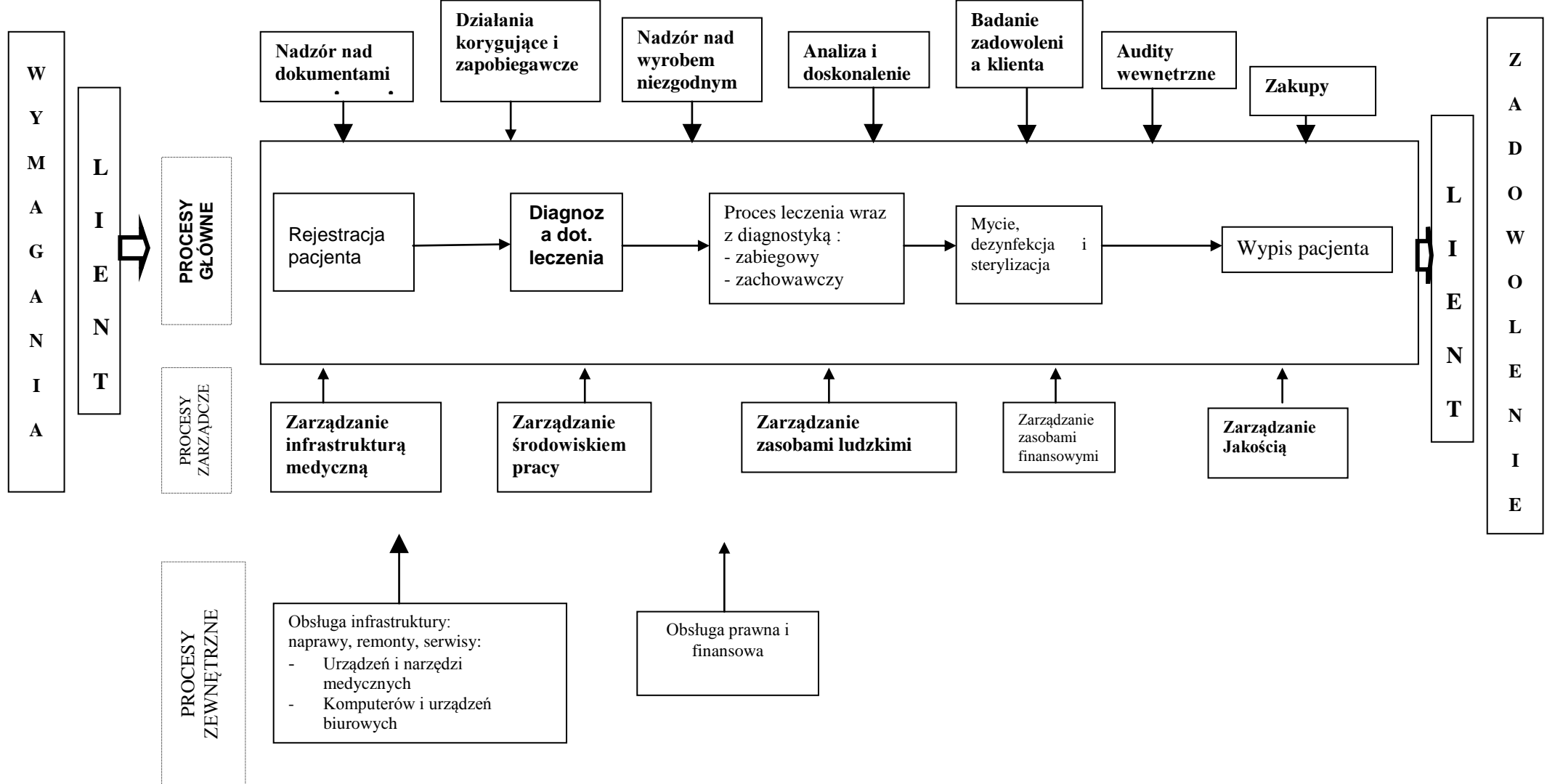


31.	ZASADY POBIERANIA KRWI DO BADANIA OB	IM-31
32.	ZASADY POBIERANIA KRWI DO BADAN HEMATOLOGICZNYCH: MORFOLOGIA KRWI, HEMATORAM, RETYKULOCYTY, METHEMGLOBINA	IM-32
33.	ZASADY POBIERANIA KRWI DO BADAŃ UKŁADU KRZEPNIĘCIA	IM-33
34.	ZASADY POBIERANIA KRWI DO BADAŃ Z ZAKRESU IMMUNOCHEMII	IM-34
35.	ZASADY POBIERANIA KRWI DO OZNACZANIA PARAMETRÓW RÓWNOWAGI KWASOWO-ZASADOWEJ	IM-35
36.	ZASADY POBRANIA, PRZYGOTOWANIA I TRANSPORTU PRÓBKI MOCZU Z DOBOWEJ ZBIÓRKI MOCZU	IM-36
37.	INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA Z REDUKTORAMI TLENOWYMI PO UŻYCIU	IM-37
38.	INSTRUKCJA PODAWANIA LEKÓW DOUSTNYCH	IM-38
39.	INSTRUKCJA POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI METODĄ BEZPOŚREDNIĄ	IM-39
40.	INSTRUKCJA POMIARU TĘTNA	IM-40
41.	INSTRUKCJA WYKONYWANIA ZAPISU ELEKTROKARDIOGRAFICZNEGO	IM-41
42.	INSTRUKCJA ASYSTOWANIA PODCZAS ZABIEGU INTUBACJI DOTCHAWICZEJ	IM-42
43.	INSTRUKCJA NAŁOŻENIA JAŁOWEGO FARTUCHA	IM-43
44.	INSTRUKCJA DEZYNFEKЦИИ ŁYŻEK DO LARYNGOSKOPU W SYTUACJI GDY NIEMOŻLIWE JEST PRZEPROWADZENIE PROCESU STERYLIZACJI	IM-44
45.	INSTRUKCJA PRZYGOTOWANIA STOLIKA ZABIEGOWEGO DO INSTRUMENTOWANIA	IM-45
46.	INSTRUKCJA SPRZĄTANIA SALI ZABIEGOWEJ	IM-46
47.	INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA Z ODPADAMI MEDYCZNYMI USUWANymi Z SALI ZABIEGOWEJ	IM-47
48.	INSTRUKCJA ZMIANY JAŁOWEGO FARTUCHA PODCZAS TRWANIA ZABIEGU	IM-48
49.	INSTRUKCJA POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI METODĄ POŚREDNIĄ	IM-49
50.	INSTRUKCJA PRZYGOTOWANIA PERSONELU SPRZĄTAJĄCEGO DO MYCIA I DEKONAMINACJI POWIERZCHNI	IM-50
51.	INSTRUKCJA SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA WIELOKROTNEGO UŻYTKU	IM-51
52.	INSTRUKCJA PRZYGOTOWANIA ROZTWORU ROBOCZEGO PREPARATU DEZYNFEKCYJNEGO	IM-52
53.	INSTRUKCJA OKRESLANIA WSKAZAŃ DO CEWNIKOWANIA PĘCZERZA	IM-53
54.	INSTRUKCJA POBRANIA MOCZU DO BADANIA BAKTERIOLOGICZNEGO U PACJENTA Z CEWNIKIEM W UKŁADZIE MOCZOWYM	IM-54
55.	INSTRUKCJA ASYSTOWANIA PODCZAS ZABIEGU INTUBACJI DOTCHAWICZEJ	IM-55
56.	INSTRUKCJA OPIEKI NAD PACJENTEM Z CEWNIKIEM MOCZOWYM	IM-56
57.	INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA Z DOZOWNIKAMI	IM-57
58.	INSTRUKCJA USUWANIA CEWNIKA Z PĘCZERZA MOCZOWEGO	IM-58

	<h1>KSIĘGA JAKOŚCI</h1>	Wersja <b>1</b>	Strona 36 z 38
---	-------------------------	--------------------	-------------------

59.	INSTRUKCJA WYMIANY WORKA NA MOCZ	IM-59
-----	----------------------------------	-------

## MAPA PROCESÓW SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ - G.V.M. Carint Sp. z o.o.





# KSIĘGA JAKOŚCI

Wersja  
**1**

Strona 38 z  
38