



الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

# دليل متطلبات الاعتماد المبدئي للمستشفيات



الإصدار الثاني  
يُعمل به بدايةً من مايو 2021

# دليل متطلبات الاعتماد المبدئي للمستشفيات

\* صدرت هذه المتطلبات باللغة الإنجليزية وهذه النسخة العربية هي نسخة مترجمة لها، وفي حين الاختلاف في فهم و/ أو تفسير أي من محتويات هذه النسخة، يتم الرجوع إلي النص الإنجليزي.

الإصدار الثاني

يُعمل به بداية من مايو 2021



## المحتويات

٥	تقديم.....
٦	نظام الاعتماد المبدئي/اعتماد المنشآت الصحية.....
٩	الفترات الزمنية السابقة.....
١٠	قواعد حساب مجموع الدرجات.....
١٢	قواعد قرار الاعتماد المبدئي.....
١٣	اللغة والمفاهيم المستخدمة.....
١٥	القسم الأول : المتطلبات الأساسية.....
١٧	القسم الثاني : المتطلبات الوطنية للسلامة.....
١٩	معايير عامة بشأن سلامة المرضى.....
٢٨	إدارة وسلامة الدواء.....
٣٤	الجراحة والتخدير والتهدئة.....
٣٧	سلامة البيئة والمنشآت.....
٤٧	القسم الثالث : متطلبات الجودة الأساسية.....
٧٩	القسم الرابع: الدليل التشغيلي.....
١١٥	المرفقات .....



## تقديم

إن الهدف الأسمى من الرعاية الصحية هو تقديم الخدمات الصحية عالية الجودة إلى جميع من يحتاجها بالكيفية المناسبة وفي التوقيت المناسب. وتعتمد جودة الرعاية الصحية على مستوى القيمة الذي تقدمه المنشآت الصحية لجميع المتعاملين معها وفي نطاق الخدمات الخاص بها.

وتأتي متطلبات الاعتماد المبدئي للمستشفيات ٢٠٢١ ضمن مجموعة من إصدارات الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في إطار التأكيد على جهود كافة أجهزة الدولة ومؤسساتها في المضي قدماً نحو تحقيق (رؤية مصر ٢٠٣٠) وأهدافها وخاصة الارتقاء بجودة حياة المواطن المصري وتحقيق العدالة في الحقوق والفرص. وذلك من خلال تحقيق الحد المقبول من مستويات الجودة في الرعاية الصحية وسلامة الإنسان في كافة المستشفيات في مصر.

تعتمد متطلبات الاعتماد المبدئي للمستشفيات ٢٠٢١ على أربعة محاور رئيسية وهي: الإشتراطات الأساسية، المتطلبات الوطنية للسلامة، متطلبات الجودة الأساسية والدليل التشغيلي. كما تعتمد في مرجعيتها بشكل أساسي على القوانين واللوائح ذات الصلة في رؤية مصر ٢٠٣٠ وكذلك على معايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات ٢٠٢١ والمعتمدة من الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (الإسكوا) بتاريخ فبراير ٢٠٢١.

علماً بأن حصول المستشفيات على الاعتماد المبدئي وفقاً لهذه المتطلبات يعد الخطوة الرئيسية نحو وصول تلك المستشفيات إلى المرحلة الأكبر والأهم في سبيل تحقيق جودة الرعاية الصحية وهو الحصول على الاعتماد وفقاً لمعايير المستشفيات ٢٠٢١.

## نظام الاعتماد المبدئي/اعتماد المنشآت الصحية

استناداً إلى قانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ بشأن نظام التأمين الصحي الشامل والصادر يناير ٢٠١٨ ولأحته التنفيذية الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء في مايو ٢٠١٨ وقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٢٠٤٠ لسنة ٢٠١٨ بتشكيل مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

ملاحظة: تعريف المنشآت الطبية كما ورد بالقانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

وفي إطار الخطوات الحثيثة والمتلاحقة التي تخطوها الدولة نحو تنظيم القطاع الصحي بما يضمن سلامته واستقراره وتحسين جودته وتأكيد الثقة في جودة مخرجات الخدمات الصحية بجمهورية مصر العربية على كافة المستويات المحلية والإقليمية والدولية؛ فقد قرر مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ما يلي:

**أولاً:** وضع قواعد وشروط الاعتماد المبدئي للمنشآت الصحية تمهيداً لاعتمادها من قبل الهيئة، والتي تشمل على سبيل الحصر والتحديد ما يلي:

- أ. تحقق الاشتراطات الأساسية للمنشآت الصحية.
- ب. تحقق المتطلبات الوطنية للسلامة بالمنشآت الصحية بما يضمن سلامة المرضى والمرافقين والزوار والعاملين بتلك المنشآت.
- ج. تحقق متطلبات الجودة الأساسية بما يضمن كفاءة وفعالية الخدمة الصحية ورضا المنتفعين من الخدمة.
- د. تحقق متطلبات دليل تشغيل للمنشأة الصحية بما يحقق أداءاً احترافياً مستقراً للمنشأة في كافة أقسامها وعلى كافة مستويات تقديم الخدمة بها في جميع الأوقات وجميع الحالات.

**ثانياً:** تلتزم المنشآت المعتمدة مبدئياً بالهيئة بالتقدم للحصول على اعتماد الهيئة خلال موعده أقصاه ثلاث سنوات من تاريخ دخول المحافظة نطاق تنفيذ قانون التأمين الصحي الشامل أو ثلاث سنوات من تاريخ الاعتماد المبدئي للمنشآت بالمحافظات التي لم تدخل نطاق تطبيق القانون وذلك من تاريخ الاعتماد المبدئي وإلا اعتبر الاعتماد المبدئي لاغياً.

**ثالثاً:** تكون مدة الاعتماد المبدئي للمنشأة سنة ميلادية قابلة للتجديد مع مراعاة احكام ما ورد في البند السابق.

**رابعاً:** تقوم الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتعريف وتوعية الأطراف المعنية بإجراءات الاعتماد المبدئي للمنشآت الصحية وفق خطة محددة ومفهوم لا يتعارض مطلقاً مع أي من القواعد الحاكمة لمبادئ الشفافية وتجنب تضارب المصالح.

**خامساً:** متطلبات الاعتماد المبدئي للمستشفيات:

- أ. الاشتراطات الأساسية.
- ب. المتطلبات الوطنية للسلامة.
- ج. متطلبات الجودة الأساسية.
- د. الدليل التشغيلي.

**سادساً:** يكون الاعتماد المبدئي للمنشأة وفقاً لمجال الخدمات المقدمة مع طلب التسجيل. يجب ابلاغ الهيئة بحدوث أي تغيير في مجال الخدمات المقدمة (اضافة خدمة جديدة أو إلغاء خدمة قائمة أو زيادة حجم خدمة قائمة بأكثر من ١٥٪) كتابياً علي البريد الالكتروني [reg@gahar.gov.eg](mailto:reg@gahar.gov.eg) خلال شهر على الأقل قبل تنفيذ هذا التغيير.

**سابعاً:** في حالة حدوث خطأ/ حدث جسيم sentinel event يتم ابلاغ الادارة العامة لتسجيل واعتماد المنشآت الصحية خلال ٧ أيام من وقوعه أو من الإعلام به علي البريد الالكتروني [reg@gahar.gov.eg](mailto:reg@gahar.gov.eg) علي أن يتم موافاتها بالتحليل الجذري لأسباب وقوع الخطأ/ الحدث الجسيم في موعده أقصاه ٤٥ يوماً من تاريخ حدوث الخطأ / الحدث الجسيم أو من الإعلام به (التعريف الوارد بالمعيار QPI.13 ص 89) مرفقاً به الخطة التصحيحية لمنع/ الحد من تكراره حسب طبيعة الحدث.

**ثامناً:** تلتزم المنشأة بتسجيل ٣٠٪ من إجمالي أعضاء المهن الطبية على الأقل قبل الزيارة التقييمية على أن يتم استكمال تسجيل الباقي خلال ثلاثة أشهر من تاريخ الاعتماد المبدئي.

**تاسعاً:** تكون المنشأة عرضة لتعليق الاعتماد المبدئي لمدة لا تزيد عن ستة أشهر، في الحالات التالية:

١. وُجدت أحداث جسيمة تتعلق بسلامة المرضى أو العاملين أو الزوار لم يتم إبلاغ الهيئة عنها كما ورد في البند (سابعاً).
٢. عدم اجتياز المنشأة المعتمدة مبدئياً زيارة تقييمية غير معلنة وفقاً لقواعد اتخاذ القرار.
٣. عدم تطابق بيانات المنشأة المعتمدة مبدئياً في طلب الاعتماد المبدئي مع الوضع الحالي للمنشأة عند زيارات التقييم الغير معلنة.
٤. في حال لم يتم إبلاغ الهيئة بحدوث أي تغيير في مجال الخدمات المقدمة (إضافة خدمة جديدة أو إلغاء خدمة قائمة أو زيادة حجم خدمة قائمة بأكثر من ١٥٪) خلال شهر على الأقل قبل تنفيذ هذا التغيير.
٥. الإخلال بالإشترطات الأساسية ل للاعتماد المبدئي.
٦. الإخلال بما جاء في البند (ثامناً).

**عاشراً:** مع عدم الإخلال بما ورد بالقانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ ، تكون المنشأة عرضة لإلغاء الاعتماد المبدئي في الحالات التالية:

١. اكتشاف أي تلاعب أو تزوير أثناء عمليات التقييم أو بعدها أو ثبوت عدم صحة الوثائق المرفقة والمقدمة من المنشأة.
٢. إعاقة المنشأة لعمل فرق الرقابة الصحية مثل إعاقة الحصول على الوثائق والبيانات ذات الصلة بمجال عمل الرقابة الصحية أو الدخول للأماكن والخدمات في نطاق التدقيق والتفتيش.
٣. لم تتمكن المنشأة من اجتياز زيارة الفرصه الثانيه في حالة الاعتماد المبدئي المشروط.
٤. رفض المنشأة المعتمدة مبدئياً استقبال فريق المراجعين في الزيارات التقييمية المعلنة / الغير معلنة.
٥. إلغاء ترخيص المنشأة أو صدور قرار إداري أو حكم قضائي بعلقتها مؤقتاً أو نهائياً.
٦. نقل المنشأة من مكانها الوارد بإستمرار الاعتماد المبدئي أو في حالة هدم المنشأة أو إعادة بناؤها.
٧. تجاوز المدة المقررة لتعليق الاعتماد المبدئي كما جاء في البند (تاسعاً) دون تصحيح أسباب تعليق الاعتماد المبدئي.

#### خطوات الاعتماد المبدئي للمنشأة الصحية لدى هيئة الاعتماد والرقابة الصحية:

١. تتقدم المنشأة بطلب الاعتماد المبدئي لدى الهيئة، وذلك عن طريق ملء وتقديم الإستمارة المخصصة لذلك.
٢. تقوم الهيئة بدراسة الطلب المقدم من المنشأة والرد عليها ببيان بمتطلبات ورسوم الاعتماد المبدئي لتلك المنشأة.
٣. تقوم المنشأة صاحبة الطلب بدفع رسوم الاعتماد المبدئي وتسليم الوثائق اللازمة لهيئة الاعتماد والرقابة الصحية وفقاً لمتطلبات الاعتماد المبدئي الواردة في رد الهيئة في البند السابق.
٤. تقوم الهيئة بمراجعة الوثائق المستلمة من المنشأة والتأكد من اكتمالها ومخاطبة المنشأة لاستكمال وتقويم ما ترى الهيئة ضرورة استكمالها وتقويمه من الوثائق اللازمة لإتمام عملية الاعتماد المبدئي.
٥. بعد التأكد من اكتمال جميع الوثائق المطلوبة في البند (٣) تقوم الهيئة بتحديد موعد لإجراء زيارة للمنشأة للتدقيق والتحقق من البنية والعمليات المرتبطة بالوثائق المقدمة من المنشأة.
٦. يقوم فريق من المراجعين بزيارة التقييم والتحقق للمنشأة.

#### إعادة الاعتماد المبدئي:

إذا لم تتقدم المنشأة المعتمدة مبدئياً للاعتماد خلال السنه الأولى من تاريخ قبول الاعتماد المبدئي، يكون لها الحق في طلب إعادة الاعتماد المبدئي لمدة عام آخر على أن يتم إحتساب الفتره الزمنيه ابتداءً من تاريخ الاعتماد المبدئي للمنشأة (في حال انها لم تكن من المحافظات التي دخلت نطاق تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل) أو تاريخ دخول المحافظه التابعه لها المنشأة إلي منظومة التأمين الصحي الشامل.



طبقاً للقانون رقم (٢) لسنة ٢٠١٨ يتم تقييم المنشآت التي انتهت صلاحية اعتمادها مبدئياً لدى الهيئة لإعادة الاعتماد المبدئي (لمدة/لمدد) أخرى بحد أقصى ثلاث سنوات من تاريخ دخول المحافظة نطاق تنفيذ قانون التأمين الصحي الشامل أو من تاريخ أول اعتماد مبدئي لدى الهيئة (أيهما أقرب).

#### إشتراطات عامة:

١. تلتزم المنشأة بصحة الوثائق والبيانات المقدمة في جميع مراحل عملية الاعتماد المبدئي و في حال ثبوت عدم صحة الوثائق المقدمة في أي مرحلة من مراحل الزيارة تكون المنشأة عرضة لإلغاء الزيارة التقييمية.
٢. تلتزم المنشأة بعدم استخدام أي شهادة أو شعار للهيئة بصورة مُضللة.
٣. تلتزم المنشأة بعدم إعطاء بيانات مُضللة تسيء لشهادة الاعتماد المبدئي الصادرة من الهيئة.
٤. تلتزم الهيئة بإبلاغ المنشأة بالقرار خلال فترة لا تزيد عن ١٥ يوم عمل من تاريخ انتهاء أعمال التقييم.
٥. يحق للهيئة إعلام المجتمع بنتائج الاعتماد المبدئي أو تعليقه أو إلغائه حسب متطلبات قانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

## الفترات الزمنية السابقة

- يقوم المراجعين بمراجعة مدي تطابق المستشفى مع متطلبات الاعتماد المبدي خلال الفترات الزمنية السابقة.
- الفترات الزمنية السابقة هي الفترة التي تسبق الزيارة التقييمية (زيارة المراجعة) والتي خلالها يجب أن تلتزم المستشفى بالتطابق مع متطلبات الاعتماد المبدي، وتؤثر عدم قدرة المستشفى علي الإلتزام بهذه القاعدة علي قرار الاعتماد المبدي.
- وعلي المستشفى التي ترغب في الاعتماد المبدي لأول مرة أن تلتزم بالتطابق مع متطلبات الاعتماد المبدي لمدة شهر علي الأقل قبل زيارة المراجعين التقييمية.
- وعلي المستشفى التي ترغب في إعادة الاعتماد المبدي أن تلتزم بالتطابق مع متطلبات الاعتماد المبدي خلال الفترة كاملة منذ الاعتماد المبدي لأول مرة حتي وقت الزيارة التقييمية (زيارة المراجعة) الخاصة بإعادة الاعتماد المبدي.

## قواعد حساب مجموع الدرجات

### قواعد حساب درجات المتطلبات الأساسية

تصنف المستشفيات إما متطابقة مع المتطلبات الأساسية أو غير متطابقة.

يتم تقييم التطابق قبل زيارة المراجعة التقييمية.

عدم التطابق قد يجعل المستشفى غير مؤهلة لزيارة المراجعة التقييمية الخاصة بالتسجيل / الاعتماد من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

### قواعد حساب درجات المتطلبات الوطنية للسلامة (NSR)

خلال الزيارة التقييمية (زيارة المراجعة)، يتم إعطاء درجات علي أدلة التطابق (EOCs) مع كل مطلب من المتطلبات الوطنية للسلامة (NSR)، من خلال قواعد حسابية قائمة علي الجمع وحساب النسبة المئوية لدرجات كل دليل تطابق، وذلك كالتالي :

- "مستوفي / متطابق": عندما تحقق المستشفى ٨٠٪ أو أكثر من التطابق مع المتطلبات خلال الفترات الزمنية السابقة المطلوبة، بمجموع درجات (٢)
- "مستوفي جزئياً/ متطابق جزئياً": عندما تحقق المستشفى أقل من ٨٠٪ ولكن أكثر من أو ما يساوي ٥٠٪ من التطابق مع المتطلبات خلال الفترات الزمنية السابقة المطلوبة، بمجموع درجات (١).
- "غير مستوفي/ غير متطابق": عندما تحقق المستشفى أقل من ٥٠٪ من التطابق مع المتطلبات خلال الفترات الزمنية السابقة المطلوبة، بمجموع درجات (٠)
- "غير قابل للتطابق": عندما يقرر المراجع أن متطلبات المعيار خارج نطاق خدمات المستشفى (ويتم حذف الدرجات من البسط والمقام).

وعلي الرغم من أن غالبية أدلة التطابق مع المعيار تعد مستقلة بذاتها، أو وحدات قائمة بنفسها للقياس والتي تمثل الهيكل والعملية و/أو النتائج، إلا أن القليل من أدلة التطابق مع المعيار تتبع بعضها البعض، و التبعية تعني أنه لا يمكن تحقيق التطابق مع أحد أدلة التطابق مع المعيار (أو أخذ درجة عليه) إلا عند التأكد من أنه تم التطابق مع أدلة التطابق الأخرى.

### علي سبيل المثال:

#### أدلة التطابق مع المعيار الخاصة بـ NSR.01

١. لدي المستشفى سياسة وإجراءات معتمدة عن التعريف الصحيح للمريض والتي تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (و).
  ٢. جميع متخصصي الرعاية الصحية علي دراية بسياسة المستشفى.
  ٣. يتم تعريف المريض وفقاً لسياسة المستشفى.
- ففي هذا المثال، يتبع كل من دليل التطابق الثاني والثالث لدليل التطابق الأول .

### قواعد حساب درجات كل معيار من المتطلبات الوطنية للسلامة NSR:

- "مستوفي/متطابق": عندما يبلغ متوسط الدرجات لأدلة المعيار القابلة للتطابق ٨٠٪ أو أكثر
- "مستوفي جزئياً/ متطابق جزئياً": عندما يبلغ متوسط الدرجات لأدلة المعيار القابلة للتطابق أقل من ٨٠٪ ولكن أكثر من أو ما يساوي ٥٠٪
- "غير مستوفي/ غير متطابق": عندما يبلغ متوسط الدرجات لأدلة المعيار القابلة للتطابق أقل من ٥٠٪.
- "غير قابل للتطابق": عندما يقرر المراجع أن جميع أدلة المعيار غير قابلة للتطابق.

### قواعد حساب درجات متطلبات الجودة الأساسية (EQR)

خلال زيارة المراجعة التقييمية، يتم إعطاء درجات علي أدلة التطابق (EOCs) مع كل مطلب من متطلبات الجودة

الأساسية (EQR) من خلال قواعد حسابية قائمة علي الجمع وحساب النسبة المئوية لدرجات كل دليل تطابق مع المعيار، وذلك كالتالي:

- "مستوفي/متطابق": عندما تحقق المستشفى ٨٠٪ أو أكثر من التطابق مع المتطلبات خلال الفترات الزمنية السابقة المطلوبة، بمجموع درجات (٢) .
- "مستوفي جزئياً/متطابق جزئياً": عندما تحقق المستشفى أقل من ٨٠٪ ولكن أكثر من أو ما يساوي ٥٠٪ من التطابق مع المتطلبات خلال الفترات الزمنية السابقة المطلوبة، بمجموع درجات (١).
- "غير مستوفي/غير متطابق": عندما تحقق المستشفى أقل من ٥٠٪ من التطابق مع المتطلبات خلال الفترات الزمنية السابقة المطلوبة، بمجموع درجات (٠).
- "غير قابل للتطبيق": عندما يقرر المراجع أن متطلبات المعيار خارج نطاق خدمات المستشفى (ويتم حذف الدرجات من البسط والمقام).

وعلي الرغم من أن غالبية أدلة التطابق مع المعيار تعد مستقلة بذاتها، أو وحدات قائمة بنفسها للقياس والتي تمثل الهيكل والعملية و/أو النتائج، إلا أن القليل من أدلة التطابق مع المعيار تتبع بعضها البعض، و التبعية تعني أنه لا يمكن تحقيق التطابق مع أحد أدلة التطابق مع المعيار (أو أخذ درجة عليه) إلا عند التأكد من أنه تم التطابق مع أدلة التطابق الأخرى.

#### قواعد حساب درجات كل معيار من متطلبات الجودة الأساسية EQR:

- "مستوفي/متطابق": عندما يبلغ متوسط الدرجات لأدلة المعيار القابلة للتطبيق ٨٠٪ أو أكثر
- "مستوفي جزئياً/متطابق جزئياً": عندما يبلغ متوسط الدرجات لأدلة المعيار القابلة للتطبيق أقل من ٨٠٪ ولكن أكثر من أو ما يساوي ٥٠٪
- "غير مستوفي/غير متطابق": عندما يبلغ متوسط الدرجات لأدلة المعيار القابلة للتطبيق أقل من ٥٠٪.
- "غير قابل للتطبيق": عندما يقرر المراجع أن جميع أدلة المعيار غير قابلة للتطبيق.

#### قواعد حساب درجات الدليل التشغيلي

يقوم المراجعون بمراجعة عينة عشوائية من ١٠ وثائق علي الأقل، غير الوثائق المطلوبة في المتطلبات الوطنية للسلامة (NSR) ومتطلبات الجودة الأساسية (EQR) وذلك لتقييم نسبة تحقيق المستشفى للحد الأدنى من محتوى دليل التشغيل (عند التطابق) كالتالي:

- "مستوفي/متطابق": عندما تحقق المستشفى ٨٠٪ أو أكثر من التطابق مع الحد الأدنى من المحتويات حسب ما ذكر في الدليل التشغيلي، بمجموع درجات (٢) .
- "مستوفي جزئياً/متطابق جزئياً": عندما تحقق المستشفى أقل من ٨٠٪ ولكن أكثر من أو ما يساوي ٥٠٪ من التطابق مع الحد الأدنى من المحتويات حسب ما ذكر في الدليل التشغيلي، بمجموع درجات (١).
- "غير مستوفي/غير متطابق": عندما تحقق المستشفى أقل من ٥٠٪ من التطابق مع الحد الأدنى من المحتويات حسب ما ذكر في الدليل التشغيلي، بمجموع درجات (٠).
- "غير قابل للتطبيق": عندما يقرر المراجع أن المتطلبات خارج نطاق خدمات المستشفى (ويتم حذف الدرجات من البسط والمقام).

ملحوظة: تعد الوثائق الحالية والمعتمدة فقط صالحة للتقييم.

#### قواعد حساب الدرجات الشامل

##### القيمة النسبية للأقسام المختلفة

- يشكل مجموع درجات المتطلبات الوطنية للسلامة ٤٥٪ من إجمالي الدرجات
- يشكل مجموع درجات متطلبات الجودة الأساسية ٤٥٪ من إجمالي الدرجات
- يشكل مجموع درجات الدليل التشغيلي ١٠٪ من إجمالي الدرجات

## قواعد قرار الاعتماد المبدي

### القرار الأول : الاعتماد المبدي لمدة سنة

- التطابق مع المتطلبات الأساسية. و
- إجمالي نسبة التطابق مع أقسام المتطلبات الثلاث ( من القسم الثاني حتي الرابع ) ٨٠٪ أو أكثر، و
- ونسبة التطابق لكل قسم من الأقسام الثلاث بمفرده ( من القسم الثاني حتي الرابع ) لا تقل عن ٨٠٪ ، و
- لم يحتسب متطلب واحد من المتطلبات الوطنية للسلامة ( المعيار كاملاً ) " غير مستوفي/غير متطابق "

### القرار الثاني: الاعتماد المبدي الذي يتطلب اجتياز زيارة تقييمية ثانية خلال (٦) ستة أشهر ( الاعتماد المبدي مشروط )

- التطابق مع المتطلبات الأساسية ، و
- إجمالي نسبة التطابق مع أقسام المتطلبات الثلاث ( من القسم الثاني حتي الرابع ) من ٧٠٪ إلي أقل من ٨٠٪ ، أو
- نسبة التطابق لكل قسم من أقسام المتطلبات الثلاث بمفرده ( من القسم الثاني حتي الرابع ) ٧٠٪ إلي أقل من ٨٠٪ ، أو
- لم يحتسب أكثر من متطلب واحد من المتطلبات الوطنية للسلامة ( المعيار كاملاً ) " غير مستوفي/غير متطابق " ملحوظة: يمكن أن يتم الاعتماد المبدي للمستشفى بقواعد وشروط " الاعتماد المبدي المشروط " مرة واحدة فقط

### القرار الثالث: الاعتماد المبدي الذي يتطلب اجتياز زيارة تقييمية ثانية خلال (٤) أشهر ( الاعتماد المبدي مشروط )

- التطابق مع المتطلبات الأساسية ، و
- نسبة التطابق مع أقسام المتطلبات الثلاث ( من القسم الثاني حتي الرابع ) تتراوح من ٦٠٪ إلي أقل من ٧٠٪ ، أو
- نسبة التطابق لكل قسم من أقسام المتطلبات الثلاث بمفرده ( من القسم الثاني حتي الرابع ) تتراوح من ٦٠٪ إلي أقل من ٧٠٪ ، أو
- لم يحتسب أكثر من متطلبين من المتطلبات الوطنية للسلامة ( المعيار كاملاً ) " غير مستوفي/غير متطابق ". ملحوظة: يمكن أن يتم الاعتماد المبدي للمستشفى بقواعد وشروط " الاعتماد المبدي المشروط " مرة واحدة فقط

### القرار الرابع: رفض الاعتماد المبدي

- عدم التطابق مع المتطلبات الأساسية، أو
- نسبة التطابق مع أقسام المتطلبات الثلاث ( من القسم الثاني حتي الرابع ) أقل من ٦٠٪ ، أو
- نسبة التطابق لكل قسم من أقسام المتطلبات الثلاث بمفرده ( من القسم الثاني حتي الرابع ) أقل من ٦٠٪ ، أو
- تم احتساب أكثر من متطلبين من المتطلبات الوطنية للسلامة(المعيار كاملاً) " غير مستوفي/غير متطابق" ، أو
- اكتشف فريق المراجعين وجود حدث وشيك ومهدد للحياه واتفقت علي ذلك لجنة الاعتماد.

## اللغة والمفاهيم المستخدمة

يستخدم هذا الدليل مفاهيم ومصطلحات محددة بهدف الوضوح والاتساق ، ومن أهم المصطلحات التي تساعد المستشفي علي تفسير المعيار : العملية، السياسة، الإجراء، البرنامج، الخطة، أدلة العمل، البروتوكول، وكلما استخدمت كلمة " عملية" في المعيار، فهي تشير إلي متطلب من الضروري تحقيقه.

- "العملية" :
  - سلسلة من الأفعال أو الخطوات المتخذة من أجل تحقيق هدف معين.
  - "العملية الموثقة" :
  - وثيقة تصف العملية ويمكن أن تكون في شكل سياسة أو إجراء أو برنامج أو خطة أو أدلة عمل أو بروتوكول.
  - "السياسة":
    - مبدأ العمل الذي تتبناه المؤسسة.
    - عادة ما تجيب على السؤال: ما هي العملية؟
    - تُعد أكثر صرامة من أدلة العمل أو البروتوكولات.
    - لا تشمل الأهداف التي يجب تحقيقها خلال فترة زمنية معينة.
  - "الإجراء":
    - طريقة ثابتة أو رسمية للقيام بشيء ما.
    - عادة ما يجيب على السؤال: كيف تتم العملية؟
    - يُعد أكثر صرامة من أدلة العمل أو البروتوكولات.
    - لا يشمل الأهداف التي يجب تحقيقها خلال فترة زمنية معينة.
  - "الخطة":
    - مقترح/ طرح مفصل لعمل أو تحقيق شيء ما.
    - عادة ما تجيب على السؤال: ما الهدف؟ لماذا وكيف ومتى سيتم تحقيقه؟
    - تشمل الأهداف التي يجب تحقيقها خلال فترة زمنية معينة.
  - أدلة العمل:
    - قاعدة عامة أو مبدأ أو نصيحة.
    - عادة ما تجيب على السؤال: ما هي العملية؟ كيف يجب أن تحدث؟
    - عادة ما تتسم بالسرد أكثر من البروتوكول.
- "البروتوكول":
  - يضع أفضل الممارسات للتعامل مع حالة معينة، والذي يتضمن خطة علاج تستند إلى استراتيجيات قائمة على الأدلة وإجماع آراء المتخصصين.
  - عادة ما يحتوي على رسوم بيانية وخرائط التدفق وخرائط ذهنية وخرائط التفكير المتسلسل Thinking trees
- الوثيقة مقابل السجل
  - يتم إنشاء الوثيقة عند التخطيط لما يجب القيام به.
  - يتم إنشاء سجل لتوثيق شيء تم عمله.
- الطبيب مقابل عضو الطاقم الطبي
  - الطبيب هو متخصص يمارس الطب.
  - عضو الطاقم الطبي هو متخصص يمارس الطب أو طب الأسنان وغيرهم من الممارسين المستقلين.



## القسم الأول : المتطلبات الأساسية

### قراءة وتفسير المتطلبات الأساسية

- المستشفيات الراغبة في الحصول على الاعتماد المبدئي / إعادة الاعتماد المبدئي والاعتماد / إعادة الاعتماد من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، عليها أن ترسل إلي الهيئة التوافق مع المتطلبات التنظيمية الأساسية عن طريق [reg@gahar.gov.eg](mailto:reg@gahar.gov.eg) ليتم تقييمها قبل المراجعة الميدانية في المستشفى.
- يتضمن هذا الفصل المتطلبات التنظيمية الأساسية للمشاركة في عملية الاعتماد المبدئي الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية كخطوة أولى للحصول على الاعتماد الكامل من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

### الامتثال إلى القوانين واللوائح الحالية ذات الصلة وتحديثاتها، وبيانها كالتالي :

#### مستشفى حكومي

١. ترخيص تداول النفايات الخطرة
٢. ترخيص بنك الدم
٣. ترخيص أجهزة الأشعة المؤينة
٤. ترخيص استخدام الليزر
٥. ترخيص وحدة غسيل كلوى
٦. ترخيص وحدة قسطرة قلب
٧. ترخيص استخدام المواد المشعة
٨. شهادة مطابقة اشتراطات الحماية المدنية
٩. ترخيص المصاعد
١٠. ترخيص المولدات الكهربائية

#### مستشفى خاص أو تابع لجهة غير حكومية

١. ترخيص المستشفى
٢. ترخيص تداول النفايات الخطرة
٣. ترخيص الصيدلية
٤. ترخيص المعمل
٥. ترخيص بنك الدم
٦. ترخيص أجهزة الأشعة المؤينة
٧. ترخيص استخدام الليزر
٨. ترخيص وحدة غسيل كلوى
٩. ترخيص وحدة قسطرة قلب
١٠. ترخيص استخدام المواد المشعة
١١. ترخيص مركز علاج طبيعى
١٢. شهادة مطابقة اشتراطات الحماية المدنية
١٣. ترخيص المصاعد
١٤. ترخيص المولدات الكهربائية

#### مستشفى حكومي أو خاص به قسم طب نفسى

- موافقة المجلس الإقليمي للصحة النفسية
- ملحوظة: للأغراض المرجعية، برجاء مراجعة المرفقات.





## القسم الثاني : المتطلبات الوطنية للسلامة

### ◀ قراءة وتفسير المتطلبات الوطنية للسلامة (NSR)

تهدف المتطلبات الوطنية للسلامة إلى تحسين سلامة المرضى في المستشفيات ، ولقد قامت الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية باختيار المعايير التي قد تؤثر على سلامة الأفراد لوضعها كمتطلبات أساسية للمستشفيات التي ترغب في الانضمام إلى منظومة التأمين الصحي الشامل.

وكجزء من عملية الاعتماد المبدئي الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، يجب أن تظهر المستشفيات التزامها نحو سلامة المرضى . ويتطلب ذلك، التطابق مع كل المتطلبات الوطنية للسلامة (NSR) . وخلال عمليات المراجعة التقييمية الخاصة بالاعتماد المبدئي، يقوم المراجعين بتقييم التنفيذ المتسق لكل مطلب من المتطلبات الوطنية للسلامة (NSR) في جميع الممارسات ذات الصلة.

• فالمعيار هو مستوي معين من الجودة أو الإنجاز ، خاصة ذلك المستوي الذي يعتبر مقبولاً، ويتكون من نص المعيار، الكلمات الرئيسية، الغرض، دليل عملية المراجعة، وأدلة التطابق مع المعيار.

#### • نص المعيار:

• يكتب كل معيار علي شكل جملة المعيار مسبوقه برمز.

#### • الكلمات الرئيسية:

• تهدف الكلمات الرئيسية إلى مساعدة المستشفيات على فهم أهم عنصر (العناصر) في نص المعيار. ولتلك الكلمات أو المفاهيم دلالة كبيرة. فهي تجيب على السؤال : ما الذي يهدف المعيار إلى قياسه

#### • الغرض

- يهدف الغرض إلى مساعدة المستشفيات على فهم المعني الكامل للمعيار.

- ينقسم الغرض عادة إلى جزئين.

□ معياري: يصف هدف ومنطق المعيار ويوضح كيف يتناسب المعيار مع البرنامج ككل، ويجب على السؤال: لماذا يجب التطابق مع المعيار.

□ إخباري: يهدف إلى مساعدة المستشفيات على تحديد استراتيجية تفسير وتنفيذ المعيار، ويجب على السؤال: كيف سيتم التطابق مع المعيار؟

- تتطلب بعض المعايير أن يتم توثيق وتنفيذ وتسجيل و/أو مراقبة الحد الأدنى من المكونات اللازمة لتنفيذ العمليات، وعادة ما تسبق هذه المكونات عبارة " علي الأقل ما يلي" ثم يليها قائمة من المتطلبات في تسلسل رقمي أو أبجدي. بناء علي ذلك، تعتبر هذه المكونات أساسية وجزء لا يتجزأ من أجل الوصول الي الحد الأدنى المقبول من التطابق مع المعيار.

#### • دليل عملية المراجعة:

• وهي تيسر علي المراجعين وتساعدهم في تقييم أدلة التطابق المطلوبة مع المعيار

#### • أدلة التطابق مع المعيار EOCs:

• تشير أدلة التطابق مع المعيار إلى ما تتم مراجعته وإعطاء درجه عليه أثناء عملية المراجعة في المستشفى.

• أدلة التطابق لكل معيار تحدد متطلبات التطابق الكامل مع المعيار حيث يتم أخذ الدرجة وفقاً لكل دليل تطابق مستوفي.

◀ المتطلبات الوطنية للسلامة

الكلمات الرئيسية	المتطلبات الوطنية للسلامة NSR
<b>معايير عامة بشأن سلامة المرضى</b>	
التعريف الصحيح للمريض	NSR.01
الأوامر الشفهية والتليفونية	NSR.02
نظافة وتطهير الأيدي	NSR.03
التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب	NSR.04
تقييم احتمالية السقوط والوقاية منها	NSR.05
الوقاية من قرح الفراش	NSR.06
التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية	NSR.07
الإنذارات الحرجة	NSR.08
اكتشاف علامات التدهور الإكلينيكي والوقاية منه	NSR.09
الجلطات الدموية الوريدية	NSR.10
النتائج الحرجة	NSR.11
<b>إدارة وسلامة الدواء</b>	
استخدام المختصرات والرموز	NSR.12
التوافق بين الأدوية	NSR.13
تخزين الأدوية ووضع الملصقات التعريفية عليها	NSR.14
الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة	NSR.15
الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق	NSR.16
<b>الجراحة والتخدير والتهدئة</b>	
وضع علامة علي موضع الجراحة	NSR.17
قائمة تحقق ما قبل العمليات	NSR.18
الوقت المستقطع Timeout	NSR.19
تجنب الخطأ الناتج عن ترك الأدوات داخل جسم المريض	NSR.20
<b>سلامة البيئة والمنشآت</b>	
السلامة من الحريق	NSR.21
تدريبات المحاكاه علي مكافحة الحريق	NSR.22
السلامة من المواد الخطرة	NSR.23
خطة إدارة السلامة	NSR.24
برنامج السلامة من الإشعاع	NSR.25
برنامج سلامة المعمل	NSR.26
سلامة المعدات الطبية	NSR.27
سلامة المرافق	NSR.28

## معايير عامة بشأن سلامة المرضى

**NSR.01: التعريف الصحيح والدقيق للمريض عن طريق استخدام وسيلتين على الأقل لتعريف المريض والعناصر الأخرى المتعلقة بخطة رعايته.**

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

التعريف الصحيح للمريض

#### الغرض:

إن تقديم رعاية أو تدخل للمريض الخطأ يعتبر خطأ جسيم ، وقد يكون له تبعات خطيرة. واستخدام وسيلتين للتعريف الصحيح لكل مريض هو الإجراء الأمثل في الحد من مثل هذه الأخطاء الممكن منعها، وهو أمر مهم بشكل خاص عند إعطاء الأدوية شديدة الخطورة أو تنفيذ إجراءات تداخلية تنطوي أو إجراء عالي الخطورة.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية التعريف الصحيح للمريض. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- وجود وسيلتين مميزتين للتعريف الصحيح للمريض. (شخصيتين)
- المواقف التي تتطلب التحقق من هوية المريض.
- عناصر الرعاية المرتبطة بالتعريف الصحيح للمريض مثل إعطاء الأدوية و مع العينات الإكلينيكية والدم ومشتقاته وغيرها.
- طرق توثيق التعريف الصحيح للمريض مثل أساور المعصم وبطاقات الهوية وغيرها.
- ضوابط الوسائل المستثناه من تعريف المريض مثل رقم سرير المريض ورقم غرفة المريض وغيرها.
- الحالات الخاصة التي قد لا يُتبع فيها نفس عملية التعريف الصحيح للمريض مثل حديثي الولادة والأشخاص غير المحددة هويتهم والكوارث وغيرها.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة ذات الصلة للتحقق من الوسيلتين (الشخصيتين) المطلوبتين للتعريف الصحيح للمريض والحالات التي تتطلب استخدامها.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة عدد مناسب من السجلات الطبية ويتحقق في كل ورقة من وسيلتي التعريف الصحيح للمريض المذكورتين في السياسة.
- قد يقابل مراجع الهيئة عددا من متخصصي الرعاية الصحية (يمكن أن يكون عدد ١٠) لسؤالهم عن وسيلتي التعريف الصحيح للمريض ومتى يجب استخدامها.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة أساور المعصم كأحد طرق التعريف الصحيح للمريض ويلاحظ عملية التعريف الصحيح للمريض قبل اتخاذ أي إجراء أو قبل تقديم الرعاية.

#### أدلة التتابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات معتمدة للتعريف الصحيح للمريض والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. جميع متخصصي الرعاية الصحية على دراية بسياسة المستشفى.
٣. يتم التعريف الصحيح للمريض وفقاً للسياسة.
٤. تسجيل وسيلتي التعريف الصحيح للمريض في سجل المريض الطبي.
٥. تتنوع المستشفى بيانات عملية التعريف الصحيح للمريض وتجمعها وتحللها وترفع تقريراً بشأنها.
٦. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية التعريف الصحيح للمريض.

## NSR.02: إبلاغ الأوامر الشفهية أو الهاتفية بشكل آمن وفعال.

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

الأوامر الشفهية والهاتفية

#### الغرض:

إن سوء التواصل هو السبب الجذري الأكثر شيوعاً وراء الأحداث الضارة. وقيام الشخص المستقبل للمعلومة بكتابة وإعادة قراءة الأوامر كاملة يقلل من سوء التواصل، ويقلل من الأخطاء الناتجة عن استخدام كلمات غير واضحة أو غير مألوفة أو خاطئة لفظياً؛ كما يعتبر ذلك الإجراء فرصة للتحقق من الأوامر. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات تتناول تلقي الاتصالات الشفهية والهاتفية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. الأوامر الشفهية.
- ب. الأوامر الهاتفية.
- ج. عملية التسجيل.
- د. قيام المتلقي بإعادة القراءة.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة استقبال الأوامر الشفهية أو الهاتفية حتى يتحقق مما إذا كانت السياسة تصف بوضوح عملية التسجيل وقيام المتلقي بإعادة القراءة.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة التسجيل في السجلات المستخدمة و/ أو سجل المريض الطبي.
- قد يجري مراجع الهيئة مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية لتقييم معرفتهم والتزامهم بسياسة المستشفى.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة توجه الاتصالات الشفهية وتحدد محتواها وتتضمن السياسة على الأقل جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر السياسة.
٣. تسجيل جميع الأوامر الشفهية والهاتفية في سجل المريض الطبي خلال إطار زمني محدد مسبقاً.
٤. المستشفى تتتبع وتجمع وتحلل بيانات عملية الأوامر الشفهية والهاتفية وترفع تقريراً بها.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية الأوامر الشفهية والهاتفية.

## NSR.03: تبني وملائمة أدلة عمل قائمة على الأدلة لنظافة وتطهير اليدين في جميع أنحاء المستشفى من أجل منع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

تطهير ونظافة اليدين

#### الغرض:

تعد نظافة وتطهير الأيدي الركيزة الأساسية في الحد من انتقال العدوى ببيئة الرعاية الصحية. وهي تعتبر الاستراتيجية الأكثر فاعلية وكفاءة لمكافحة ومنع انتشار العدوى. يجب أن تتوافر أدوات ومستلزمات نظافة وتطهير الأيدي (صابون اليد ومطهرات اليد والمناشف ذات الاستخدام الواحد) بأعداد مناسبة في الأماكن المناسبة. وتعد المنتجات الكحولية لذلك الأيدي هي المنتجات المفضلة الحالية للإجراء الروتيني لنظافة وتطهير الأيدي ما لم تكن اليدين متسخة بشكل واضح. مما يساعد علي سد العجز في عدد الأحواض.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة وأدلة عمل نظافة اليدين.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملصقات وسجلات تعليم نظافة اليدين.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين بالمستشفى للاستفسار عن أساليب نظافة اليدين والمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية: "اللحظات الخمس لنظافة اليدين".
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة مرافق غسل اليدين في كل منطقة من مناطق رعاية المرضى ويتحقق من توافر المستلزمات (الصابون، والمناديل الورقية، وكحول ذلك الأيدي، ... إلخ).
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة التزام متخصصي الرعاية الصحية بالطرق الصحيحة لنظافة الأيدي: و"اللحظات الخمس لنظافة اليدين" المحددة بواسطة منظمة الصحة العالمية.

### أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسات واجراءات مُعتمدة لنظافة اليدين قائمة علي أدلة العمل الحالية .
2. تدريب متخصصي الرعاية الصحية على هذه السياسات والإجراءات.
3. ملصقات التوعية بكيفية تنظيف اليدين موجودة بالأماكن ذات الصلة ، ويتم توفير المرافق اللازمة لغسيل الأيدي بالأعداد والأماكن المطلوبة .
4. تنتج المستشفى البيانات المتعلقة بنظافة وتطهير الأيدي وتجمعها وتحللها وترفع تقارير بها.
5. تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة فيما يخص عملية نظافة وتطهير الأيدي.

### **NSR.4: تنفيذ نظم لمنع التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب.**

#### السلامة

### الكلمات الرئيسية:

التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب

### الغرض:

الأنابيب والقسطر هي خطوات هامة في تقديم الرعاية الصحية اليومية من أجل إعطاء الأدوية والسوائل للمرضى. والمرضى، خاصة في مناطق الرعاية الحرجة والمتخصصة، يتم توصيل العديد من الأنابيب والقسطر لهم، ولكل منها وظيفة خاصة (المتابعة والوصول والصراف). وقد يتم توصيل هذه الأنابيب والقسطر بشكل خاطئ أثناء الرعاية مما يؤدي إلى إعطاء مادة خاطئة عبر المكان الخطأ مما قد يتسبب في أضرار كبيرة. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. لا ينبغي ترك مسؤولية توصيل وإزالة الأنابيب للعاملين غير الإكلينيكين أو الأسر أو الزوار.
- ب. وضع ملصق تعريفى على القسطر عالية الخطورة (مثل القسطرة الشريانية، قسطرة اليبديورال، قسطرة قناة النخاع الشوكي).
- ج. تجنب استخدام القسطر مع منافذ الحقن في هذه الأماكن.
- د. تتبع جميع الأنابيب والقسطر من أصلها إلى منفذ الاتصال للتحقق من المرفقات قبل إجراء أي توصيل أو قبل إعادة التوصيل، أو إعطاء أدوية أو محاليل أو منتجات أخرى.
- هـ. توحيد عملية تتبع القسطر وعملية إعادة الفحص وخرائط القسطر كإحدى وسائل التواصل عند التسليم والتسلم.
- و. اختبار القبول وتقييم المخاطر (تحليل أنماط الفشل وتأثيراته، ... إلخ) لتحديد احتمالية حدوث أخطاء في التوصيل عند شراء قسطرة وأنابيب جديدة.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة السياسة أثناء جلسة مراجعة الوثائق.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتأكد من درايتهم بالسياسة
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة التطابق مع سياسة التوصليل الخاطئ للقساطر أثناء التتبع.

### أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
2. جميع العاملين الذين يستخدمون الأنابيب والقساطر على دراية بسياسة المستشفى.
3. يتولي أفراد مختصون مسؤولية استخدام والتعامل مع الأنابيب والقساطر.
4. استخدام والتعامل مع الأنابيب والقساطر بشكل آمن.
5. تسجيل استخدام والتعامل مع الأنابيب والقساطر في سجل المريض الطبي.

**NSR.05: مسح وتقييم مخاطر سقوط المريض وإعادة تقييمها دورياً والتعامل معها بطريقة آمنة وفعالة.**

### السلامة

### الكلمات الرئيسية:

تقييم مخاطر السقوط والوقاية منها

### الغرض:

جميع المرضى عرضة للسقوط ولكن البعض أكثر عرضة لها. وعادة ما يتم تحديد المرضى الأكثر عرضة للسقوط من خلال عملية تقييم المخاطر من أجل تقديم اجراءات وقائية خاصة بكل مريض للحماية من السقوط. وتعد الإجراءات الوقائية الأكثر فاعلية هي تلك المخصصة لكل مريض علي حدة وتلك الموجهة لتقليل الخطر الذي تم تحديده في تقييم المخاطر. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية تقييم مخاطر السقوط وعملية الوقاية منها. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. فحص عناصر المخاطر الخاصة بالمريض عند دخول المستشفى.
- ب. تشمل المخاطر تقييم الأدوية وعوامل المخاطر الأخرى.
- ج. الإطار الزمني لإكمال فحص مخاطر السقوط والوقاية منها.
- د. معدل إعادة تقييم مخاطر السقوط.
- هـ. استخدام الإجراءات العامة لتقليل مخاطر السقوط مثل نظم الاستدعاء والإضاءة وقضبان بجوانب الممرات وقضبان بالحمام وجوانب السرير والكراسي المتحركة وعربات الترولي المزودة ذات الأقفال.
- و. خطط الرعاية الخاصة بكل مريض علي حدة للحماية من السقوط بناءً على تقييم مخاطر سقوط كل مريض على حدة.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الوقاية من السقوط للتحقق من تقييم مخاطر المرضى وتغيير الحالة الصحية؛ مع ملاحظة أن تقييم الدواء يعد جزءاً من التقييم، ووجود اجراءات عامة وضعت للحد من خطر السقوط وخطط الرعاية المخصصة للمريض بناءً على تقييم مخاطر السقوط له.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة السجلات الطبية من أجل تقييم مخاطر السقوط بما في ذلك مراجعة الأدوية ونماذج خطط الوقاية من السقوط وملصقات مخاطر السقوط ومواد تثقيف المريض وذويه.
- قد يُجري مراجع الهيئة مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية والمرضى وأسرهم للتحقق من فهمهم وتنفيذهم لاجراءات تقييم مخاطر السقوط والوقاية منها.
- قد يفحص مراجع الهيئة الإجراءات الوقائية العامة على مستوى المستشفى مثل نظم الاستدعاء والإضاءة وقضبان الممرات وقضبان الحمام وجوانب السرير والكراسي المتحركة وعربات الترولي المزودة بالأقفال.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة توجه فحص وتقييم مخاطر السقوط والوقاية منها وتحدد إطاره الزمني والحد الأدنى لمحتواه وفقاً لأدلة العمل. تتضمن السياسة جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. متخصصو الرعاية الصحية مؤهلون وعلى دراية بعناصر السياسة المعتمدة.
٣. المرضى الأكثر عرضة لخطر السقوط وأسرههم يدركون ويشاركون في اجراءات الوقاية من السقوط.
٤. إكمال وتسجيل جميع عمليات فحص وتقييم مخاطر السقوط في نطاق إطار زمني ومسئوليات معتمدة.
٥. تسجيل الإجراءات العامة وخطط الرعاية الخاصة بكل مريض علي حدة في سجله الطبي.
٦. إجراء إعادة تقييم مخاطر السقوط في نطاق الإطار الزمني المعتمد.

**NSR.06: مسح وتقييم مخاطر إصابة المريض بقرح الفراش وإعادة تقييمها دورياً والتعامل معها بطريقة آمنة وفعالة.**

### السلامة

### الكلمات الرئيسية:

الوقاية من قرح الفراش

### الغرض:

يعد استخدام أدوات أو مقاييس تقييم مخاطر قرح الفراش أحد مكونات عملية التقييم المستخدمة لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بقرح الفراش. وتوصى العديد من أدلة العمل الدولية للوقاية من قرح الفراش باستخدام أدوات تقييم المخاطر، حيث إن تحديد المرضى الأكثر عرضة للإصابة بقرح الفراش تعد استراتيجية وقائية أفضل من محاولة علاجهم. وثبت أن وضع اجراءات الوقاية من قرح الفراش خصيصاً لكل مريض هو أمر فعال. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش والوقاية منها. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. تقييم المخاطر المعرض لها المريض عند الدخول بما في ذلك تقييم الجلد.
- ب. الإطار الزمني لاستكمال مسح قرح الفراش.
- ج. تكرار إعادة تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش.
- د. استخدام الاجراءات العامة لتقليل خطر الإصابة بقرح الفراش مثل أجهزة تخفيف الضغط والمراتب الهوائية.
- هـ. وضع خطط رعاية مخصصة للمريض قائمة علي تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش له.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الوقاية من قرح الفراش للتحقق من تقييم مخاطر إصابة المريض بقرح الفراش عند الدخول، وعند حدوث تغييرات في حالة المريض، ووضع اجراءات عامة لتقليل مخاطر الإصابة بقرح الفراش، ووضع خطط رعاية مخصصة للمريض قائمة علي تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش له.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة السجلات الطبية لمراجعة تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش، وخطط الرعاية، ومواد تثقيف المريض وذويه.
- قد يقابل مراجع الهيئة متخصصي الرعاية الصحية والمرضى وأسرههم للتحقق من فهمهم وقيامهم بتقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش واجراءات الوقاية.
- قد يتحقق مراجع الهيئة من الاجراءات وحزم الإجراءات العامة للوقاية من الإصابة بقرح الفراش مثل أجهزة تخفيف الضغط والمراتب الهوائية في جميع أنحاء المستشفى.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه إجراء تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش وتحدد محتواها وإطارها الزمني بناءً على أدلة العمل، وتتضمن العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (هـ).
٢. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر عملية مسح الإصابة بقرح الفراش واجراءات الوقاية منها.
٣. المرضى الأكثر عرضه للإصابة بقرح الفراش وأسرههم على دراية باجراءات الوقاية ويشاركون فيها.



٤. إكمال تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش وتسجيله في نطاق إطار زمني ومسئوليات معتمدة.
٥. تسجيل الاجراءات العامة وخطط الرعاية المخصصة لكل مريض في سجله الطبي.
٦. جميع عمليات إعادة تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش تتم في غضون إطار زمني معتمد.

**NSR.07:تنفيذ نهج موحد للتواصل عند تسليم وتسلم الرعاية بما في ذلك إتاحة الفرصة لطرح الأسئلة والرد عليها.**

## السلامة

### الكلمات الرئيسية:

التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية

### الغرض:

- الهدف الأساسي من "تسليم وتسلم الرعاية" هو النقل المباشر لمعلومات دقيقة عن رعاية المرضى بين العاملين من أجل ضمان استمرارية الرعاية. علاوة على ذلك، فإن ذلك يتيح الفرصة للتوضيح مما يقلل بالتالي من الأخطاء الطبية. تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:
- أ. إطار التواصل الموصى به، مثل SBAR و ISOBAR و I PASS the BATON وغيرها.
  - ب. حالات استخدام هذا الإطار؛ وهذا يشمل على سبيل المثال لا الحصر الفترات الفاصلة بين النوبتجات المختلفة (في نفس القسم)، وبين مختلف مستويات الرعاية (أقسام/خدمات مختلفة).
  - ج. شروط حضور العاملين وقت التسليم والتسلم.
  - د. مسئوليات العاملين.
  - هـ. البيئة الموصى بها.
  - و. وسائل تسجيل العملية مثل سجل تسليم وتسلم النوبتجية و/ أو نموذج الإقرار، و/ أو وسيلة إلكترونية لتسليم وتسلم النوبتجية و/ أو طرق أخرى كأدلة التطابق مع المعيار.

### دليل عملية المراجعة:

- يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة تسليم وتسلم رعاية المرضى بين النوبتجات المختلفة (في نفس القسم) وكذلك بين مختلف مستويات الرعاية (أقسام/خدمات مختلفة) للتحقق من وجود إطار عمل موصى به (مثل SBAR و ISOBAR و I PASS the BATON وغيرها) والعاملين المسؤولين والبيئة الموصى بها والتسجيل.
- يقوم مراجع الهيئة بمراجعة السجلات الطبية و/ أو سجلات تسليم النوبتجية و/ أو نموذج الإقرار و/ أو وسيلة تسليم وتسلم النوبتجية إلكترونيا و/ أو طرق أخرى كأدلة التطابق مع المعيار.
- يقوم مراجع الهيئة بمقابلة العاملين للتحقق من معرفتهم بإطار التسليم والتسلم المتفق عليه.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. جميع متخصصي الرعاية على دراية بسياسة المستشفى.
٣. تسجيل التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية وإتاحتها عند الحاجة.
٤. تتبع المستشفى بيانات عملية التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية وتجمعها وتحللها وترفع تقريراً بشأنها.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية.

## NSR.08: يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات للتعامل مع الإنذارات الحرجة.

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

الإنذارات الحرجة

#### الغرض:

يتم تزويد الأجهزة الطبية خاصة تلك المتعلقة بالوظائف الحيوية بإنذارات تنبيه العاملين عند حدوث أعطال بالجهاز أو إلى حالة المريض الحرجة. والتي يؤدي تعطلها إلى زيادة تعرض المرضى لمخاطر الوفاة والمراضة. تهدف الإنذارات إلى حث العاملين على اتخاذ إجراء مناسب فوري إما بفحص عطل الجهاز أو بدء إجراء من شأنه إعادة استقرار الوضع. ويمكن ضمان حدوث ذلك عندما يصبح جميع العاملين على دراية كاملة بإعدادات الإنذار (القيم وشدة الصوت) وأهميته، وعندما يتم تدريبهم على الإجراءات المطلوبة التي يجب اتخاذها عند إطلاق الإنذار. يلزم إجراء اختبار كفاءة سنوي للعاملين لضمان الاستخدام الآمن لأجهزة العرض وغيرها من الأجهزة التي تحتوي على أنظمة إنذار حرجة. وأداة الكفاءة المناسبة هي تلك التي لا تقتصر على اختبار قدرة الطبيب على ذلك. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن الاستخدام والتعامل مع الإنذارات الحرجة بشكل آمن. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. جرد الإنذارات الحرجة وصيانتها الوقائية.
- ب. اختبار أنظمة الإنذارات الحرجة.
- ج. اختبار أجهزة الإنذار وتفعيلها بالإعدادات المناسبة.
- د. أولويات الإطلاق في حالة الإنذارات المتعددة، وأولويات السماح للعاملين بتعطيل أجهزة الإنذار أو تغيير إعداداتها، ومتابعة الاستجابة لإطلاق الإنذار.
- هـ. مسؤولية العاملين وإجراءات التحكم وإجراءات التأكد والإجراءات العلاجية التصحيحية.
- و. أجهزة الإنذار مسموعة بدرجة كافية فيما يتعلق بالمسافات والإنذارات المتعددة والضجيج داخل الوحدة.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة صيانة واختبار أنظمة الإنذارات الحرجة، والتي يجب أن تشمل العاملين المسؤولين وإجراءات التحكم وإجراءات التأكد والإجراءات التصحيحية. قد يتحقق مراجع الهيئة مما إذا كانت الإجراءات تغطي اختبار الإنذارات وإجراءات الإعدادات المناسبة وأولويات الإطلاق في حالة الإنذارات المتعددة وأولويات السماح للعاملين بتعطيل أجهزة الإنذار أو تغيير إعداداتها ومتابعة الاستجابة لإطلاق الإنذار.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة جرد جميع الأجهزة المزودة بإنذارات حرجة بما في ذلك وضع أدلة العمل.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة سجل الصيانة لإثبات العاملين المسؤولين والشركة المسؤولة والجدول الزمني والإعدادات المتفق عليها والدليل على عمل الجهاز والإبلاغ عن الأعطال والإجراءات العلاجية.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة جداول اختبارات الإنذارات وقائمة الإعدادات النشطة الحالية في مختلف مناطق الرعاية.
- قد يقابل مراجع الهيئة العاملين حول الأجهزة المزودة بإنذارات حرجة وعاملتي الصيانة للتحقق من معرفتهم بإعدادات الإنذارات الحرجة والاستجابة لإطلاقها.
- قد يلاحظ (يستمع) مراجع الهيئة أو ينشط الإنذارات الحرجة للتحقق من مدى ملاءمة شدة صوت الإنذار لمساحة مكان العمل.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. جميع العاملين الذين يستخدمون الأجهزة المزودة بإنذارات حرجة على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسؤولون عن استخدام والتعامل مع الإنذارات الحرجة.

٤. استخدام والتعامل مع الإنذارات الحرجة بشكل آمن.
٥. تسجيل استخدام والتعامل مع الإنذارات الحرجة وفقا للسياسة لإثبات العاملين المسؤولين والشركة المسؤولة والجدول الزمني والإعدادات المتفق عليها والدليل على عمل الجهاز والإبلاغ عن الأعطال والإجراءات العلاجية.

**NSR.09:** يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات معتمدة لضمان اكتشاف علامات التدهور الإكلينيكي والاستجابة له علي نطاق المستشفى.

## السلامة

### الكلمات الرئيسية:

اكتشاف علامات التدهور الإكلينيكي والاستجابة له

### الغرض:

إن الاكتشاف المبكر لعلامات التحذير وتقديم الرعاية العاجلة في الوقت المناسب يؤدي إلى نتائج وظيفية وطويلة الأجل أفضل من إنعاش المرضى الذين يعانون من السكتة القلبية الرئوية. وأظهرت الدراسات أن هذه الاستراتيجية لها تأثير إيجابي على تقاليل الوفيات بالمستشفى وتحسين سلامة المرضى. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لضمان سلامة عملية التعامل مع علامات التدهور الإكلينيكي والاستجابة له. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. ضوابط محددة لاكتشاف علامات التدهور الإكلينيكي.
- ب. تثقيف العاملين بشأن الضوابط المحددة.
- ج. تحديد العاملين المعنيين بالاستجابة.
- د. آليات استدعاء العاملين للاستجابة؛ بما في ذلك الكود (الأكواد) التي يمكن استخدامها لاستدعاء الطوارئ.
- هـ. الإطار الزمني للاستجابة.
- و. استجابة موحدة على مدار ٢٤ ساعة في اليوم و٧ أيام في الأسبوع.
- ز. تسجيل الاستجابة والتعامل مع التدهور الإكلينيكي.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسات نظام اكتشاف علامات التدهور الإكلينيكي والاستجابة له في جميع أنحاء المستشفى.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة عملية تشكيل فرق استجابة سريعة وعملية ضمان إجراء تدريبات دورية تشمل مراجعة محاضر اجتماعات اللجنة المعنية (مثل لجنة توقف القلب أو لجنة الطوارئ الطبية) كدليل على المتابعة المنتظمة للعمليات.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة عملية قياس وتسجيل الملاحظات مثل معدل التنفس وتشبع الأكسجين وضغط الدم وعدد ضربات القلب ودرجة الحرارة ومستوى الوعي، ... الخ.
- قد يتحقق مراجع الهيئة من وجود أدلة على تدريب العاملين على اكتشاف علامات التدهور الإكلينيكي والإبلاغ عنه.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة التطابق مع سياسات اكتشاف علامات التدهور الإكلينيكي والاستجابة له.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة عملية الاستجابة إلى التدهور الإكلينيكي إن أمكن.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. جميع العاملين المشاركين في رعاية المرضى بشكل مباشر على دراية بسياسة المستشفى.
٣. المسؤولون عن اكتشاف علامات التدهور الإكلينيكي والاستجابة له هم أفراد مختصون.
٤. يتم اكتشاف علامات التدهور الإكلينيكي والاستجابة له بشكل آمن.
٥. تسجيل اكتشاف علامات التدهور الإكلينيكي والاستجابة له في سجل المريض الطبي.

## 10.NSR: مسح وتقييم مخاطر إصابة المريض بالجلطات الدموية الوريدية (جلطات الأوردة العميقة وانسداد رئوي) إعادة تقييمها دورياً والتعامل معها بطريقة آمنة وفعالة.

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

الوقاية من الجلطات الدموية الوريدية

#### الغرض:

تعتبر الجلطات الدموية الوريدية قاتلاً صامتاً في المستشفيات لا يمكن إغفاله . ومن الهام تبني أدلة عمل إكلينيكية للوقاية من الإصابة بهذه الجلطات بما يؤدي إلي الحد من الأحداث الضارة والوفيات التي يمكن الوقاية منها. تتبنى وتنفذ المستشفى أدلة عمل إكلينيكية للوقاية من الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية. وتتناول أدلة العمل الإكلينيكية ما يلي على الأقل:

- إجراء تقييم مخاطر للمريض عند الدخول.
- الإطار الزمني لإكمال مسح الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية.
- إعادة تقييم مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية.
- استخدام الاجراءات العامة لتقليل مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية مثل التشجيع على الحركة والأدوية.
- وضع خطط رعاية مخصصة للمريض وفقاً لتقييم مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية له.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة أدلة العمل التي تحدد المرضى المعرضين للإصابة بالجلطات الدموية الوريدية والتعامل معهم (جلطات الأوردة العميقة وانسداد رئوي).
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من فهمهم لإجراءات الوقاية من الجلطات الدموية الوريدية.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع المرضى وذوهم للتأكد من أنهم تلقوا معلومات عن مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية والاجراءات الوقائية.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة الإلتزام بأدلة عمل للوقاية من الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية (جلطات الأوردة العميقة وانسداد رئوي).

#### أدلة التطابق مع المعيار:

1. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه إجراء تقييم مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية وتحدد محتواها وإطارها الزمني بناءً على أدلة العمل الإكلينيكية، وتتضمن العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (هـ).
2. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر عملية المسح للإصابة بالجلطات الدموية الوريدية واجراءات الوقاية منها.
3. المرضى الأكثر عرضه للإصابة بالجلطات الدموية الوريدية وذوهم على دراية بإجراءات الوقاية ويشاركون فيها.
4. إكمال تقييم مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية وتسجيله في نطاق إطار زمني ومسئوليات معتمدين.
5. يوجد دليل على متابعة الإلتزام بأدلة العمل الإكلينيكية.

## NSR.11: إبلاغ النتائج الحرجة في الوقت المناسب وبدقة وبطريقة آمنة.

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

النتائج الحرجة

#### الغرض:

قد تتأثر سلامة المرضى وجودة الرعاية عند التأخير في إكمال الفحوصات الحرجة أو تأخير إبلاغ نتائج الفحوصات الحرجة إلى القوائم بطلب الفحوصات. إن سوء التواصل هو السبب الجذري الأكثر شيوعاً وراء الأحداث الضارة. وقيام الشخص المستقبل للمعلومة بكتابة وإعادة قراءة الأوامر كاملة يقلل من سوء التواصل، ويقلل من الأخطاء الناتجة عن استخدام كلمات غير واضحة أو غير مألوفة أو خاطئة لفظياً. كما يعتبر ذلك الإجراء فرصة للتحقق من الأوامر. ويجب على المعمل وخدمة التصوير الطبي ومعمل القلب غير التداخلي وبرنامج اختبارات نقطة الرعاية أن يحددوا القيم الحرجة للاختبارات/ الفحوصات المحددة. وتتضمن العملية تعليمات بوجوب الإبلاغ الفوري للشخص المصرح له والمسئول عن المريض بالنتائج التي تتجاوز القيم الحرجة. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية تحديد النتائج الحرجة والإبلاغ بها. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. قوائم النتائج والقيم الحرجة.
- ب. عملية الإبلاغ بنتائج الفحوصات الحرجة بما في ذلك الإطار الزمني و "إعادة القراءة" من المتلقي.
- ج. عملية التسجيل
  - i. وسيلة الإبلاغ.
  - ii. تاريخ ووقت الإبلاغ.
  - iii. تحديد هوية الموظف المسئول عن الإبلاغ.
  - iv. تحديد هوية الشخص الذي تم إبلاغه.
  - v. وصف تسلسل إبلاغ النتيجة.
  - vi. نتائج الفحوصات التي تم إبلاغها.
  - vii. أي صعوبات تمت مواجهتها خلال عملية الإبلاغ.
- د. الإجراءات الواجب اتخاذها في حالة النتائج الحرجة.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة النتائج الحرجة للتأكد مما إذا كانت تصف بوضوح عملية التسجيل وإعادة القراءة من المتلقي.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة التسجيل في السجلات المستخدمة و/ أو سجل المريض الطبي.
- قد يجري مراجع الهيئة مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية لتقييم درايتهم والتزامهم بسياسة المستشفى.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه إبلاغ النتائج الحرجة وتحدد محتواها وتتناول على الأقل العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر السياسة.
٣. تسجيل جميع النتائج الحرجة في سجل المريض الطبي خلال إطار زمني محدد مسبقاً بما في ذلك جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (i) إلى نقطة (vii).
٤. تتابع المستشفى وتجمع وتحلل وترفع تقريراً عن بيانات عملية الإبلاغ بالنتائج الحرجة.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية الإبلاغ عن النتائج الحرجة.

## إدارة وسلامة الدواء

**NSR.12:** تحدد المستشفى أكواد موحدة للتشخيص والإجراءات، والتعريفات، والرموز، والاختصارات.

الكفاءة

### الكلمات الرئيسية:

الاختصارات

### الغرض:

عادة ما تُستخدم الأكواد والرموز والاختصارات لإمكانية كتابة كلمات كثيرة في مساحة صغيرة. قد يتسبب هذا الأمر في سوء التواصل بين متخصصي الرعاية الصحية واحتمالية حدوث أخطاء في رعاية المرضى. تضع المستشفى سياسة وإجراءات خاصة بالأكواد والرموز والاختصارات المعتمدة والممنوعة وفقاً لنطاق خدمات المستشفى ولغة التواصل الرسمية المعتمدة داخل المستشفى، وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. قائمة الرموز/ الاختصارات المعتمدة.
- ب. قائمة الرموز/ الاختصارات التي يجب عدم استخدامها. :  
إن تطبيق قائمة الاختصارات التي يُحظر استخدامها والمتعلقة بالأدوية يسترشد بمراجع موثوقة مثل قائمة معهد ممارسات الدواء الآمن (ISMP) والتي تتضمن على الأقل ما يلي:

U/IU ○

.Q.D ○

QD ○

.q. o. d ○

qod ○

MS ○

MSO4 ○

MgSO4 ○

No Trailing Zero ○

No leading Zero ○

- ج. الاختصارات المكتوبة بلغة غير اللغة الإنجليزية والكتابة اليدوية غير المقروءة.
- د. الحالات التي يجب فيها عدم استخدام الرموز والاختصارات (حتى القائمة المعتمدة)، مثل الموافقة المبينة على المعرفة وأي سجل يتلقاه المرضى وذويهم من المستشفى بشأن رعاية المريض.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الاختصارات بالمستشفى.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة عدد مناسب من السجلات الطبية (ما لا يقل عن عشرة سجلات) للتحقق من الاختصارات المستخدمة في أوامر الأدوية.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع الطاقم الطبي للتحقق من درايتهم بالاختصارات المحظورة.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) حتى نقطة (د).
٢. جميع العاملين يقومون بالتسجيل في سجل المريض الطبي على دراية بمتطلبات السياسة.
٣. تتطابق الأكواد المعتمدة مع تلك التي تقدمها السلطات الصحية و/ أو الطرف الثالث القائم بالدفع.
٤. لا تستخدم الرموز والاختصارات (حتى القائمة المعتمدة) في الموافقة المبينة على المعرفة وأي سجل يتلقاه المرضى وذويهم من المستشفى بشأن رعاية المريض.

### NSR.13: التحقق من التوافق بين الأدوية في جميع أماكن إلتقاء الرعاية بالمستشفى.

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

التوافق بين الأدوية، أفضل تاريخ دوائي ممكن

#### الغرض:

غالبًا ما يتلقى المرضى أدوية جديدة أو يتم تغيير أدويتهم الحالية عند الانتقال في الرعاية (دخول المستشفى، أو النقل من وحدة إلى أخرى أثناء الحجز بالمستشفى، أو الخروج من المستشفى).

ونتيجة لذلك، فإن النظام العلاجي الجديد الموصوف عند الخروج من المستشفى قد لا يتضمن دون قصد الأدوية المطلوبة، أو يكرر دون داع العلاجات الموجودة، أو يحتوي على جرعات غير صحيحة. وهذه التناقضات تعرض المرضى لخطر الأحداث الدوائية الضارة (Adverse Drug Events).

تعد عملية التحقق من التوافق بين الأدوية ممارسة متعددة التخصصات تتقاسم مسؤولياتها بين الأطباء وطاقم التمريض والصيداللة وغيرهم من الإكلينيكيين المشاركين في رعاية المريض. ويشير التحقق من التوافق بين الأدوية إلى عملية تجنب عدم الاتساق غير المقصود في الأدوية الموصوفة عند تنقل المريض في الرعاية من خلال مراجعة التاريخ الدوائي الكامل للمريض عند دخول المستشفى وعند الانتقال بين أماكن الرعاية وعند الخروج من المستشفى ومقارنته بالنظام الموصوف بمكان الرعاية الجديد.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية التحقق من التوافق بين الأدوية والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. الحالات التي تتطلب التحقق من التوافق بين الأدوية:

i. عند دخول المستشفى (مطابقة طلبات الأدوية الحالية مع أفضل تاريخ دوائي ممكن، ويُفضل أن يتم ذلك خلال ٢٤ ساعة من الدخول).

ii. أثناء الرعاية (التحقق من أن قائمة الأدوية الحالية يتم إبلاغها بدقة في كل مرة يتم فيها نقل الرعاية للمريض وكذلك عند تسجيل الأدوية).

iii. عند الخروج من المستشفى (التحقق من أن الأدوية المطلوبة في وصفة أدوية الخروج مطابقة لتلك الموجودة في خطة الخروج وقائمة الأدوية، والتأكد من توثيق التغييرات).

ب. تحديد المسؤول عن القيام بالتحقق من التوافق بين الأدوية.

ج. مشاركة المرضى وذويهم.

د. خطوات عملية التحقق من التوافق بين الأدوية مثل جمع قائمة الأدوية والفيتامينات والمكملات الغذائية والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية والتطعيمات التي يستخدمها المرضى، وتوضيح ما إذا كانت الأدوية وجرعاتها مناسبة، ومتوافقة مع قائمة الأدوية الجديدة وتسجيل التغييرات.

هـ. الإطار الزمني لإتمام عملية التحقق من التوافق بين الأدوية.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى، ويولي ذلك مقابلة أعضاء الطاقم الطبي وطاقم الصيداللة وطاقم التمريض وغيرهم من متخصصين الرعاية الصحية من أجل الاستفسار عن عملية التحقق من التوافق بين الأدوية.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة عدد من السجلات الطبية (أكثر من ١٠ سجلات في الأغلب) من أجل تقييم تسجيل الأدوية الحالية عند دخول المستشفى.
- قد يجري مراجع الهيئة مقابلة مع عدد مناسب من المرضى من أجل أن يستفسر عما إذا قام الأطباء بتقييم التاريخ الدوائي للمريض ويتحقق من درابتهم بأي تفاعلات قد تحدث مع الأدوية الموصوفة حديثًا.
- قد يتحقق مراجع الهيئة مما إذا كانت أدوية المريض الخاصة تتوافق مع الأدوية الحالية المسجلة عند دخول المستشفى ويتم تضمينها في عملية التحقق من التوافق بين الأدوية.

### أدلة التتابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة بشأن التحقق من التوافق بين الأدوية والتي تتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (هـ).
٢. تدريب العاملين المسؤولين عن التحقق من التوافق بين الأدوية للحصول على أفضل تاريخ دوائي ممكن وتحقيق التوافق بين الأدوية.
٣. يحدث التحقق من التوافق بين الأدوية عند دخول المستشفى وأثناء انتقال الرعاية وعند الخروج من المستشفى ضمن إطار زمني محدد.
٤. من يصف الدواء يقوم بمقارنة قائمة الأدوية الحالية بقائمة الأدوية الموصوفة ويتخذ قرارات إكلينيكية مبنية على تلك المقارنة.
٥. تسجيل الأدوية التي تم التحقق من توافقها بوضوح، وإبلاغ المعلومات ذات الصلة بوضوح إلى متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في وصف دواء المريض.
٦. يشارك المرضى وأسرهم في عملية التحقق من التوافق بين الأدوية.

### **NSR.14: تخزين الأدوية بشكل آمن في المخازن والصيدليات ومناطق رعاية المرضى وفقاً للقوانين واللوائح.**

#### السلامة

### الكلمات الرئيسية:

تخزين ووضع ملصقات تعريفية labeling على الأدوية

### الغرض:

عادة ما يتم تخزين الأدوية في المستشفى بالصيدليات أو مناطق التخزين أو مناطق رعاية المرضى. ويعتمد استقرار/فعالية بعض الأدوية على تخزينها في الظروف الصحيحة من حيث الضوء والرطوبة ودرجة الحرارة. فإن تخزين الأدوية بشكل ملائم يقلل من هدر الأدوية، وصرفها والتعامل معها بشكل غير صحيح، كما يقلل من الحدوث الناتج عن نسيان جرعة من الجرعات.

يصعب التعرف على الأدوية والمحاليل التي توضع في حاويات ليس عليها ملصقات تعريفية. كما أن تفريغ الأدوية والمحاليل من حاوياتها الأصلية ووضعها في حاويات ليس عليها ملصقات تعريفية قد أدى إلى أحداث مأساوية أحيانا. فتجاهل هذه الممارسة غير الأمانة المبادئ الأساسية للإدارة الأمانة للأدوية، ومع ذلك فهي تتم بشكل روتيني في العديد من المستشفيات.

ويجب علي المستشفى أن توفر ظروف تخزين مناسبة (من حيث درجة الحرارة والضوء والرطوبة) في مناطق تخزين الأدوية وذلك للحفاظ علي استقرار الأدوية على مدار ٢٤ ساعة طوال أيام الأسبوع. تضع المستشفى قيودا على إمكانية الوصول إلى مناطق تخزين الأدوية بمستوى الأمان المطلوب لحمايتها من الضياع أو السرقة، بحسب أنواع الأدوية المخزنة.

كما تضمن المستشفى وضع ملصقات تعريفية على جميع الأدوية وحاويات الأدوية والمحاليل الأخرى كأحد الممارسات التي تهدف إلي الحد من المخاطر و الذي يتوافق مع الإدارة الأمانة للدواء. و تعالج هذه الممارسة أحد عوامل الخطر المعروفة في إدارة الأدوية.

### دليل عملية المراجعة:

أثناء عملية المراجعة، قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق تخزين وتحضير الأدوية ومنها مناطق إجراء الجراحات والإجراءات التداخلية لتقييم ظروف التخزين ووضع الملصقات التعريفية.

### أدلة التتابق مع المعيار:

١. يتم تخزين الأدوية بشكل آمن و مؤمن وفقاً لتوصيات المورد/ الشركة المصنعة وحفظها بطريقة نظيفة ومنظمة.
٢. تخزين الأدوية التي تؤثر على الحالة النفسية والأدوية الخاضعة للرقابة والمخدرات وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.



٣. تضع المستشفى عملية معتمدة لاستخدام وتخزين الأدوية متعددة الجرعات لضمان استقرارها وسلامتها.
  ٤. تضع المستشفى عملية واضحة للتعامل مع انقطاع التيار الكهربائي للتأكد من سلامة أي أدوية قد تتأثر بذلك قبل استخدامها.
  ٥. يتم فحص الأدوية بالمخازن والصيدليات ومناطق رعاية المرضى دورياً (كل شهر على الأقل) للتأكد من الامتثال إلى ظروف التخزين السليمة.
  ٦. وضع ملصقات تعريفية على جميع الأدوية وحاويات الأدوية والمحاليل والعناصر المستخدمة في تحضير الأدوية بشكل واضح (إن لم تكن ظاهرة على العبوات أو الصناديق الأصلية) على أن يحتوي الملصق التعريفي على الاسم، والقوة/ التركيز، وتاريخ انتهاء الصلاحية، ورقم التشغيل، وأي تحذيرات معمول بها.
- NSR.15: تعريف وتخزين وصرف الأدوية عالية الخطورة و الإلكتروليتيات المركزة بطريقة تضمن تقليل المخاطر إلى أقل درجة ممكنة.**

## السلامة

### الكلمات الرئيسية:

الأدوية عالية الخطورة و الإلكتروليتيات المركزة

### الغرض:

الأدوية عالية الخطورة هي تلك التي تحمل نسبة عالية من الخطورة والتي قد تتسبب في ضرراً بالغاً إذا تم إعطائها للمريض بطريقة خاطئة. وعلى الرغم من أن الأخطاء قد تكون أو لا تكون شائعة مع هذه الأدوية، فمن الواضح أن عواقب الخطأ في استخدام هذه الأدوية قد يسبب أضراراً بالغة للمرضى. وتتضمن أمثلة الأدوية عالية الخطورة، على سبيل المثال لا الحصر، مضادات التجلط، وخافضات سكر الدم، والأدوية ذات النطاق العلاجي الضيق (فرق قليل بين الجرعة السامة والجرعة الفعالة)، وأدوية التخدير، ومسببات التقلص العضلي.

تشمل الإلكتروليتيات المركزة، على سبيل المثال لا الحصر، كلوريد البوتاسيوم [تركيز يساوي أو أكبر من ٢ ملي مكافىء/مليتر]، وفوسفات البوتاسيوم [تركيز يساوي أو أكبر من ٣ ميليمول/مليتر]، وكلوريد الصوديوم [تركيز أكبر من ٠,٩٪]، وكبريتات المغنيسيوم [تركيز يساوي أو أكثر من ٥٠٪]. وهناك الكثير من التقارير عن حدوث وفيات حدثت عن طريق الخطأ بسبب إعطاء الإلكتروليتيات المركزة بطريقة خاطئة. ومن أحد الممارسات لتقليل خطر الموت أو الإصابة الناتجة عن الإلكتروليتيات المركزة، هو تجنب تخزينها في مناطق رعاية المرضى.

يجب أن تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لإدارة عملية الاستخدام الآمن للأدوية عالية الخطورة و الإلكتروليتيات المركزة. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. قوائم الأدوية عالية الخطورة طبقاً للبيانات الخاصة بالمستشفى وبالمنظمات الوطنية والدولية المعترف بها (مثل معهد الممارسات الدوائية الآمنة ISMP ومنظمة الصحة العالمية).
  - ب. قائمة الإلكتروليتيات المركزة ومخزونها.
  - ج. وجود استراتيجيات لمنع الاستخدام والاعطاء الخاطئ لهذه الأدوية.
- يجب تخزين الإلكتروليتيات المركزة بطريقة آمنة بما في ذلك الفصل ووضع الملصقات التعريفية عليها في المستشفى.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق رعاية المرضى ويُقيم إجراءات ضمان التخزين الآمن للأدوية عالية الخطورة (مثل وضع ملصقات تعريفية عليها) و الإلكتروليتيات المركزة، أو (وضع ملصقات تعريفية مع كتابة تعليمات للتذكير مثل: "يجب تخفيفه"، أو فصلها في مناطق مؤمنة).
- قد يجري مراجع الهيئة مقابلات مع طاقم التمريض في مختلف مناطق رعاية المرضى لتقييم الفهم للاستراتيجيات الوقائية الخاصة بإدارة هذه الأدوية، وقد يقوم بإجراء مقابلة مع أعضاء الفريق الطبي للاستفسار عن الضرورة الطبية القائمة على الأدلة والتي تسمح بتخزين الإلكتروليتيات المركزة في هذه المناطق.

### أدلة التوافق مع المعيار:

١. لدي المستشفى سياسة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. تقدم المستشفى تدريباً أولياً ومستمرًا إلى متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في إدارة واستخدام الأدوية عالية الخطورة أو الإلكترونيات المركزة.
٣. توجد بالمستشفى قائمة (قوائم) بالأدوية عالية الخطورة و الإلكترونيات المركزة والتي يتم تحديثها بانتظام.
٤. تخزين الأدوية عالية الخطورة و الإلكترونيات المركزة بطريقة آمنة ووضع ملصقات تعريفية عليها في جميع أنحاء المستشفى.
٥. تنفذ المستشفى عملية لمنع الإخطاء للأدوية عالية الخطورة و الإلكترونيات المركزة.
٦. تتبع المستشفى وتجمع وتحلل بيانات إدارة الأدوية عالية الخطورة و الإلكترونيات المركزة وترفع تقارير بها. كما تعمل على فرص التحسين التي تم تحديدها.

**NSR.16: تمييز وتخزين الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق بطريقة تقلل من مخاطر حدوث أخطاء في صرف وإعطاء الأدوية.**

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق

#### الغرض:

الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق (LASA) هي تلك المتشابهة بصرياً في الشكل أو العبوة، وتلك التي تتشابه أسمائها في الكتابة و/أو النطق. قد يؤدي أي خلط بين هذه الأدوية إلى أخطاء دوائية ضارة. يقدم معهد الممارسات الدوائية الأمانة (ISMP) قائمة متجددة بأسماء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق ليلقي الضوء على الأدوية التي قد تتطلب التعامل معها بإجراءات احترازية خاصة. وتتمثل إحدى الاستراتيجيات التي يوصي بها معهد الممارسات الدوائية الأمانة للحد من الأخطاء الدوائية الناتجة عن الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق هي تعريف هذه الأدوية بكل من الاسم التجاري والاسم العلمي، وشكل الجرعة، ودرجة التركيز، وتعليمات الاستعمال، ودواعي الاستعمال مما يساعد في التمييز بين أسماء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق. قد تختلف الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق في دواعي الاستعمال، وربط الدواء بدواعي الاستعمال الخاصة به قد يساعد في التمييز بينه وبين دواء آخر مشابه له في النطق. وتتمثل التوصيات الأخرى في ضمان سهولة قراءة الوصفات الطبية من خلال تحسين خط اليد والطباعة.

وقد تستخدم بعض المستشفيات فواصل مادية وتفرق بين هذه الأدوية في مناطق تخزين الأدوية من أجل تقليل المخاطر. بالإضافة إلى ذلك، تستخدم بعض المستشفيات ملصقات تعريفية مصممة خصيصاً أو اتباع ممارسة Tall man lettering وهي ممارسة لكتابة جزء من اسم الدواء بالأحرف الكبيرة (على سبيل المثال DOPamine مقابل DoBUTamine) لإبراز وجه الاختلاف في اسم الدواء عن غيره المشابه له. تضع المستشفى استراتيجيات إدارة المخاطر من أجل تقليل الأحداث العرضية المرتبطة بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق ومن أجل تعزيز سلامة المرضى. تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لضمان الاستخدام الآمن للأدوية المتشابهة في الشكل والنطق. وتتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. قائمة بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق
- ب. متطلبات تخزين هذه الأدوية
- ج. متطلبات وضع الملصقات التعريفية
- د. متطلبات صرف هذه الأدوية

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى وأحدث قائمة للأدوية المتشابهة في الشكل والنطق، ثم يجري مقابلات مع طاقم الصيدلة وطاقم التمريض للاستفسار عن عمليات تقليل المخاطر المرتبطة باستخدام الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء الملاحظة بالصيدلية وعربات الأدوية ومخزن الأدوية ومناطق تحضير الأدوية من أجل التحقق من وضع ملصقات تعريفية على الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة عملية إعطاء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.

### أدلة التتابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. توجد قائمة بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق يتم تحديثها كل عام على الأقل.
٣. تقدم المستشفى تدريباً أولياً ومستمرًا إلى متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في إدارة واستخدام الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.
٤. تخزين الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق وفصلها ووضع ملصقات تعريفية عليها بطريقة آمنة وموحدة في جميع الأماكن.
٥. يتم فحص الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق بشكل صحيح عند الصرف.
٦. تتبع المستشفى وتجمع وتحلل بيانات إدارة الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق وترفع تقارير بها. ويتم العمل على فرص التحسين التي تم تحديدها.

### الجراحة والتخدير والتهدئة

**NSR.17:** قيام الطبيب بوضع علامة واضحة على الموضوع المحدد لإجراء الجراحة أو الإجراء التداخلي وذلك بمشاركة المريض.

#### السلامة

### الكلمات الرئيسية:

وضع علامة على موضع الجراحة

### الغرض:

إن الهدف الأساسي للسلامة الجراحية هو إجراء الجراحة الصحيحة للمريض الصحيح وعلى الجزء من الجسم الصحيح بدون ترك أي أداة داخل الجسم.

إن وضع السياسات والإجراءات ذات الصلة، والمعروفة باسم البروتوكول العالمي، يعد الخطوة الأولى لإجراء جراحة آمنة. إن وضع علامة مرئية وواضحة على موضع إجراء الجراحة هو أحد استراتيجيات تقليل الأخطاء التي يجب أن يقوم بها الطبيب الذي سيجري الجراحة أو الإجراء التداخلي بمشاركة المريض إذا كان المريض بالغاً وواعياً تمامًا أو مشاركة أسرة المريض في الحالات الأخرى.

يجب أن تكون العلامة على الموضوع الجراحي موحدة على مستوى المستشفى ويمكن اكتشافها وتوضع في أقرب مكان إلى موضع الإجراء الجراحي.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لوضع علامة واضحة على موضع الإجراء الجراحي مع توضيح دواعي التطبيق والعمليات الجراحية والإجراءات التداخلية المستتانه من وضع علامة على موضع الإجراء الجراحي، على أن تطبق عملية وضع العلامة قبل استدعاء المريض للجراحة والإجراء التداخلي، ويراقب الالتزام بالعملية بشكل مستمر

### دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى لضمان وجود جميع المكونات المطلوبة في السياسة، ثم يلاحظ مريض يذهب لإجراء جراحة وإجراء تداخلي للوقوف على وجود علامة واضحة ومعتمدة وغير

قابلة للغسل على موضع إجراء الجراحة أو الإجراء التداخلي (عند امكانية تطبيق ذلك)، ويجري مقابلات مع العاملين حول التعريف بالسياسة وتنفيذها.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة لوضع علامة على موضع الإجراء الجراحي أو التداخلي.
٢. العاملون مدربون على تطبيق عملية وضع علامة على الموضع الجراحي
٣. العلامة على موضع الإجراء الجراحي أو التداخلي هي علامة موحدة في جميع أنحاء المستشفى ويقوم بها الطبيب المسئول عن الإجراء الجراحي أو التداخلي.
٤. تُوضع العلامة على موضع الإجراء الجراحي أو التداخلي قبل دخول المريض غرفة العمليات.
٥. تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات المتعلقة بعملية وضع علامة على الموضع الجراحي وترفع تقرير بها.
٦. تعمل المستشفى على فرص التحسين في عملية وضع علامة على الموضع الجراحي.

**NSR.18: التحقق من أن الوثائق والمعدات اللازمة للإجراءات والتخدير أو التهدئة في متناول اليد وصحيحة وتعمل بشكل سليم قبل استدعاء المريض.**

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

قائمة تحقق ما قبل الجراحة

#### الغرض:

يجب التأكد من توفر جميع العناصر المطلوبة مثل حجز الدم blood booking ونتائج الفحوصات المطلوبة أو التركيبات الصناعية التي ستتم كأحد عمليات التحقق قبل الجراحة وذلك لضمان سلامة المريض وتقديم الرعاية المناسبة. إن التأكد من أن المعدات اللازمة متوفرة وتعمل بشكل صحيح يقلل من خطر حدوث الأخطاء الناتجة عن استخدام معدات معطلة، أو إلغاء الجراحة أو الإجراء التداخلي بعد ذهاب المريض إلى غرفة العمليات أو وحدة الإجراءات التداخلية، كما يعتبر إجراء الفحص الدوري للمعدات أحد عمليات تحسين الجودة التي يجب أن يقوم بها عاملون مدربون باستخدام قوائم تحقق جيدة الإعداد. يتطلب من المستشفى أن تتأكد من أن المعدات اللازمة للجراحة وللإجراء التداخلي متوفرة بالمستشفى وأنها تعمل بشكل جيد قبل استدعاء المريض. ويمكن أن تختلف المعدات والأدوات وفقاً لنوع الجراحة والإجراء التداخلي أو استخدام التخدير والتهدئة. ويجب أيضاً أن تضع المستشفى عملية للتحقق قبل الجراحة للتأكد من توافر جميع الوثائق والعناصر اللازمة وغيرها من البنود قبل خضوع المريض لجراحة أو إجراء تداخلي.

#### دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى، ثم يتتبع مريض خضع أو تم استدعائه لإجراء جراحة أو إجراء تداخلي للتأكد من أن عملية التحقق تجري بطريقة صحيحة من حيث الوثائق اللازمة وغيرها من الأوامر المطلوبة مثل حجز الدم أو الفحوصات. ويلاحظ مراجع الهيئة تسليم المريض إلى غرفة العمليات أو وحدة الإجراءات التداخلية الأخرى ويراجع وثيقة التسليم كما يقوم بمراجعة قائمة التحقق التي توضح أن المعدات المطلوبة متوفرة وتعمل جيداً.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة للتحقق قبل الجراحة من جميع الوثائق والمعدات اللازمة.
٢. توجد أدلة مسجلة على التحقق قبل الجراحة من جميع الوثائق والمعدات اللازمة قبل كل جراحة وإجراء تداخلي.
٣. تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات المتعلقة بعملية التحقق قبل الجراحة ورفع تقرير بها.
٤. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية التحقق قبل الجراحة.

**NSR.19: التأكد من المريض الصحيح والإجراء الصحيح والجزء الصحيح من الجسم قبل الجراحة ومباشرة قبل البدء في الإجراء الجراحي أو التداخلي (الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time-Out).**

السلامة

### الكلمات الرئيسية:

الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time-out

### الغرض:

الوقت المستقطع للتحقق من المريض الصحيح، الجراحة / الإجراء التداخلي الصحيح، والمكان والجانب الصحيح من الجسم حيث سيتم إجراء الجراحة / الإجراء التداخلي هي عملية واحدة ثبت أنها تقلل من إجراء جراحة في المكان الخطأ ويجب أن يتحقق متخصصو الرعاية الصحية عند إجراء جراحة أو إجراء تداخلي من أنه هو المريض الصحيح، وأنها الجراحة الصحيحة، للموضع الصحيح، والجانب الصحيح من الجسم؛ وأنه تم إعطاء المريض مضاد حيوي وقائي عندما يكون ذلك قابلاً للتطبيق.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات للتأكد من أنه المريض الصحيح والجراحة أو الإجراء التداخلي الصحيح والمكان الصحيح والجزء الصحيح من الجسم حيث سيتم إجراء الجراحة أو الإجراء التداخلي، وأنه يتم تطبيق عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time-out مباشرة قبل بدء الجراحة أو الإجراء التداخلي (البدء بالتخدير).

### دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة وإجراء منع المريض الخطأ، والمكان/ جانب الجسم الخطأ، والجراحة/ الإجراء التداخلي الخطأ، ويتأكد من أنها تدعم التحقق من المريض والإجراء وجانب الجسم قبل بدء الإجراء، بغض النظر عما إذا كان المريض خضع للتخدير أو التهذئة أو كان واعياً (الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء). ثم يلاحظ حالة أثناء عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء، ويراجع الوثيقة المستخدمة لتسجيل هذه العملية. كما يراجع وثائق السجل الطبي المفتوح والمغلق، بالإضافة إلى إجراء مقابلات مع العاملين حول كيفية إجراء العملية وظروفها الخاصة.

### أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة للتأكد من المريض الصحيح والإجراء الصحيح والجزء الصحيح من الجسم.
2. تنفيذ عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time out مباشرة قبل جميع الإجراءات الجراحية والإجراءات التداخلية وقبل بدء الجراحة أو الإجراء التداخلي.
3. يشارك فريق الجراحة أو الإجراء التداخلي في عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time out، بما في ذلك الطبيب المنفذ والمرضة وطبيب التخدير عندما يكون ذلك ممكناً.
4. تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات المتعلقة بالوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time-out ورفع تقرير بها.
5. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time Out

**NSR.20: التحقق من الإحصاء الدقيق لأعداد الإسفنجة / قطع الشاش والإبر والأدوات قبل وبعد الإجراء.**

السلامة

### الكلمات الرئيسية:

الوقاية من ترك الأدوات داخل جسم المريض

### الغرض:

إن الإسفنجة / قطع الشاش أو الإبر أو المناشف أو الأدوات المتروكة داخل جسم المريض تعد جسم غريب ويتسبب في أعراض اعتلال خطيرة مثل شعور بالألم وحدوث إصابة بعض الأعضاء وتعفن الدم، مما يستلزم إعادة فتح جسم المريض وقد يصل الأمر إلى حدوث وفاة.

يجب على المستشفى العمل على أن يبذل فريق الجراحة قصارى جهده لمنع نسيان أي جسم غريب أثناء الجراحة/ الإجراءات التداخلية وذلك عن طريق الإحصاء الدقيق لعدد أي عنصر مستخدم قبل وأثناء غلق كل تجويف بالجسم وبعد إغلاق الجرح.

### دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة والإجراء لضمان أنها تتناول دور فريق التمريض والجراحين، والتحقق من إحصاء عدد الأدوات قبل وبعد العملية الجراحية بواسطة شخصين، وكذلك الخطوات التي يجب اتخاذها في حالة وجود اختلاف في العدد قبل وبعد العملية الجراحية. قد يلاحظ مراجع الهيئة حالة أثناء أو بعد الجراحة أو الإجراءات التداخلية، أو قد يراجع نموذج إحصاء العدد في السجل الطبي المغلق أو المفتوح. كما يجري مقابلة مع فريق الجراحة أو الإجراءات التداخلية.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. قيام اثنين من العاملين بإحصاء عدد الإسفنج أو الإبر أو المناشف أو الأدوات قبل وأثناء وبعد الجراحة أو الإجراءات التداخلية حيث يكون الثاني شاهد على الأول.
٢. يوجد سجل بإحصاء عدد الإسفنج أو الإبر أو المناشف أو الأدوات قبل الجراحة وأثناءها وبعدها.
٣. يتأكد الطبيب الذي يجري الجراحة من نموذج إحصاء العدد ويوقع عليه.
٤. تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات المتعلقة بعملية إحصاء العدد ورفع تقرير بها.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية إحصاء العدد.

### سلامة البيئة والمنشآت

**NSR.21: تتناول خطة السلامة من الحريق والدخان الوقائية والاكتشاف المبكر والاستجابة والإخلاء الآمن في حالة نشوب حريق و/ أو حالات الطوارئ الداخلية الأخرى.**

#### السلامة

### الكلمات الرئيسية:

السلامة من الحريق والدخان

### الغرض:

إن أحد الاعتبارات الهامة في تصميم السلامة بالمستشفيات هو الوقاية من الحريق، خاصة فيما يتعلق بقابلية احتراق مواد البناء والأثاث وانتشار النار والدخان. في حالة نشوب حرائق عرضية أو مُتعمَّدة، يجب أن تكون معدات إطفاء الحريق متاحة بسهولة لمكافحة هذه الحريق. يجب أن يكون لدى العاملين بالمستشفى معرفة عملية بكيفية استخدام المعدات وتجنب الذعر. إذا لم يكن هناك بديلاً آخر، وعند الفشل في إخماد الحريق بالكامل، فإن الحل الأخير هو إخلاء المستشفى. إن نقل جميع المرضى والزوار والعاملين خارج المناطق الخطرة وبعيداً عن المرافق التي أصابها التلف بأمان قدر الإمكان هو دائماً هدف الإخلاء. من الهام إدراك أن اهتمام الناس بالتفاصيل والعمليات ليس الأمثل في سيناريو الإخلاء. ولذا فإن فهم المبادئ الأساسية سيساعد العاملين على اتخاذ قرارات جيدة عند حدوث الفوضى. تضع المستشفى خطة السلامة من الحريق والدخان والتي تتناول على الأقل ما يلي:

- أ. تقييم مخاطر مستمر والذي يتضمن الخصائص التالية:
  - i. تقييم الامتثال إلى لوائح الحماية المدنية.
  - ii. تقييم الامتثال إلى أكواد مكافحة الحرائق وأكواد البناء.
  - iii. يشتمل على أساليب عزل الحريق والدخان، والمناطق تحت الإنشاء، والمناطق الأخرى عالية الخطورة مثل: المخازن، خزانات الوقود، والمطابخ ومنها الشفطات، والمولدات، والمغسلة، ومناطق إمدادات الأكسجين،

- و غرف الغازات الطبية، ولوحات التحكم في الكهرباء، وغرفة السجلات الطبية، وغرفة النفايات،... إلخ.
- iv. يتناول سلامة جميع شاغلي المكان ومنهم المرضى ونويعهم والعاملين الذين يعملون بنظام الدوام الكامل والعاملين الذين يعملون بنظام الدوام الجزئي والزوار والموردين والمتعاقدين وغيرهم.
- v. يتناول الإخلاء في حالات نشوب حريق وغيرها من حالات الطوارئ، على سبيل المثال: تسرب غاز خطير.
- vi. إجراء تقييم مخاطر خاص أثناء التطوير والبناء.
- ب. نظام الكشف المبكر عن الحريق والدخان، بما في ذلك لوحة التحكم المركزية المتصلة بجميع مناطق المستشفى وفقاً لوظيفتها، وضمان المراقبة المستمرة على مدار ٢٤ ساعة في اليوم طوال أيام الأسبوع.
- ج. نظام إخماد الحريق مثل نظام المياه، وطفاية الحريق الآلية أو اليدوية.
- د. كتابة قائمة بأنظمة مكافحة الحريق والإنذار تتضمن اختبار الصيانة وجدول التفتيش.
- هـ. توفر مخارج حريق آمنة لا يعترضها عوائق، مع وجود لافتات واضحة تشير إلى مناطق التجمع وضوء الطوارئ، بالإضافة إلى اللافتات الأخرى ذات الصلة مثل كيفية إطلاق إنذار الحريق وكيفية استخدام طفاية الحريق وبكرة الخرطوم.
- و. فحص جميع أنظمة مكافحة الحريق وإنذار الحريق، وتسجيل النتائج مع الإجراءات التصحيحية اللازمة.
- ز. التخزين والتعامل الآمن مع المواد سريعة الاشتعال.
- ح. يجب على المستشفى إجراء تدريب وتعريف سنوي ملائم لجميع العاملين بطريقة عملية للتأكد من أن كل شخص بالمستشفى يمكنه:
- i. اتباع خطوات تقنية (PASS) لإخماد النار باستخدام طفاية الحريق ، (RACE) لإنقاذ الموجودين في الموقع من الحريق.
- ii. تحديد المسئول عن إغلاق صمامات الغازات الطبية مع توفير مصادر أكسجين بديلة في حالة نشوب حريق.
- iii. الإخلاء الآمن لجميع شاغلي المكان.
- iv. تقديم تدريب خاص عن إخلاء المرضى المعرضين لخطورة عالية مثل مرضى (غرف العمليات ووحدات العناية المركزة).
- v. مسار إخلاء المستشفى، ومناطق التجمع، ونقاط التجمع.
- ط. توثيق جميع النتائج بطريقة سليمة والتكرار وفقاً لخطة التدريب.
- ي. تقييم الخطة سنوياً، وإذا لزم الأمر وفقاً لنتائج مؤشرات الأداء الرئيسية أو الحوادث الرئيسية ذات الصلة.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة السلامة من الحريق، وعمليات التفتيش على السلامة من الحريق، وصيانة أنظمة الحريق.
- قد يتحقق مراجع الهيئة من أن إنذار الحريق وأنظمة مكافحة الحريق وأنظمة احتواء الدخان تعمل بشكل فعال وتمثل إلى متطلبات الحماية المدنية.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة خطة التجارب العملية (تجارب المحاكاة) وتدريب العاملين (يجب تدريب جميع العاملين على السلامة من الحريق).

#### أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى خطة معتمدة للسلامة من الحريق والدخان وتتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ي).
2. يوجد بالمستشفى نظم إنذار حريق ومكافحة حريق واحتواء دخان، علي أن تكون تعمل بصورة جيدة وتمثل إلى متطلبات الحماية المدنية.
3. يتم إجراء وتسجيل فحص واختبار وصيانة أنظمة إنذار الحريق ومكافحة الحريق واحتواء الدخان.
4. تقدم المستشفى التعريف لجميع العاملين حول الاستجابة للحريق والإخلاء مرة واحدة على الأقل سنوياً.

٥. تضمن المستشفى عمليات إخلاء أمانة لجميع شاغلي المكان في حالة نشوب حريق و/ أو حالات الطوارئ الداخلية الأخرى.

٦. يتم تقييم خطة السلامة من الحريق والدخان سنويًا، وكلما لزم ذلك، مع تجميع البيانات اللازمة وتحليلها.

NSR.22: إجراء تجارب المحاكاة للحريق في مختلف المناطق الإكلينيكية وغير الإكلينيكية، من بينهم تجربة غير معلنة مرة واحدة في العام على الأقل.

## السلامة

### الكلمات الرئيسية:

تجارب المحاكاة للحريق

### الغرض:

يتم تصميم تدريبات مكافحة الحريق من أجل:

- التأكد من خلال التدريب والمحاكاة المنتظمين، من أن العاملين يكتسبون معرفة وفهم لخطة السلامة من الحريق حتى يتمكنوا من التصرف بسرعة وأمان وبطريقة منظمة.
  - زيادة الثقة بالنفس والقدرة على القيام بمسئولياتهم في حالة نشوب حريق.
- يجب تدريب العاملين بالمستشفى على مكافحة الحريق والإخلاء الآمن من تجارب المحاكاة المنتظمة لضمان استعداد العاملين في حالة نشوب حريق و/ أو حالات الطوارئ الداخلية الأخرى.
- تسجل المستشفى تفاصيل تجارب المحاكاة للحريق والتي تتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

أ. التواريخ والتوقيات

ب. العاملون الذين شاركوا في التدريبات

ج. المناطق المشمولة

د. النوبتات

هـ. تقييم تجربة المحاكاة وخطة العمل التصحيحية

إجراء مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بخطط السلامة من الحريق والإجراءات الأساسية في مثل هذه الحالات مثل RACE و PASS.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات تجارب المحاكاة للحريق والإخلاء والتي تتضمن التواريخ والأوقات والعاملين المشاركين والمناطق المشمولة في المستشفى وخطة العمل التصحيحية بناءً على تقييم التجربة.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بخطط السلامة من الحريق والإجراءات الأساسية في مثل هذه الحالات مثل تقنية (PASS) لإخماد النار باستخدام طفاية الحريق، (RACE) لإنقاذ الموجودين في الموقع من الحريق.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. إجراء تجارب المحاكاة للحريق على فترات زمنية محددة مسبقًا.
٢. يشارك العاملون في تجارب المحاكاة للحريق مرة واحدة على الأقل سنويًا.
٣. تسجيل نتائج تجارب المحاكاة للحريق التي تتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (هـ).
٤. إجراء تقييم نتائج تجارب المحاكاة للحريق بعد إجراء كل تجربة.
٥. تخطط المستشفى للإجراء تصحيحي، كلما دعت الحاجة لذلك.



## NSR.23: تضع المستشفى خطط التعامل الآمن والتخزين والاستخدام ونقل المواد الخطرة والنفايات بصورة آمنة

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

السلامة من المواد الخطرة

#### الغرض:

إن المواد الخطرة هي المواد الكيميائية التي إذا تم تسريبها أو إساءة استخدامها يمكن أن تشكل تهديداً على البيئة أو الحياة أو الصحة. تُستخدم هذه المواد الكيميائية في الصناعة والزراعة والطب والأبحاث والسلع الاستهلاكية. تأتي المواد الخطرة في شكل مواد قابلة للإنفجار، ومواد قابلة للاشتعال، ومواد قابلة للاحتراق وسموم ومواد مشعة. يتم هذه المواد في الغالب بسبب حوادث النقل أو الحوادث الكيميائية في المستشفى. نظراً لأن آثار المواد الخطرة يمكن أن تكون مدمرة وبعيدة المدى، فمن المهم أن تخطط المستشفى. الاستخدام الآمن وتهيئة بيئة العمل الآمنة لها. نفايات المستشفى هي أي نفايات تنتج خلال التشخيص، العلاج أو اعطاء اللقاحات للأشخاص أو خلال الأبحاث التي تُجرى في المستشفى تشمل نفايات الرعاية الصحية علي مواد مُعدية وكيميائية وأدوية منتهية الصلاحية ومواد مشعة وأدوات حادة. وهذه الأشياء قد تسبب الأمراض وقد تضر البيئة. وتعد صناديق الأدوية وعلب المواد الطبية والأغذية، وبقايا الطعام ومخلفات المكاتب من نفايات الرعاية الصحية الأخرى ولكنها ليست ضارة. إن إدارة نفايات المستشفى هو إدارة النفايات التي تنتجها المستشفيات باستخدام التقنيات التي من شأنها أن تساعد في التحقق من عدم انتشار الأمراض. يجب على المستشفى أن تحدد وتتحكم في المواد والنفايات الخطرة في جميع أنحاء المستشفى من أجل ضمان سلامة العاملين والمرضى والأقارب الموردين والبيئة. تُصنف المواد والنفايات الخطرة إلى الفئات التالية وفقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية:

- i. معدية
- ii. باثولوجية وتشريحية
- iii. دوائية
- iv. كيميائية
- v. معادن ثقيلة
- vi. حاويات مضغوطة
- vii. أدوات حادة
- viii. سامة للجينات/ سامة للخلايا
- ix. مشعة

تتضمن خطة التعامل مع المواد والنفايات الخطرة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- أ. المخزون الحالي والمحدث للمواد الخطرة المستخدمة بالمستشفى، وينبغي أن يتضمن الجرد اسم المادة ونوع الخطر والموقع والاستخدام ومعدل الاستهلاك والمسئولية.
- ب. يجب أن تكون صحيفة بيانات سلامة المواد (MSDS) متاحة وتتضمن معلومات مثل البيانات الفيزيائية، ونوع المواد الخطرة (قابلة للاشتعال، سامة للخلايا، مسببة للتآكل، مسرطنة،... إلخ)، والتخزين الآمن، وكيفية التعامل مع الانسكابات والتعرض، والإسعافات الأولية، وكيفية التخلص منها.
- ج. وضع الملصقات التعريفية المناسبة على المواد الخطرة.
- د. إجراءات الاستخدام الآمن للمواد الخطرة والتعامل معها وتخزينها وانسكاباتها.
- هـ. فصل جميع تصنيفات النفايات الخطرة ووضع ملصقات تعريفية عليها والتعامل معها وتخزينها ونقلها والتخلص

- منها بطريقة ملائمة.
- و. توافر معدات الحماية ومعدات إزالة الانسكابات اللازمة.
- ز. التحقيق في الحوادث المختلفة مثل الانسكاب والتعرض وتوثيقها.
- ح. الامتثال إلى القوانين المحلية واللوائح، وتوافر التراخيص و/ أو التصاريح المطلوبة.
- ط. تدريب وتعريف العاملين.
- ي. تقييم الخطة وتحديثها سنويًا و/ أو عند اللزوم.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج التعامل مع المواد والنفايات الخطرة للتأكد من أنه يتناول جميع متطلبات السلامة من المواد الخطرة، والتخزين الآمن، والتعامل مع الانسكابات، ومعدات الحماية المطلوبة، والتخلص من النفايات وفقًا للقوانين المحلية واللوائح.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة خطة التخلص من المواد والنفايات الخطرة، وقوائم جرد المواد والنفايات الخطرة، وكذلك صحيفة بيانات سلامة المواد أثناء جلسة مراجعة الوثائق أو أثناء الجولة والتتبع بالمستشفى.
- قد يتفقد مراجع الهيئة وضع ملصقات تعريفية على المواد الخطرة وتخزينها بالإضافة إلى مخزن تجميع وفصل النفايات والتخلص النهائي منها.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. تضع المستشفى خطة إدارة المواد الخطرة والنفايات الخطرة والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ي).
٢. تضمن المستشفى سلامة العاملين عند التعامل مع المواد و/ أو النفايات الخطرة.
٣. التخلص من النفايات يتم وفقًا للقوانين واللوائح.
٤. تضمن المستشفى الاستخدام الآمن للمواد والتعامل معها وتخزينها ووضع ملصقات عليها بطريقة ملائمة.
٥. يوجد بالمستشفى وثيقة معتمدة للتعامل مع الانسكابات والتحقق فيها وتسجيل الحوادث المتعلقة بالمواد الخطرة.
٦. تقييم الخطة وتحديثها سنويًا من خلال تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

**NSR.24: تتناول خطة بيئة العمل الأمانة الأماكن والإجراءات عالية الخطورة ومتطلبات وأدوات ومسئوليات الحد من المخاطر.**

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

خطة إدارة السلامة

#### الغرض:

- تلتزم أماكن الخدمات الصحية بتوفير بيئة آمنة للمرضى والعاملين والزوار.
- تحافظ تدابير السلامة بالمستشفى على سلامة المرضى والعاملين والزوار من المخاطر غير الملائمة مثل الكهرباء ومن السلوك غير اللائق مثل العنف والإعتداء.
- يجب أن توجد بالمستشفى خطة سلامة تتناول المباني والممتلكات والمعدات الطبية والأنظمة من أجل ضمان بيئة آمنة للمرضى وذويهم والعاملين والزوار والموردين.
- تتضمن خطة السلامة على الأقل ما يلي:
- أ. تقييم المخاطر الاستباقي.
  - ب. التخطيط الفعال لمنع الحوادث والإصابات وتقليل المخاطر المحتملة والحفاظ على ظروف آمنة لجميع شاغلي المكان للحد من المخاطر والسيطرة عليها.
  - ج. عمليات مكافحة الآفات والقوارض.

- د. تحدد المستشفى المخاطر المحتملة بسبب تعطل نظام و/ أو سلوك العاملين، على سبيل المثال: أرضية رطبة؛ وتسرب المياه من السقف بجانب علب الكهرباء؛ والتعامل غير السليم مع الأدوات الحادة؛ وعدم الالتزام بمعدات الحماية الشخصية في حالة العمل بالأماكن المرتفعة وفي حالة القيام بالتقطيع واللحام والتعامل مع الجهد العالي؛ والتخزين غير الآمن.
- هـ. التفتيش المنتظم مع توثيق النتائج وتنفيذ الإجراءات التصحيحية والمتابعة المناسبة.
- و. التحسين من أجل التجديد أو الاستبدال على المدى الطويل.
- ز. التدريب على السلامة بناءً على تحليل مخاطر الوظيفة.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة/ خطط السلامة للتأكد من أنها تتضمن الترخيص المناسب لتقييم المخاطر.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة خطة جولات الترخيص وقائمة التحقق والملاحظات المختلفة والإجراءات التصحيحية الملائمة حيثما يكون مناسباً.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العمال في مناطق مختلفة مثل الورش ومناطق جمع النفايات للتحقق من استخدام معدات الحماية الشخصية المناسبة ((PPE).

#### أدلة التطابق مع المعيار:

1. توجد بالمستشفى خطة معتمدة لضمان بيئة عمل آمنة والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
2. العاملون على دراية بإجراءات السلامة المتعلقة بوظيفتهم.
3. تنفيذ إجراءات السلامة في جميع المناطق.
4. نشر تعليمات السلامة في جميع المناطق عالية الخطورة.
5. تقييم خطة إدارة السلامة وتحديثها سنويًا من خلال تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

#### **NSR.25: وضع وتنفيذ برنامج السلامة من الإشعاع.**

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

برنامج السلامة من الإشعاع

#### الغرض:

يشمل برنامج السلامة من الإشعاع مجموعة من الأنشطة مثل المعلومات والتدريب على كل من المفاهيم والمخاطر والتأثيرات البيولوجية والإجراءات الوقائية ومتابعة وكيفية التخلص من المواد المشعة ومتابعة معدات الأشعة؛ ويضع سياسات استخدام معدات الأشعة بأمان؛ ويضمن الالتزام باللوائح؛ ويقدم المساعدة في الاستجابة للطوارئ. يجب أن تكون البيئة والعاملون والمرضى وأقاربهم والموردون في مأمن من مخاطر الإشعاع بالمستشفى. وعند تقديم خدمات التصوير الطبي بالمستشفى، يجب أن يوجد بها برنامج السلامة من الإشعاع والذي يتناول جميع مكونات خدمات التصوير الطبي بالمستشفى.

تضع المستشفى وتنفذ برنامج يوجه عملية السلامة من الإشعاع من أجل ضمان أن بيئة المستشفى والعاملين والمرضى وأسرهم و الموردون في مأمن من مخاطر الإشعاع. يتناول البرنامج على الأقل ما يلي:

- أ. الالتزام بالقوانين واللوائح وأدلة العمل.
- ب. صيانة ومعايرة جميع معدات الإشعاع المؤين وغير المؤين.
- ج. بروتوكولات لتحديد الجرعة القصوى من الإشعاع لكل نوع من أنواع الفحوصات.
- د. أدوات المتابعة الذاتية للتعرض للإشعاع التي يستخدمها العاملون.

- ه. التخلص المناسب والأمن من نفايات المواد المشعة.
- و. معدات الحماية الشخصية المناسبة للعاملين.
- ز. احتياطات سلامة المرضى.
- ح. خطة السلامة من التصوير بالرنين المغناطيسي.

#### **دليل عملية المراجعة:**

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج السلامة من الإشعاع من أجل التحقق من مستوى التعرض المعتمد وفقاً للقوانين واللوائح المحلية وطرق استخدام الدروع الوقائية ومتطلبات السلامة لكلاً من العاملين والمرضى.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة مقاييس الإشعاع البيئي و/أو مقياس الجرعات بطريقة التألق الحراري (TLD) و/أو أفلام قياس التعرض الشخصي التراكمي (badge films) للعاملين، ونتائج صورة الدم الكاملة وفحص مآزر الرصاص.
- قد يجري مراجع الهيئة مقابلة مع العاملين للتحقق من درابتهم بالبرنامج.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة خدمات التصوير الطبي داخل منطقة التصوير الطبي أو خارجها للتحقق من الالتزام باحتياطات السلامة من الإشعاع.

#### **أدلة التطابق مع المعيار:**

١. يوجد بالمستشفى برنامج السلامة من الإشعاع للمرضى والعاملين والذي يتناول مخاطر السلامة المحتملة بالمستشفى بالإضافة إلى جميع العناصر المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (ح).
٢. يتم تخفيف مخاطر الإشعاع المحددة من خلال العمليات وأجهزة الوقاية لكل من العاملين والمرضى.
٣. العاملون المشاركون في التصوير الطبي على دراية باحتياطات السلامة من الإشعاع ويتلقون التثقيف والتدريب المستمر حول الإجراءات والمعدات الجديدة.
٤. قياس ومراقبة الجرعات الإشعاعية التي يتعرض لها المرضى والتي يجب ألا تتجاوز المستوى الأقصى المعتمد.
٥. تسجيل الجرعات الإشعاعية التي يتعرض لها المرضى في جميع أماكن التصوير بالأشعة في سجل المريض الطبي.
٦. يعد برنامج السلامة من الإشعاع جزءاً من بيئة المستشفى وبرنامج سلامة المنشأة.

#### **NSR.26: تنفيذ برنامج شامل وموثق لسلامة المعمل**

#### السلامة

#### **الكلمات الرئيسية:**

برنامج سلامة المعمل

#### **الغرض:**

إن بيئة المعمل يمكن أن تكون بيئة عمل خطيرة. يتعرض العامل بالمعمل إلى العديد من المخاطر المحتملة بما في ذلك المخاطر الكيميائية والبيولوجية والفيزيائية والمشعة، وكذلك إجهاد الجهاز العضلي الهيكلي. ويحكم السلامة في المعمل العديد من اللوائح وأفضل الممارسات. وعلى مر السنين، نُشرت أدلة إرشادية متعددة لجعل المعامل أكثر اماناً للعاملين بها. يجب أن تضع إدارة المعمل برنامج سلامة بالمعمل يحافظ على بيئة آمنة لجميع العاملين والمرضى وذويهم. يجب أن يوجد بالمعمل برنامج موثق يصف إجراءات سلامة منشآت المعمل وفقاً للمتطلبات الوطنية. يجب تنفيذ هذا البرنامج بشكل صحيح وتعريف جميع العاملين به. ويتضمن البرنامج على الأقل ما يلي:

- أ. إجراءات السلامة لمتخصصي الرعاية الصحية.
- ب. إجراءات السلامة للبيئة.

- ج. إجراءات السلامة للبيئة والمعدات.
- د. التعامل مع الحوادث واتخاذ الإجراءات التصحيحية عند الحاجة.
- هـ. التخلص السليم من نفايات المعمل.
- و. متطلبات صحيفة بيانات سلامة المواد (MSDS).
- ز. التعامل مع الانسكابات الكيميائية/ تنظيف الانسكاب.
- ح. تعليمات استخدام معدات الحماية الشخصية.
- ط. عملية إدارة المخاطر.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج سلامة المعمل الذي يجب أن يتضمن على الأقل: قائمة المواد الكيميائية والمواد الخطرة، والتعامل مع الانسكابات، ومتطلبات السلامة، ومعدات الحماية الشخصية المناسبة، وصيانة ومعايرة المعدات الطبية، وتعريف العاملين، والتخلص السليم من النفايات.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة تقارير سلامة المعمل، وسلامة معدات المعمل، وتخزين المواد الكيميائية، وعمليات وضع الملصقات التعريفية والتخلص من النفايات.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد برنامج مكتوب ومعتمد يصف إجراءات السلامة لخدمات ومنشآت المعمل ويتضمن العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ط).
٢. العاملون بالمعمل مدربون على برنامج السلامة.
٣. يتم إجراء تقييم للمخاطر بالمعمل وإصدار تقارير السلامة نصف سنوياً على الأقل إلى لجنة سلامة البيئة والمنشأة بالمستشفى.
٤. مجموعة أدوات التعامل مع الانسكابات وغاسلة الأعين الطارئ ودش الأمان safety showers متوفرة وتعمل ويتم اختبارها.
٥. يتم تنفيذ احتياطات السلامة.
٦. تقوم المستشفى بمتابعة البيانات المتعلقة ببرنامج سلامة المعمل وتجميعها وتحليلها وترفع تقرير بها، وتعمل على فرص التحسين المحددة.

NSR.27: تضمن خطة المعدات الطبية الإختيار الآمن والفحص والاختبار والصيانة والاستخدام الآمن للمعدات الطبية.

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

خطة المعدات الطبية

#### الغرض:

تعتبر المعدات الطبية ضرورية لتشخيص وعلاج المرضى. يوجد في معظم المستشفيات فريق هندسة الأجهزة الطبية مدرب للتعامل مع جميع المعدات الطبية، ويكون مسؤولاً عن التعامل مع مخاطر المعدات الطبية. وتحمل مسؤولية هذا العدد الكبير من الأجهزة يعد أمرًا مرهقًا، خاصةً عندما تكون المخاطر عالية جدًا. ولا يؤدي التراخي في الرقابة والمتابعة إلي ضعف الكفاءة فحسب، بل قد تضر بنتائج المرضى ضرراً بالغاً. فعلي سبيل المثال : الإهمال في الصيانة يزيد من عدد مرات تعطل الأجهزة، كما أن عدم كفاية الخدمة والتعقيم قد يضر كلا من الأطباء والمرضى. ولهذا فهناك أهمية لوضع بعض أدلة العمل الأساسية بشأن سلامة المعدات والخدمات. تضع المستشفى خطة إدارة المعدات الطبية والتي تتناول على الأقل ما يلي:

- أ. وضع ضوابط اختيار المعدات الطبية الجديدة.
- ب. فحص واختبار المعدات الطبية الجديدة عند الشراء وعلى فترات زمنية محددة مسبقاً.
- ج. تدريب العاملين عند تعيينهم على الاستخدام الآمن للمعدات الطبية على يد شخص مؤهل ، وعند تركيب معدات جديدة، وبشكل منتظم ومحدد مسبقاً.
- د. جرد المعدات الطبية ويتضمن ذلك الإتاحة، ودرجة أهمية المعدة، والحالة التشغيلية .
- هـ. تحديد المعدات الطبية الحرجة التي يجب أن تكون متاحة للتشغيل حتى من خلال توفير أجهزة احتياطية، مثل معدات إنقاذ الحياة، وأجهزة التنفس الصناعي، جهاز الصدمات الكهربائية للقلب.
- و. تحديد قوائم المعدات المتخصصة والحرجة.
- ز. الصيانة الوقائية الدورية وفقاً لتوصيات الشركة المصنعة التي توصي عادةً باستخدام ملصقات أو بطاقات يدون عليها التواريخ والمواعيد المقررة للصيانة الوقائية الدورية أو وضع ملصقات تعريفية على المعدات المعطلة.
- ح. معايرة المعدات الطبية حسب توصيات الشركة المصنعة و/ أو استخدامها.
- ط. أعطال وإصلاح المعدات الطبية.
- ي. التعامل مع الأحداث الضارة المتعلقة بالمعدات ، ويتضمن ذلك الإجراءات المتخذة، ونظام المعدات الاحتياطية، والإبلاغ عنها
- ك. تحديث و/ أو تكهين و/ أو استبدال المعدات الطبية بطريقة مخططة ومنهجية.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج صيانة المعدات الطبية لضمان توافر جميع الوثائق المطلوبة، وجرد المعدات الطبية، وجدول الصيانة الوقائية، وجدول المعايرة، وسجلات تدريب العاملين.
- خلال عملية المراجعة الذي تجريها الهيئة، قد يتحقق المراجع من الأداء الوظيفي للمعدات الطبية ويتتبع سجلات بعض المعدات الطبية

#### أدلة التتاطق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى خطة إدارة المعدات الطبية والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ك).
٢. يوجد بالمستشفى أفراد مؤهلون للإشراف على إدارة المعدات الطبية.
٣. تثقيف العاملين بشأن خطة المعدات الطبية مرة كل عام على الأقل.
٤. الاحتفاظ بسجلات جرد المعدات الطبية، وتدريب المستخدمين، وبطاقات تعريف المعدات، ووسائل الاتصال بالشركة في حالات الطوارئ، والاختبار عند التركيب، والصيانة الوقائية الدورية، والمعايرة، وسجل الأعطال.
٥. تضمن المستشفى ألا يتعامل مع المعدات المتخصصة إلا الأشخاص المدربين والمؤهلين.
٦. تقييم الخطة وتحديثها سنوياً من خلال تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

#### **NSR.28: تتناول خطة المرافق الأساسية الفحص المنتظم والصيانة والاختبار.**

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

إدارة المرافق

#### الغرض:

من المتوقع أن تقدم المستشفيات لمرضاها رعاية صحية آمنة وموثوقة. وإن التخطيط لأنشطة الاستجابة والإصلاح المناسبة في حالة تعطل أنظمة مرافق المستشفى يعد أمراً ضرورياً لتحقيق هذا التوقع. تشكل هذه الأنظمة البنية التحتية التشغيلية التي تسمح بإجراء رعاية آمنة للمرضى. إن بعض أهم المرافق تتضمن المرافق الميكانيكية (مثل التدفئة والتهوية والتبريد)؛ والمرافق الكهربائية (أي مصادر الطاقة

العادية ومصادر الطاقة في حالات الطوارئ)؛ والمياه الساخنة والباردة؛ وأنظمة السباكة؛ والصرف؛ ونظم التكنولوجيا والتي تشمل عدد لا يحصى من أنظمة الاتصالات ونقل البيانات؛ ومرافق النقل العمودي؛ وأنظمة الوقود؛ وأنظمة التحكم في الدخول، وإنذار تعرض العاملين للعنف، وأنظمة التردد؛ والغازات الطبية، وأنظمة التهوية وشفط الهواء؛ وأنظمة الأنابيب الهوائية.

يجب أن يوجد بالمستشفى خطة إدارة المرافق من أجل ضمان كفاءة وفعالية جميع المرافق، وتتضمن الخطة على الأقل ما يلي:

- أ. جرد جميع أنظمة المرافق الرئيسية، مثل: الكهرباء، وإمدادات المياه، والغازات الطبية، والتدفئة، والتهوية، وتكييف الهواء، وأنظمة الاتصالات، والصرف الصحي، ومصادر الوقود، وإنذار الحريق، والمصاعد.
- ب. مُخطط نظام المرافق.
- ج. تدريب العاملين على خطة المرافق.
- د. الفحص والاختبار الدوري/بشكل منتظم والصيانة التصحيحية للمرافق.
- هـ. اختبار المولد الكهربائي بأحمال وبدون أحمال بشكل منتظم.
- و. توفير الوقود اللازم لتشغيل المولد في حالة الطوارئ.
- ز. تنظيف وتعقيم خزانات المياه واختبار جودة المياه بأخذ عينات بشكل منتظم من أجل الفحص الكيميائي والبكتريولوجي مع توثيق النتائج مرة على الأقل كل ثلاثة أشهر و/ أو عدد مرات أكثر من ذلك إذا اقتضت القوانين واللوائح أو حالة مصدر المياه.
- ح. خطة الصيانة الوقائية وفقاً لتوصيات الشركة المصنعة.
- ط. تجميع المستشفى البيانات بشكل منتظم ودقيق وتحللها، مثل: تكرار الأعطال، والامتثال للصيانة الوقائية من أجل المراقبة والتحديث بشكل صحيح، وتحسين النظم المختلفة.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة إدارة المرافق للتأكد من توافر جميع الأنظمة المطلوبة، والفحص الدوري، والصيانة والمرافق الاحتياطية.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة وثائق الفحص، وجدول الصيانة الوقائية، والعقود، والمعدات، فضلاً عن نتائج اختبار المولدات و/ أو الخزانات و/أو الأنظمة الرئيسية الأخرى للتأكد من أن المرافق تعمل (٢٤ ساعة/ ٧ أيام).

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى خطة إدارة المرافق والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ط).
٢. يوجد بالمستشفى عاملين مؤهلين للإشراف على أنظمة المرافق.
٣. تتكيف العاملين بشأن خطة أنظمة المرافق مرة كل عام على الأقل.
٤. الاحتفاظ بسجلات جرد أنظمة المرافق واختبارها وصيانتها الوقائية الدورية وسجل الأعطال.
٥. تحديد أنظمة المرافق الحرجة وضمان توافر مرافق احتياطية.
٦. تقييم الخطة وتحديثها سنوياً من خلال تجميع وتحليل البيانات اللازمة

## القسم الثالث : متطلبات الجودة الأساسية

### ◀ قراءة وفهم متطلبات الجودة الأساسية (EQR)

- يتكون كل معيار من معايير الجودة الأساسية من نص المعيار، الكلمات الرئيسية، الغرض، دليل عملية المراجعة، وأدلة التطابق مع المعيار.
- نص المعيار:
  - في هذا الدليل، يُكتب نص كل معيار في شكل جملة تكون مسبوقه بكود.
  - يلي نص المعيار عبارة مكتوبة بلون غير الأسود تصف البعد (الأبعاد) الأساسي للجودة الذي يتناوله المعيار.
- الكلمات الرئيسية:

تهدف الكلمات الرئيسية إلى مساعدة المستشفيات على فهم أهم عنصر (عناصر) في نص المعيار. ولتلك الكلمات أو المفاهيم دلالة كبيرة. فهي تجيب على السؤال: ؟ ما الذي يهدف المعيار إلى قياسه؟
- الغرض
  - يهدف الغرض إلى مساعدة المستشفيات على فهم المعنى الكامل للمعيار.
  - ينقسم الغرض عادة إلى جزئين.
  - معياري: يصف هدف ومنطق المعيار ويوضح كيف يتناسب المعيار مع البرنامج ككل، ويجب على السؤال: لماذا يجب التطابق مع المعيار.
  - إخباري: يهدف إلى مساعدة المستشفيات على تحديد استراتيجية تفسير وتنفيذ المعيار، ويجب على السؤال: كيف سيتم التطابق مع المعيار؟
  - تتطلب بعض المعايير أن يتم توثيق وتنفيذ وتسجيل و/أو مراقبة الحد الأدنى من المكونات اللازمة لتنفيذ العمليات، وعادة ما تسبق هذه المكونات عبارة " علي الأقل ما يلي" ثم يليها قائمة من المتطلبات في تسلسل رقمي أو أبجدي. بناء على ذلك، تعتبر هذه المكونات أساسية وجزء لا يتجزأ من أجل الوصول الي الحد الأدنى المقبول من التطابق مع المعيار.
- دليل عملية المراجعة:

وهي تيسر علي المراجعين وتساعدهم في تقييم أدلة التطابق المطلوبة مع المعيار
- أدلة التطابق مع المعيار EOCs:
  - تشير أدلة التطابق مع المعيار إلى ما تتم مراجعته وإعطاء درجه عليه أثناء عملية المراجعة في المستشفى.
  - أدلة التطابق لكل معيار تحدد متطلبات التطابق الكامل مع المعيار حيث يتم أخذ الدرجة وفقاً لكل دليل تطابق مستوفي.



◀ متطلبات الجودة الوطنية (EQR)

الكلمات الرئيسية	متطلبات الجودة الأساسية EQR
حقوق المريض وذويه	PCC.04
أماكن الانتظار	PCC.15
الشكاوي والمقترحات	PCC.21
إتاحة الحصول على خدمات المستشفى (قبل تسجيل المريض)	ACT.01
إمكانية الوصول إلى وحدات الرعاية المتخصصة	ACT.14
خطة الرعاية	ICD.14
الإنعاش القلبي الرئوي وحالات الطوارئ الطبية	ICD.38
ضمان ومراقبة جودة التصوير الطبي	DAS.05
تقييم الجودة الداخلية للمعمل	DAS.19
عملية تجميع الدم	DAS.28
تقرير الجراحة	SAS.08
تقييم الحالة الفسيولوجية عند التخدير	SAS.18
شراء الأدوية، قائمة الأدوية	MMS.03
أدوية الطوارئ	MMS.05
احتياطات العزل	IPC.12
التطهير، التعقيم	IPC.14
خدمات الغذاء	IPC.21
هيكل الهيئة الحاكمة	OGM.01
رسالة المستشفى	OGM.02
تشكيل اللجان	OGM.06
نظام إعداد الفواتير	OGM.14
صحة العاملين	OGM.20
خطة التوظيف	WFM.02
ملفات العاملين	WFM.06
برنامج التعريف	WFM.07
تقييم أداء العاملين	WFM.09
سلامة البيانات والمعلومات	IMT.06
إدارة سجل المريض الطبي	IMT.08
أوقات تعطل نظم البيانات	IMT.11
نظام الإبلاغ عن الحوادث	QPI.11
الأحداث المهمة	QPI.12
الأخطاء الجسيمة	QPI.13
معايير إضافية للمؤسسات التي تقدم خدمات أكاديمية أو بحثية أو خدمات زرع الأعضاء/ الأنسجة	
حقوق المريض أثناء البحث	ADD.07

## PCC.04: حماية حقوق المريض وذويه، وتعريف المرضى وذويهم بهذه الحقوق.

### الرعاية المتمركزة حول المريض

#### الكلمات الرئيسية:

حقوق المريض وذويه

#### الغرض:

إن السعي للحصول على الرعاية وتلقي العلاج في المستشفى قد يكون أمرًا مرهقًا بالنسبة للمرضى، مما يجعل من الصعب عليهم التصرف بناءً على فهم حقوقهم و مسئولياتهم في عملية الرعاية. ويجب أن يكون المرضى قادرين على فهم حقوقهم ومعرفة كيفية استخدامها. وإذا لم يفهم المريض حقوقه لأي سبب من الأسباب، تلتزم المستشفى بمساعدته على معرفتها. وتوجه المستشفى العاملين فيما يتعلق بدورهم في حماية حقوق المرضى وذويهم. وتضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لضمان أن جميع العاملين على دراية بحقوق المريض وذويه ويستجيبون لها عند تفاعلهم مع المرضى وتقديم الرعاية لهم في جميع أنحاء المستشفى، وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. حقوق المريض وذويه على النحو المحدد في القوانين واللوائح، ولائحة آداب المهن بنقابات متخصصي الرعاية الصحية.
- ب. حق المريض وذويه في الحصول على الرعاية التي تقدمها المستشفى.
- ج. حق المريض وذويه في معرفة اسم عضو الطاقم الطبي المعالج و/ أو المشرف و/ أو المسؤول.
- د. حق المريض وذويه في الرعاية التي تحترم قيم ومعتقدات المريض الشخصية.
- هـ. حق المريض وذويه في معرفة القرارات المتعلقة برعايتهم والمشاركة في اتخاذها.
- و. حق المريض وذويه في رفض الرعاية ووقف العلاج.
- ز. حق المريض وذويه في الأمن والخصوصية والسرية والكرامة.
- ح. حق المريض وذويه في تقييم وعلاج آلامه .
- ط. حق المريض وذويه في تقديم شكوى أو اقتراح دون الخوف من الانتقام بشأن الرعاية والخدمات.
- ي. حق المريض وذويه في معرفة سعر الخدمات والإجراءات.
- ك. حق المريض وذويه في التماس الحصول على رأي ثانٍ سواء من داخل المستشفى أو من خارجها.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة حقوق المريض وقد يجري مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ المراجع وثيقة حقوق المرضى المعلنة في المستشفى، وقد يلاحظ أيضًا كيفية تلقي المرضى معلومات عن حقوقهم، وقد يتحقق من الظروف التي بموجبها تتم حماية حقوق المرضى.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمده توجه عملية تحديد حقوق المريض وذويه كما هو مذكور في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ك).
٢. جميع العاملين على دراية بحقوق المرضى وذويهم.
٣. توجد وثيقة معتمدة عن حقوق المرضى معلنه في أماكن التجمعات بالمستشفى بطريقة تجعلها مرئية للعاملين والمرضى وذويهم.
٤. يتم حماية حقوق المريض وذويه في جميع أماكن المستشفى في جميع الأوقات.
٥. يتم تلقي معلومات حقوق المريض مكتوبة أو بطريقة أخرى يفهمها المريض وذويه.

## PCC.15: أماكن الانتظار لمختلف الخدمات متمركزة حول المريض

### الرعاية المتمركزة حول المريض

#### الكلمات الرئيسية:

أماكن الانتظار

#### الغرض:

قد تعد أماكن الانتظار مرحلة مؤلمة بشكل كبير في تجربة المريض، فلا يقتصر انتظار المريض للحصول على خدمة طبية على مشاعر مثل القلق والخوف والارتباك والاحباط والانعاج فحسب ولكن قد يزداد الشعور بالاحباط إذا كانت منطقة الإنتظار بها مقاعد غير مريحة أو تفتقر إلى الاحتياجات الأساسية للإنسان أو كانت شديدة الإزدحام. تضمن المستشفى أن أماكن الانتظار مريحة ومناسبة لاحتياجات المريض وذويه.

#### دليل عملية المراجعة:

- أثناء المراجعة الذي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يزور المُراجع أماكن الانتظار المخصصة لاستيعاب المرضى أو ذويهم.
- قد تشمل الزيارات أماكن الانتظار في العيادات الخارجية أو غرفة الطوارئ أو مكتب الدخول أو مكتب التسجيل أو الكافتيريا أو في مناطق أخرى.

#### أدلة التتابق مع المعيار:

1. أماكن الانتظار مضاءة وجيدة التهوية ونظيفة وأمنة.
2. أماكن الانتظار مخططة لاستيعاب العدد المتوقع من المرضى وذويهم.
3. توفر أماكن الانتظار الاحتياجات الأساسية للإنسان مثل دورات المياه ومياه الشرب والطعام.
4. يتلقى المرضى معلومات حول مدة الانتظار المحتملة.

## PCC.21: يستطيع المرضى وذويهم تقديم شكاوى ومقترحات شفوية أو كتابية من خلال عملية محددة

### الرعاية المتمركزة حول المريض

#### الكلمات الرئيسية:

الشكاوي والمقترحات

#### الغرض:

في حين أن المستشفيات قادرة على قياس واستخدام التغذية الراجعة من المرضى بشكل استباقي، فقد يرغب المرضى وذويهم أيضاً في تقديم شكاوى أو مقترحات شفوية أو بدون ذكر أسمائهم بشأن الرعاية التي تلقوها ويرغبوا في أن تتم مراجعة تلك الشكاوى أو المقترحات والتصرف بناءً عليها. وتضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لإنشاء نظام موحد للتعامل مع مختلف شكاوى ومقترحات المرضى و/ أو أسرهم من أجل تسهيل المتابعة والمراقبة والتعلم من الممارسات. وتتناول سياسة المستشفى على الأقل ما يلي:

- أ. آليات إبلاغ المرضى وذويهم بقنوات الاتصال لتقديم شكاوهم ومقترحاتهم.
- ب. عمليات تتبع شكاوى ومقترحات المرضى وذويهم.
- ج. مسئولية الاستجابة لشكاوى ومقترحات المرضى.
- د. الإطار الزمني لتقديم تغذية راجعة إلى المرضى وذويهم حول الشكاوى أو المقترحات المقدمة.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة التعامل مع شكاوى ومقترحات المرضى.
- قد يُقيم مُراجع الهيئة عملية التعامل مع شكاوى ومقترحات المرضى أثناء أنشطة التتبع أو جلسة مقابلة القيادات أو جلسة مراجعة برنامج الجودة.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية التعامل مع شكاوى ومقترحات المرضى كما هو مذكور في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. تسمح المستشفى بإتاحة عملية تقديم الشكاوى للجمهور.
٣. يُسمح للمرضى وذويهم بتقديم الشكاوى و المقترحات.
٤. تقوم المستشفى ببحث وتحليل الشكاوى و المقترحات.
٥. يتلقى المرضى وذويهم تغذية راجعة بشأن شكاواهم أو مقترحاتهم في غضون الإطار الزمني المعتمد.

**ACT.01: تعمل المستشفى على إتاحة خدماتها للمرضى وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها وضوابط الاستحقاق المحددة مسبقاً.**

### الرعاية المتمركزة حول المريض

#### الكلمات الرئيسية:

إتاحة الحصول على خدمات المستشفى (قبل تسجيل المريض)

#### الغرض:

على الرغم من أن الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية تبنت مفهوم التغطية الشاملة منذ بداية عام ٢٠٠٥، إلا أن عدداً قليلاً من الدول حقق الهدف. ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى كثرة المعوقات التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة. فإذا توفرت الخدمات والإمدادات اللازمة، ستتواجد فرصة للحصول على الرعاية الصحية ويستطيع المجتمع " الحصول على " الخدمات. يعتمد مدى إمكانية حصول المجتمع على الرعاية الصحية أيضاً على المعوقات المالية أو الاجتماعية أو الثقافية أو معوقات بالمستشفى والتي تحد من الانتفاع بالخدمات. وبالتالي، فإن قياس الحصول على الرعاية الصحية والانتفاع بها يعتمد على القدرة على تحمل تكلفة الخدمات وإمكانية الوصول للمكان، والرضا عن الخدمات وليس مجرد كفاية الإمدادات. فالخدمات المتاحة تصبح مناسبة وفعالة إذا استطاع المجتمع "تحقيق نتائج صحية مرضية". ويجب الأخذ في الاعتبار توفر الخدمات ومعوقات الحصول عليها وذلك في سياق وجهات النظر المختلفة، والاحتياجات الصحية، والخلفيات المادية والثقافية لمختلف فئات المجتمع، مثل تجنب إعاقة حصول النساء على الخدمة الصحية من خلال توفير متخصصات في الرعاية الصحية من الإناث في الوقت والمكان المناسبين. إن عملية تسجيل المريض- التي يتناولها المعيار التالي- تتضمن عادة مراجعة مدي استحقاق المريض لتلقي خدمات معينة. ومحددات/ضوابط هذا الاستحقاق عادة ما يتم تحديدها مسبقاً من ممولي الرعاية الصحية وبالإستدلال بالقوانين واللوائح وسياسات المستشفى. ويجب أن تكون المحددات/ الضوابط المحددة مسبقاً متاحة للمسؤولين عن إتاحة الخدمة الصحية للمرضى. ومن أجل تحسين إمكانية الحصول على خدمات المستشفى، يجب تعريف المرضى وذويهم بالخدمات المتاحة.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية إتاحة الحصول على الرعاية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. عملية مسح لخصائص المرضى لتحديد ما إذا كان نطاق خدمات المستشفى يلبي احتياجاتهم من الرعاية الصحية.
- ب. إتاحة الخدمة في الطوارئ بشكل آمن ومناسب لظروف المرضى.
- ج. إتاحة الخدمة في الأقسام الخارجية يشتمل على تحديد مواعيد وعملية انتظار محددة بوضوح للمرضى مما يضمن التعريف الصحيح للمريض ، وتبادل كافي وواضح للمعلومات، وتحقيق السلامة والراحة.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق التي تصف العملية المعتمدة التي تتبعها المستشفى، ثم يقوم بزيارة نقطة الاتصال الأولى بالمستشفى مثل مكاتب الخدمة ومكتب الاستقبال ومراكز الاتصال التليفوني وغرف الطوارئ ومناطق العيادات الخارجية. ويجوز أن تكون الزيارة جزءاً من عملية مراجعة أخرى مثل جولة أو نشاط تتبع.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة هذه المناطق ليقف على المعلومات المقدمة للمرضى مثل الكتيبات أو الملصقات أو الرسائل الإلكترونية أو الشفهية أو غيرها من أنواع المعلومات، وربما يقابل المرضى لتقييم مدي درايتهم بها.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة بشأن إتاحة الحصول على الخدمة والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. يتم إبلاغ المرضى بالخدمات المتاحة، بما في ذلك ساعات العمل وأنواع الخدمات وتكلفة كل خدمة (عندما يكون ذلك ملائماً) وكيفية الحصول على الخدمة.
٣. تحدد المستشفى نظاماً لإبلاغ المرضى وذويهم بالخدمات المناسبة علي أن يكون ذلك النظام مناسباً للمستويات التعليمية المختلفة ومتاحاً في نقاط الاتصال مع المرضى وأماكن تجمعات المرضى.
٤. نقل و/ أو إحالة المرضى إلى مؤسسات رعاية صحية أخرى عندما لا يتطابق نطاق خدمات المستشفى مع احتياجاتهم من الرعاية الصحية.

**ACT.14: تمنح المستشفى إمكانية الدخول والخروج من وحدات العناية المركزة والوحدات المتخصصة بناءً على محددات / ضوابط دخول وخروج واضحة.**

### المساواة

### الكلمات الرئيسية:

إمكانية الوصول إلى وحدات الرعاية المتخصصة

### الغرض:

تشير وحدات الرعاية المتخصصة إلى وحدات الأقسام الداخلية والمصممة والمجهزة بالمعدات والمزودة بالعاملين من أجل مراقبة وعلاج المرضى ذوي الحالات الحرجة أو المعقدة باستمرار، وتتضمن جميع أنواع وحدات العناية المركزة ووحدات الرعاية المتوسطة أو شبه الحرجة. وقد تتعرض وحدات الرعاية الحرجة والمتخصصة إلى ازدياد الطلب ونقص الموارد وانخفاض جودة الرعاية وزيادة التكاليف الإدارية لتوفير الرعاية الصحية. ويجب أن تحرص المستشفيات على توفير خدمات الرعاية الحرجة والمتخصصة اللازمة والضرورية من أجل تلبية الاحتياجات في أكثر مستويات الرعاية حساسية؛ ويمكن تحقيق ذلك من خلال:

- أ. الضوابط المحددة القائمة على أساس فسيولوجي بشأن دخول العناية المركزة والوحدات المتخصصة و/ أو الشروط المحددة التي يضعها متخصصو الرعاية الصحية المعنيين بالمستشفى.
- ب. الضوابط المحددة القائمة على أساس فسيولوجي بشأن الخروج من العناية المركزة والوحدات المتخصصة و/ أو الشروط المحددة التي يضعها متخصصو الرعاية الصحية المعنيين بالمستشفى.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يتعرف مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على وحدات الرعاية المتخصصة بالمستشفى أثناء مراجعة طلب المستشفى بالحصول على اعتماد الهيئة أو أثناء المؤتمر الافتتاحي أو أثناء عملية المراجعة التي تجريها الهيئة.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة وثيقة تصف العملية المعتمدة بالمستشفى بشأن الدخول والخروج من وحدات الرعاية الحرجة المتخصصة.
- قد يزور مراجع الهيئة وحدات الرعاية الحرجة أو وحدات غسيل الكلى أو وحدات الحروق أو وحدات الأمراض المعدية أو غيرها من الوحدات التي تحتاج إلى التوفير الرشيد للموارد الخاصة مثل الأسرة أو المعدات أو الخبرة . وأثناء الزيارة يراجع سجلات المريض الطبية المفتوحة أو المغلقة.
- قد يقوم مراجع الهيئة أيضاً بإجراء مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درابهم بالعملية.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ب).
٢. جميع العاملين المشاركين في دخول وخروج المرضى من وحدات الرعاية الحرجة المتخصصة على دراية بمحددات / ضوابط دخول وخروج المرضى المعتمدة.

٣. يقوم العاملین المؤهلین فقط بعملية دخول وخروج المرضى من وحدات الرعاية الحرجة المتخصصة.  
٤. يتم دخول وخروج المرضى من وحدات الرعاية الحرجة والرعاية المتخصصة عند استيفاء محددات الدخول والخروج.

#### ICD.14: وضع خطة رعاية لكل مريض على حدة.

#### الرعاية المتمركزة حول المريض

#### الكلمات الرئيسية:

خطة رعاية

#### الغرض:

تساعد خطة الرعاية على توجيه نوع الرعاية الصحية التي قد يحتاجها المريض/ ذويه/ المجتمع. وترتكز الخطة على تيسير تقديم الرعاية بشكل موحد وشامل وقائم على الأدلة. ويعمل تسجيل خطة الرعاية على تحقيق التكامل في النتائج التي توصل إليها أعضاء الطاقم الطبي وطاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية فيعملون سوياً بفهم مشترك لأفضل نهج يتبعونه بشأن حالة المريض. وخطة الرعاية:

- أ. تضعها جميع التخصصات ذات الصلة التي تقدم الرعاية تحت إشراف الطبيب المسؤول.
- ب. توضع على أساس التقييمات التي أجريت للمريض من مختلف التخصصات من متخصصي الرعاية الصحية.
- ج. توضع بمشاركة المريض و/ أو ذويه من خلال المشاركة في اتخاذ القرار، مع مناقشة الفوائد والمخاطر التي قد تتضمن وسائل المساعدة على اتخاذ القرار.
- د. تشمل الاحتياجات المحددة والتدخلات والنتائج المرجوة في غضون الأطر الزمنية المحددة.
- هـ. يتم تحديثها حسب الاقتضاء بناءً على إعادة تقييم المريض.
- و. تشمل الأهداف أو النتائج المرجوة من العلاج أو الرعاية
- ز. تتابع تقدم المريض/ مستخدم الخدمة في تحقيق الأهداف أو النتائج المرجوة من العلاج أو الرعاية أو الخدمة.

#### دليل عملية المراجعة:

قد ينتج مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.  
قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد دليل على قيام جميع التخصصات ذات الصلة بوضع خطة الرعاية على أساس التقييمات التي أجروها وتتضمن العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. يوجد دليل على وضع خطة الرعاية بمشاركة المريض و/ أو ذويه من خلال المشاركة في اتخاذ القرار.
٣. تغيير/ تحديث خطة الرعاية بناءً على إعادة تقييم حالة المريض المتغيرة.

#### ICD.38: الاستجابة إلى حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية بالمستشفى للمرضى من البالغين والأطفال على حد سواء.

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

الإنعاش القلبي الرئوي وحالات الطوارئ الطبية

#### الغرض:

من المحتمل أن يتعرض أي مريض يتلقى الرعاية داخل المستشفى إلى حالة طبية طارئة تتطلب استجابة سريعة وفعالة. يعتبر الوقت والمهارات عناصر أساسية في خدمة الطوارئ لضمان نتائج مرضية. لذا يجب أن يتوافر عاملون مدربون، على الأقل على البرنامج الأساسي لدعم الحياة Basic life support، خلال ساعات العمل، ويكونون على استعداد للاستجابة لأي موقف طارئ. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لضمان التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتات القلبية

الرؤية بشكل آمن. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. ضوابط محددة للتعرف على حالات الطوارئ والسكته القلبية الرئوية بين البالغين والأطفال.
- ب. تثقيف العاملين بشأن الضوابط المحددة.
- ج. تحديد العاملين المعنيين بالاستجابة.
- د. آليات استدعاء العاملين للاستجابة؛ بما في ذلك الرمز (الرموز) التي يمكن استخدامها لاستدعائهم في حالات الطوارئ.
- هـ. الإطار الزمني للاستجابة.
- و. الاستجابة موحدة على مدار ٢٤ ساعة في اليوم و٧ أيام في الأسبوع.
- ز. تسجيل الاستجابة والتعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكته القلبية الرئوية.

#### **دليل عملية المراجعة:**

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسات الطوارئ الطبية والسكته القلبية الرئوية.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة عملية تشكيل فرق استجابة سريعة وعملية ضمان إجراء تدريبات دورية تشمل مراجعة محاضر اجتماعات اللجنة المعنية (مثل لجنة توقف القلب أو لجنة الطوارئ الطبية) كدليل على المتابعة المنتظمة للعمليات.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة عملية قياس وتسجيل الملاحظات مثل معدل التنفس وتشبع الأكسجين وضغط الدم ومعدل ضربات القلب ودرجة الحرارة ومستوى الوعي، ...إلخ.
- قد يتحقق مراجع الهيئة من الأدلة على تدريب العاملين على التعرف على حالات الطوارئ الطبية أو السكته القلبية الرئوية والإبلاغ عنها.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة التطابق مع السياسات التي تتناول حالات الطوارئ الطبية والسكته القلبية الرئوية.

#### **أدلة التطابق مع المعيار:**

١. يوجد بالمستشفى سياسة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. جميع العاملين المشاركين في الإنعاش القلبي الرئوي وحالات الطوارئ الطبية على دراية بسياسة المستشفى.
٣. المسؤولون عن التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكته القلبية الرئوية هم أفراد مختصون.
٤. التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكته القلبية الرئوية بشكل آمن.
٥. تسجيل التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكته القلبية الرئوية في سجل المريض الطبي.

#### **DAS.05: وضع برنامج مراقبة جودة التصوير الطبي.**

#### الفاعلية

#### **الكلمات الرئيسية:**

ضمان ومراقبة جودة التصوير الطبي

#### **الغرض:**

إن أحد المسؤوليات الرئيسية التي تقع على عاتق متخصصي التصوير الطبي تتمثل في إدارة مراقبة الجودة الروتينية لمعدات التصوير الطبي. يتم تنفيذ إجراءات مراقبة الجودة من أجل متابعة وضمان موثوقية نتائج الفحوصات التي تقدمها خدمة التصوير الطبي. ويمكن أن تحدد ضوابط الجودة مشاكل الأداء التي لم تحدها أنظمة مراقبة الجودة كما تساعد خدمة التصوير الطبي على تحديد دقة الصور. وتتضمن إدارة مراقبة الجودة الروتينية وضع بروتوكولات مراقبة الجودة، وتنفيذ البرنامج، والإشراف على البرنامج، وتكون مسئولة عن تحديد الحاجة إلى الإجراءات التصحيحية. تتم مراجعة وتسجيل بيانات مراقبة الجودة على فترات زمنية منتظمة.

يتم متابعة القيم الشاذة أو الـ trends ، والتي قد تشير إلى وجود مشاكل في نظام الفحص والتحليل، ويتم اتخاذ إجراءات وقائية وتسجيلها قبل ظهور مشاكل كبرى.

تضع خدمة التصوير الطبي وتنفذ إجراءً لمراقبة الجودة والذي يشمل على الأقل ما يلي:

- أ. تنفيذ عناصر مراقبة الجودة الداخلية وفقاً لتقييم مخاطر كل فحص/ تقنية.
- ب. تحدد المستشفى معدل تكرار اختبار مراقبة الجودة وفقاً لأدلة العمل وتعليمات الشركة المصنعة على أساس الأكثر صرامة منهما.
- ج. يجب استخدام طرق مراقبة الجودة والتي يمكن التعامل معها واختبارها بنفس الطريقة وعلى يد نفس موظف التصوير الطبي.
- د. يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة ونتائج أداء مراقبة الجودة المقبولة وإتاحتها بسهولة للعاملين حتى يتعرفوا على النتائج غير المقبولة حتى يستجيبوا بشكل مناسب.
- هـ. اعتماد برنامج مراقبة الجودة من الشخص المسؤول قبل التنفيذ.
- و. يقوم عضو مكلف ومعتمد من العاملين بمراجعة بيانات مراقبة الجودة على فترات زمنية منتظمة (شهرياً على الأقل).
- ز. اتخاذ إجراءات تصحيحية بشأن أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال إجراءات مراقبة الجودة والإجراء التصحيحي المترتب عليها

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يزور مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق تقديم خدمات التصوير الطبي ومنها قسم الأشعة أو الأقسام الأخرى حيث يتم تقديم خدمات التصوير الطبي المتنقلة من أجل التحقق من إجراءات وسجلات مراقبة الجودة.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين بخدمة التصوير الطبي وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية من أجل التحقق من درايتهم بأداء مراقبة الجودة.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى إجراءات معتمدة تصف عملية مراقبة جودة جميع فحوصات التصوير الطبي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
2. العاملين بخدمة التصوير الطبي المشاركين في مراقبة الجودة مؤهلين/ لديهم كفاءة في أداء مراقبة الجودة.
3. يتم تنفيذ جميع عمليات مراقبة الجودة وفقاً لإجراءات مراقبة الجودة.
4. يتم تسجيل جميع عمليات مراقبة الجودة.
5. يقوم عضو مكلف ومعتمد من العاملين بمراجعة بيانات مراقبة الجودة كل شهر على الأقل.
6. يتم اتخاذ إجراءات تصحيحية عند عدم تحقيق الأهداف.

**DAS.19: وضع وتنفيذ برنامج مراقبة الجودة الداخلية لجميع الفحوصات كلا على حدة.**

#### الفاعلية

#### الكلمات الرئيسية:

تقييم الجودة الداخلية للمعمل

#### الغرض:

يتم إجراء اختبار مراقبة الجودة الداخلية للمعمل لمتابعة وضمان موثوقية نتائج الفحوصات التي يصدرها المعمل. تُستخدم المواد اللازمة لمراقبة الجودة في متابعة نظام الفحوصات والتحقق من أن تكون نتائج فحوصات المريض عالية الجودة.

ومواد المراقبة هي عينة مستقرة ذات نطاق قيم محددة مسبقاً والتي تحاكي عينة المريض. تتم مراجعة وتسجيل بيانات مراقبة الجودة على فترات زمنية منتظمة (شهرياً على الأقل).



- القيم الشاذة أو الاتجاهات السائدة في أداء الفحوصات، والتي قد تشير إلى وجود مشاكل في نظام الفحص، يتم تحليلها ومتابعتها و اتخاذ وتسجيل الإجراءات الوقائية قبل ظهور مشكلات كبري.
- يضع وينفذ المعمل إجراءً لمراقبة الجودة الداخلية والذي يتضمن على الأقل ما يلي:
- أ. تنفيذ عناصر مراقبة الجودة الداخلية وفقاً لتقييم المخاطر لكل طريقة فحص.
  - ب. تحدد المستشفى معدل تكرار اختبار مراقبة الجودة وفقاً لأدلة العمل وتعليمات الشركة المصنعة أيهما أكثر صرامة.
  - ج. يتم التعامل مع مواد مراقبة الجودة المقرر استخدامها واختبارها بنفس الطريقة ومن نفس عضو فريق المعمل الذي يقوم بفحص عينات المرضى.
  - د. يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة ونطاقات القيم المقبولة وأن تكون سريعة الإتاحة للعاملين حتى يتسنى لهم التعرف على النتائج والاتجاهات غير المقبولة و يستجيبوا بشكل مناسب.
  - هـ. قواعد قبول ورفض نتائج مراقبة الجودة الداخلية.
  - و. اعتماد برنامج مراقبة الجودة من الشخص المسؤول قبل التنفيذ.
  - ز. يراجع الموظف المعتمد المكلف ببيانات مراقبة الجودة على فترات زمنية منتظمة (شهرياً على الأقل).
  - ح. اتخاذ الإجراءات التصحيحية بشأن أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير مراقبة الجودة

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يزور مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المعمل للتحقق من إجراءات وسجلات مراقبة الجودة.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين بالمعمل للتحقق من درايتهم بأداء مراقبة الجودة.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى إجراء معتمد يصف عملية مراقبة الجودة الداخلية لجميع فحوصات المعمل ويتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح).
٢. جميع العاملين المشاركين في مراقبة الجودة الداخلية أكفاء في أداء مراقبة الجودة الداخلية.
٣. تنفيذ جميع عمليات مراقبة الجودة وفقاً لإجراءات مراقبة الجودة الداخلية.
٤. تسجيل جميع عمليات مراقبة الجودة.
٥. يراجع الموظف المعتمد المكلف ببيانات مراقبة الجودة وبيانات التحقق من أداء مراقبة الجودة علي الأقل مرة شهرياً
٦. اتخاذ الإجراءات التصحيحية عند وجود داعي .

### **DAS.28 : عمليات جمع والتعامل مع وفحص الدم ومكونات الدم تتم بشكل آمن وفعال**

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

عملية تجميع الدم

#### الغرض:

تجري ممارسة عملية جمع الدم لعدة قرون ولا تزال من الاجراءات التداخلية في الرعاية الصحية كل خطوة من خطوات عملية تجميع الدم (الجمع والتعامل والفحص) تؤثر على جودة العينة، وبالتالي فهي مهمة لمنع حدوث خطأ معلمي للعينة، أو حدوث إصابة لاحقة للمريض أو حدوث وفاة.

على سبيل المثال: فإن اللمس بالإصبع للتحقق من مكان الوريد قبل إدخال الإبرة يزيد من فرصة تلوث العينة. وقد يتسبب ذلك في إطالة فترة المكوث بالمستشفى وتأخير التشخيص واستخدام غير ضروري للمضادات الحيوية

تضع وتنفذ المستشفى سياسة إدارة الدم ومكونات الدم.

تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- جمع الدم
- التبرع بالدم: نظافة وملئمة منطقة المتبرعين، ورد فعل المتبرعين ، وحملات التبرع بالدم خارج المستشفى.

- احتياطات مكافحة العدوى.
- التعامل مع الدم
  - تعريف أكياس وأنابيب الدم/ مكونات الدم.
  - ضوابط درجة الحرارة.
  - نقل الدم من مكان إلى آخر
- الفحص
  - تحديد فصيلة الدم (ABO)
  - تحديد نوع العامل الريزي (RH) في السجلات السابقة
  - الفحوصات المعملية للأمراض المعدية
  - تخزين الأكياس/الوحدات التي يطبق عليها الحجر (منع الصرف للمرضى)
- التحضير
  - التعقيم
  - غلق الأكياس بإحكام
  - تعليمات وبروتوكولات تحضير مكونات الدم

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة خدمات نقل الدم أثناء جلسة مراجعة الوثائق.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمتابعة متبرع بالدم أو لعملية التبرع لمراجعة خطوات التقييم والجمع والتعامل والفحص والتحضير.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع متخصصي الرعاية الصحية بخدمات نقل الدم للتحقق من درايتهم بالمتطلبات.
- قد يزور مراجع الهيئة أماكن جمع الدم للتحقق من الإلتزام بالمتطلبات.

#### أدلة التتابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تصف جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د) بناءً على أدلة العمل الوطنية.
٢. جميع العاملين ببنك الدم على دراية بسياسة المستشفى.
٣. جمع الدم و/ أو مكونات الدم والتعامل معها كما هو مذكور الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ب) بناءً على أدلة العمل الوطنية.
٤. اختبار وتحضير الدم و/ أو مكونات الدم كما هو مذكور الغرض من نقطة (ج) إلى نقطة (د) بناءً على أدلة العمل الوطنية.

#### **SAS.08: تسجيل تفاصيل الإجراءات بعد الإجراء مباشرةً**

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

تقرير الجراحة

#### الغرض:

إن تقديم تقرير فوري عن الإجراء يلعب دوراً مهماً في استمرارية الرعاية. يعتمد تخطيط الرعاية بعد الجراحة على النتائج والأحداث الخاصة التي حدثت أثناء الإجراء، حيث إن عدم تقديم تقرير عن هذه الأحداث يضر بشكل ملحوظ برعاية المريض. يجب على المستشفى تقديم تقرير فوري عن تفاصيل الإجراء قبل مغادرة المريض الوحدة التي تم فيها الإجراء. إن تسجيل جميع أسماء الفريق المشارك في الإجراء له بُعد طبي وقانوني وذو أهمية للتواصل، ويجب توثيق وتوضيح أي تشابه أو تباين في تشخيص المريض قبل وبعد الإجراء.

يجب تسجيل تفاصيل الإجراء بشكل واضح، ومنها مكان الجرح إن أمكن، خطوات إجراء الجراحة خطوة خطوة، وأخيراً تسجيل كيفية غلق الجرح أو إنهاء الإجراء.

يجب أن يتضمن التقرير تسجيل أي تركيبات أو جهاز تم زراعته في جسم الإنسان، بما في ذلك ذكر أي احتياطات خاصة عند التعامل معها أو إزالتها.

يجب تسجيل أي مضاعفات حدثت أثناء الإجراء مع ذكر الإجراء المتخذ للتعامل مع هذه المضاعفات. يجب أيضاً تسجيل بشكل واضح ما إذا تم أخذ أي عينة من الجسم. ويتناول التقرير على الأقل ما يلي:

أ. وقت بدء ووقت الانتهاء من الإجراء.

ب. اسم جميع العاملين المشاركين في الإجراء بما في ذلك التخدير.

ج. التشخيص قبل وبعد الإجراء.

د. الإجراء الذي تم بالتفصيل.

هـ. التفاصيل المتعلقة باستخدام أي تركيبات أو الأجهزة القابلة للزرع في جسم الإنسان مع تسجيل رقم التشغيل للجهاز .Batch Number

و. ما إذا حدثت مضاعفات أم لا.

ز. ما إذا تم أخذ عينة أم لا.

ح. توقيع الطبيب الذي قام بالإجراء.

#### دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجل الطبي المفتوح والمغلق للتحقق من اكتمال جميع العناصر المطلوبة في تقرير الإجراء.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. تقرير الإجراء لجميع المرضى الذين خضعوا لإجراء متاح بسهولة قبل مغادرة المريض الوحدة التي تم فيها الإجراء.

٢. يتضمن التقرير على الأقل العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح).

٣. يُحفظ التقرير في سجل المريض الطبي.

**SAS.18:** يتابع طبيب تخدير كفاء باستمرار حالة المريض الفسيولوجية قبل وأثناء التخدير.

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

تقييم الحالة الفسيولوجية عند التخدير

#### الغرض:

يرتبط التخدير وإجراء العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية بحدوث تغيرات في حالة المريض الفسيولوجية والتي قد تكون سريعة جداً. لذا يجب متابعة حالة المريض الفسيولوجية بشكل مستمر من قبل إعطاء التخدير وذلك لتحديد حالة المريض الأولية، والتي تُستخدم في تحديد ضوابط خروج المريض من وحدة رعاية ما بعد التخدير. يتم تحديد نوع المتابعة وفقاً لحالة المريض وعمره، ونوع التخدير، ونوع ومدة الجراحة، وذلك وفقاً لأدلة عمل الممارسة الإكلينيكية.

فالمتابعة المستمرة تسمح لطبيب التخدير بالتدخل في الوقت المناسب عند حدوث أي تغيرات في حالة المريض.

#### دليل عملية المراجعة:

قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضاً أثناء تلقيه خدمة التخدير من أجل تقييم عملية متابعة المريض والعاملين المشاركين في هذه العملية، ويلي ذلك مراجعة السجلات الطبية المفتوحة والمغلقة للمرضى الذين تلقوا تخدير.

### أدلة التوافق مع المعيار:

١. متابعة الحالة الفسيولوجية للمريض قبل وأثناء التخدير وفقاً لأدلة عمل الممارسة الإكلينيكية المعتمدة من المستشفى.
٢. يتم متابعة حالة المريض الفسيولوجية بواسطة طبيب تخدير مؤهل
٣. تسجيل نتائج متابعة الحالة الفسيولوجية للمريض في سجل المريض الطبي بانتظام وفقاً لأدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية المعتمدة من المستشفى.

### **MMS.03: تحديد الأدوية اللازمة بالمستشفى ووضع قوائم بها وشرائها وفقاً للضوابط المعتمدة**

#### الكفاءة

### الكلمات الرئيسية:

شراء الأدوية، قائمة الأدوية

### الغرض:

إن تحديد وشراء الأدوية عملية متعددة التخصصات، وهي تتضمن (إذا لم تتم من خلال سلطة أعلى خارج المستشفى) جهوداً لتحديد كميات الأدوية المطلوبة، واختيار طرق الشراء المناسبة، والتقييم المسبق للموردين والمنتجات. كما تتضمن أيضاً إدارة المناقصات، ووضع شروط التعاقد، وضمان جودة الأدوية، والحصول على أفضل الأسعار، ويتم تنفيذ ذلك بناءً على عملية واضحة وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها. تضع المستشفى قائمة (المعروفة باسم أو دليل الأدوية Formulary) بجميع الأدوية التي توجد بالمخازن بالمستشفى. ويتم تحديد دليل الأدوية بناءً على الأمراض المنتشرة، ودليل الفاعلية، والسلامة، ومقارنة الفاعلية مقابل التكلفة. قد تحدد القوانين واللوائح الأدوية المدرجة في الدليل. ويشمل دليل الأدوية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- أ. أسماء الأدوية
- ب. تركيزات الدواء (الأدوية)
- ج. الشكل الصيدلي لجرعة الدواء
- د. دواعي الاستخدام
- هـ. المخاطر/ الآثار الجانبية للأدوية
- و. تكلفة الأدوية

يسترشد تحديث قائمة الأدوية بضوابط (على سبيل المثال: دواعي الاستخدام، والفاعلية، والتفاعلات الدوائية، والأضرار العكسية للأدوية Adverse Drug Events، والأخطاء الجسيمة Sentinel Events؛ الأفراد والمجموعات التي تقدم لها الخدمة (على سبيل المثال: طب الأطفال، وطب الشيخوخة) بالإضافة إلى التكاليف). تضع المستشفى وتنفذ عملية لتقييم استخدام الأدوية بالمستشفى من أجل متابعة وتحديث قائمة الأدوية. (على سبيل المثال: التحليل الثلاثي للمخزون ABC Analysis، تحليل "فين" VEN- تحليل الحيوي/ الأساسي/ غير الأساسي). يعد تقييم الأدوية، بهدف إضافة/ حذف أدوية من دليل الأدوية، هو أحد المحددات الهامة لتحديث دليل الأدوية باستمرار.

### دليل عملية المراجعة:

أثناء تتبع رحلة المريض وجلسة مراجعة إدارة الدواء، قد يتتبع مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وصف الدواء أو مجموعة من الأدوية، وقد يتابع خطوات العملية من اختيار الأدوية ووضع قائمة بها وشرائها ومتابعتها. وقد يجري مراجع الهيئة مقابلة مع المشاركين في عملية اختيار الأدوية للتعرف على العملية ومتغيراتها مثل شراء دواء غير مدرج في دليل الأدوية، أو شراء دواء لفترة مؤقتة أو لمريض واحد.

### أدلة التوافق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى (ممثلة في لجنة الدواء والعلاج) عملية معتمدة من المستشفى لاختيار وشراء الأدوية بشكل مناسب وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها ورسالة المستشفى والخدمات المقدمة بها واحتياجات وسلامة المريض مما يضمن توافر إمدادات الأدوية دون انقطاع.

٢. يوجد بالمستشفى قائمة بالأدوية المعتمدة (يشار إليها غالبًا باسم دليل الأدوية)، والتي تتضمن على الأقل البنود المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (و).
٣. تتوفر نسخة مطبوعة و/ أو الكترونية من دليل الأدوية المعتمد ويكون متاح بسهولة لجميع المشاركين في إدارة الدواء.
٤. متابعة وحفظ وتحديث قائمة الأدوية (دليل الأدوية).
٥. يوجد بالمستشفى عملية تواصل مناسبة ومعتمدة بشأن نقص ونفاد الأدوية للقائمين علي وصف الأدوية وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية.

#### **MMS.05: أدوية الطوارئ متوفرة ويسهل الوصول إليها ويتم تأمينها في جميع الأوقات.**

#### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

أدوية الطوارئ

#### الغرض:

في حالات الطوارئ، يعد الوصول السريع إلى أدوية الطوارئ أمرًا بالغ الأهمية وقد ينفذ حياة المريض. تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لضمان توافر أدوية الطوارئ بمناطق رعاية المرضى والتي تتناول على الأقل ما يلي:

- أ. يسهل الوصول إلى أدوية الطوارئ ويتم تخزينها بشكل موحد من أجل تسهيل الوصول السريع إلى الدواء الصحيح لتلبية احتياجات الطوارئ. على سبيل المثال: في كل عربة من عربات أدوية الطوارئ بالمستشفى، توضع أدوية الطوارئ في نفس الدرج بنفس الطريقة في كل عربة أدوية.
- ب. يمنع إساءة استخدام أدوية الطوارئ أو فقدها أو سرقتها لضمان توفرها عند الحاجة.
- ج. استبدال أدوية الطوارئ في الوقت المناسب عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحيتها.

#### دليل عملية المراجعة:

أثناء عملية المراجعة، قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق تخزين أدوية الطوارئ؛ وقد يجري المراجع مقابلات مع العاملين المسؤولين عن تخزين أدوية الطوارئ للاستفسار عن ظروف التخزين وسهولة الوصول للأدوية وتأمينها واستبدالها عند الحاجة. وقد يكرر المراجع هذا الإجراء في وحدات/ أقسام متعددة لتقييم ما إذا كان يتم ذلك بشكل موحد.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه توفر أدوية الطوارئ والتي تتناول على الأقل جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. يتم تخزين أدوية الطوارئ بشكل موحد في جميع الأماكن.
٣. تتوفر أدوية الطوارئ بشكل مناسب ويسهل الوصول إليها في المناطق الإكلينيكية عند الحاجة.
٤. استبدال أدوية الطوارئ في إطار زمني محدد مسبقًا عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحيتها.

## IPC.12: المرضى المشتبه و/ أو المؤكد إكلينيكيًا إصابتهم بأمراض معدية يتبعون احتياطات العزل وفقًا لطريقة (أنماط) انتقال العدوى المحتملة.

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

احتياطات العزل

#### الغرض:

تضع احتياطات العزل حوائل بين الأشخاص والكائنات الدقيقة التي تساعد على منع انتشار الجراثيم في المستشفى. إذا ثبتت زيادة خطر انتقال الكائنات الحية الدقيقة من المريض، يُوضع المريض في غرفة عزل قياسية بالمستشفى. يجب أن يوجد بالمستشفى غرفة (غرف) عزل قياسية.

في حالة عدم توفر غرفة (غرف) عزل قياسية، يجب عزل المريض في منطقة/ غرفة مخصصة منفصلة. المرضى الذين يعانون من أعراض تنفسية إكلينيكية يجب توجيههم بممارسة آداب النظافة التنفسية الصحية والسعال ويجب إعطائهم أقنعة جراحية لارتدائها حتى تتوفر غرفة فحص.

يجب أن تضع المستشفى بروتوكولات لتحديد المرضى المشتبه أو المؤكد إصابتهم بعدوى تنتقل عن طريق الهواء. المرضى الذين يحتاجون إلى احتياطات احترازية تتعلق بنقل العدوى عن طريق الهواء يجب وضعهم في غرفة ذات ضغط سلبي. في حالة عدم توفر غرفة ذات ضغط سلبي، يوضع المريض في غرفة الفحص مع وجود فلتر هيبا (HEPA filter) محمول (مرشح عالي الكفاءة لتنقية الهواء من الجسيمات). إذا لم يتوفر فلتر هيبا محمول، يجب التأكد من أن المريض يرتدي قناع جراحي. بغض النظر عن نوع الغرفة التي يتواجد فيها المريض، يجب دائمًا على العاملين الذين يتعاملون معه ارتداء معدات حماية الجهاز التنفسي المناسبة (مثل قناع N95). الإجراءات البيئية: التنظيف الروتيني للأسطح التي يكثر لمسها هو المعيار القياسي.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى لتقييم السياسات والإجراءات الموضوعية، وسجلات تدريب متخصصي الرعاية الصحية.
- أثناء المراجعة، قد يلاحظ مراجع الهيئة غرفة عزل قياسية واحدة على الأقل والمناطق المخصصة لانتظار المرضى وفقًا لسعة المستشفى.
- أثناء المراجعة، قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع متخصصي الرعاية الصحية للاستفسار عن استخدام معدات الحماية الشخصية، كما يمكن أيضًا ملاحظة عملية نظافة اليدين وفقًا لنوع العزل.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه احتياطات الوقاية من انتقال العدوى احتياطات الوقاية تبعاً لطريقة انتقال العدوى.
2. متخصصو الرعاية الصحية مدربون و تم تثقيفهم على السياسات المعتمدة.
3. يوجد بالمستشفى غرفة (غرف) عزل قياسية واحدة أو أكثر وفقًا للقوانين واللوائح.
4. تحديد المرضى المشتبه/ المؤكد إكلينيكيًا إصابتهم بأمراض معدية وعزلهم في الغرفة/ المنطقة المحددة.
5. مقدمو الرعاية الصحية القائمون على رعاية المرضى المشتبه في إصابتهم بمرض معدي يلتزمون بارتداء معدات الحماية الشخصية وممارسات نظافة اليدين وفقًا لنوع العزل.

## IPC.14: تطهير/ تعقيم معدات رعاية المرضى على أساس أدلة العمل المستندة إلى أدلة ووفقاً لتوصيات الشركة المصنعة.

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

التطهير، التعقيم

#### الغرض:

إن التعامل مع معدات رعاية المرضى عملية بالغة الأهمية داخل أي مستشفى. في الإجراءات الإكلينيكية التي تتضمن لمس المعدات الطبية/ الجراحية، من الأهمية القصوى أن يتبع متخصصو الرعاية الصحية الممارسات وأدلة العمل القياسية المتعلقة بالتنظيف والتعقيم أو التطهير. عملية التنظيف خطوة إلزامية في التعامل مع معدات رعاية المرضى. يمكن إجراء التنظيف والتطهير والتعقيم في منطقة معالجة مركزية. يجب تحديد اتجاه سير العمل بالمنطقة المخصصة. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية التعقيم/ التطهير، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

- استلام وتنظيف المعدات المستعملة.
- التحضير والتعامل.

- اختيار طريقة التعامل وفقاً لتصنيف سبولدينج Spaulding classification . يتضمن تطهير المعدات والأجهزة الطبية على تقنيات منخفضة ومتوسطة وعالية المستوى. يُطبق التطهير عالي المستوى (إذا كان التعقيم غير ممكن) على المعدات شبه الحرجة فقط التي تتلامس مع الأغشية المخاطية أو الجلد غير المتصل، مثل مناظير الجهاز الهضمي، وأجهزة التنفس والتخدير، ومناظير القصبة الهوائية والحجيرة،... إلخ. والمطهرات الكيميائية التي تُستخدم في التطهير عالي المستوى تشمل جلوتارالدهيد، وأورثوفتالدهيد، وبيروكسيد الهيدروجين.
- يجب أن يستخدم التعقيم لجميع المعدات الحرجة وشبه الحرجة والتي لا تتأثر بالحرارة.
- يستخدم التطهير منخفض المستوى (للمعدات غير الحرجة فقط) لمعدات مثل السماعات الطبية وغيرها من المعدات التي تلمس الجلد السليم. وبخلاف المعدات الحرجة وشبه الحرجة، يمكن تطهير معظم المعدات غير الحرجة التي يمكن إعادة استخدامها في مكان استخدامها ولا تحتاج إلى نقلها إلى منطقة معالجة مركزية.
- وضع ملصقات تعريفية على العبوات المعقمة.
- تخزين المستلزمات النظيفة والمعقمة: يتم تخزينها بشكل صحيح في مناطق تخزين محددة تكون نظيفة وجافة ومحمية من الغبار والرطوبة ودرجات الحرارة القصوى. من الناحية المثالية، يتم تخزين المستلزمات المعقمة بشكل منفصل عن المستلزمات النظيفة، ويجب أن يكون الوصول إلى مناطق التخزين المعقمة محدوداً.
- استخدام دفاتر لتسجيل عملية التعقيم.
- مستويات المخزون.
- تاريخ انتهاء صلاحية المعدات المعقمة.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى لتقييم السياسات والإجراءات الموضوعية، وسجلات تدريب متخصصي الرعاية الصحية.
- خلال الجولات والتعقب بالمستشفى، قد يلاحظ مراجع الهيئة عدد أجهزة التعقيم من الفئة (ب) قبل التفريغ (-pre-vacuum class B sterilizers)، ووجود مناطق منفصلة وفقاً للمعيار مع تدفق هواء أحادي الاتجاه، ووجود مناطق تخزين تستوفي المعايير القياسية.
- قد يتحقق مراجع الهيئة من قدرة العاملين على أداء عملية التعقيم بشكل صحيح.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية التطهير والتعقيم والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (ز).
٢. متخصصو الرعاية الصحية مُدربون على السياسة المعتمدة.
٣. يوجد بالمستشفى معقم واحد على الأقل من الفئة ب قبل التفريغ (pre-vacuum class B sterilizers).
٤. القوانين واللوائح وتصنيف سبولدينج ومتطلبات وتوصيات الشركة المصنعة توجه التعقيم أو التطهير.
٥. توجد ثلاث مناطق على الأقل منفصلة بفواصل مادية مخصصة للتنظيف والتعبئة و/ أو التعقيم والتخزين.
٦. تخزين المستلزمات النظيفة والمعقمة بشكل صحيح في مناطق التخزين المخصصة التي تكون نظيفة وجافة ومحمية من الغبار والرطوبة ودرجات الحرارة القصوى.

### **IPC.21: خدمات الغذاء آمنة وفعالة.**

#### السلامة

### الكلمات الرئيسية:

خدمات الغذاء

### الغرض:

- إن خدمات الغذاء التي يقدمها مطبخ المستشفى قد تكون أحد مصادر العدوى المحتملة إذا لم يتم تجهيزه، التعامل معه و/أو تخزينه بشكل سليم.
- إن الأمراض التي تنتقل عن طريق الغذاء قد تشكل تهديدا كبيرا على الصحة ولا سيما على مرضى نقص المناعة. لذا فإن إجراءات مكافحة ومنع انتشار العدوى الفعالة من الأمور الحاسمة لمنع مثل هذه العدوى.
- خدمات الغذاء الآمن تتضمن جميع العمليات بدءا من استلام الغذاء وغيره من المنتجات الغذائية ومرورا بتخزينها وتجهيزها والتعامل معها حتى يتم تسليمها بشكل آمن.
- تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه خدمات الغذاء الآمن والتي تتناول على الأقل ما يلي:
- أ. عملية استلام الغذاء.
  - ب. عملية التخزين الآمنة والتي تشمل نظام دوران الغذاء الذي يتسق مع مبدأ "من دخل أولا يخرج أولا".
  - ج. مراقبة درجة الحرارة أثناء التجهيز والتخزين.
  - د. منع انتقال التلوث بين الأطعمة سواء بشكل مباشر من الأطعمة النيئة إلى الأطعمة المطهية، أو بشكل غير مباشر من الأيدي الملوثة، أسطح العمل، طاولات التقطيع، أدوات المطبخ،... إلخ.
  - هـ. عملية نقل الغذاء.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك مقابلة العاملين للتحقق من وعيهم.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة إجراءات منع انتقال العدوى مثل وجود طاولات تقطيع مخصصة لكل نوع من انواع الأطعمة، ووجود أماكن منفصلة لاستلام وتخزين وتجهيز الغذاء والمنتجات الغذائية.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة درجات حرارة تخزين الغذاء المسجلة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة تخزين وتجهيز وتوزيع الغذاء مع اتباع تعليمات النظافة الصحية.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (هـ).
٢. العاملون المشتركون في خدمات الغذاء على دراية بالسياسة المعتمدة.
٣. توجد مناطق منفصلة لاستلام وتخزين وتجهيز الغذاء والمنتجات الغذائية.



٤. توجد إجراءات لمنع خطر انتقال التلوث.
٥. تجهز وتوزع المستشفى الغذاء مع تطبيق تعليمات النظافة الصحية ودرجات الحرارة الملائمة.

#### OGM.01: يوجد هيكل محدد للهيئة الحاكمة للمستشفى

##### الفاعلية

#### الكلمات الرئيسية:

هيكل الهيئة الحاكمة

#### الغرض:

تعد الهيئة الحاكمة للمستشفى مسئولة عن تحديد الاتجاه العام للمستشفى وضمان المواثمة بين أنشطة المستشفى وأهدافها. وهي مسئولة أيضاً عن مراقبة الأداء والتنمية المستقبلية. ولهذا، فإن تحديد الهيكل التنظيمي الحاكم للمستشفى يضمن تشغيلها بكفاءة وفاعلية.

وفي النظام المركزي، مثل وزارة الصحة والسكان، تخضع تبعية عدة مؤسسات لهيئة حاكمة واحدة ولضمان الحوكمة في المستشفى بشكل ملائم وكفاء، يجب أن يكون الهيكل التنظيمي الخاص بها محددًا بشكل جيد علي أن يوضح طبيعة علاقات العمل القائمة بين أجزائها/مكوناتها المختلفة. هذه العلاقات -والتي تتسم بالتعقيد في بعض الأحيان- يمكن توضيحها في مخطط به أسهم وخطوط لتوضيح الصلاحيات والمسئوليات. إن الشكل المثالي للهيكل ينبغي أن يكون بسيطاً وطبقاً للوظيفة مع وجود أقل حد من الطبقات الوظيفية الغير ضرورية وأن يكون مفصلاً بما يحقق غرض المستشفى.

#### دليل عملية المراجعة

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بملاحظة المعلومات اللازمة من خلال عملية المراجعة بأكملها مع إيلاء المزيد من الاهتمام بالعرض التقديمي الافتتاحي وجلسة مراجعة الوثائق وجلسة المقابلة مع القيادات.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. الهيكل التنظيمي للهيئة الحاكمة موضح في المخطط الخاص بالمستشفى
٢. يتم تعريف أعضاء الهيئة الحاكمة بالاسم والمسمى الوظيفي في الهيكل التنظيمي
٣. أعضاء الهيئة الحاكمة يتسمون بالتنوع ويمثلون اهتمامات المجتمع وذوي كفاءات.
٤. يجتمع أعضاء الهيئة الحاكمة في أوقات محددة مسبقاً ويتم تسجيل محضر الاجتماع
٥. تقوم الهيئة الحاكمة بتقييم أدائها سنوياً فيما تم إنجازه من الخطة الاستراتيجية

#### OGM.02: تشارك قيادات المستشفى والهيئة الحاكمة في وضع رسالة المستشفى

##### الفاعلية

#### الكلمات الرئيسية:

رسالة المستشفى

#### الغرض:

تعد رسالة المستشفى وصفاً للهدف الجوهري الذي تهدف إليه المستشفى ، فهي العامل الأساسي الذي بناءً عليه يتم وضع الاتجاه الاستراتيجي للمستشفى وصولاً إلي وضع الأهداف والاستراتيجيات ذات الصلة. إن تحديد الغاية الرئيسية للمستشفى في شكل رسالة هو واحدة من الأدوار الرئيسية للهيئة الحاكمة ويجب أن تتوافق رسالة المستشفى مع الرسالة الوطنية للرعاية الصحية وأن يتم مشاركتها مع الجهات المعنية ذات الصلة بما فيهم العاملين ، والمرضى والزائرين.

### دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بملاحظة رسالة المستشفى في اللوحات المعلقة، و في المنشورات والوثائق مع التركيز علي آخر تحديث لها، واعتمادها وتوافقها وسهولة رؤيتها.

### أدلة التطابق مع المعيار

١. لدي المستشفى رسالة المستشفى معتمدة من الهيئة الحاكمة
٢. تتوافق الرسالة مع المبادرات الوطنية في مجال الرعاية الصحية ورؤية ٢٠٣٠
٣. يتم تقييم الرسالة سنوياً
٤. يتم وضع رسالة المستشفى في الأماكن العامة بحيث تكون مرئية للعاملين والمرضى والزائرين.

**OGM.06: توجد عملية واضحة للتواصل والتنسيق بين مدير المستشفى، والعاملين، ولجان المستشفى/ وهيكلها التنظيمي**

### الكلمات الرئيسية:

تشكيل اللجان

### الغرض:

إن تحقيق رسالة المستشفى يتطلب التعاون والعمل الجماعي ويتحقق ذلك خلال القيام بمشاركة المعلومات واشراك العاملين في صنع القرار. وتعد اللجان أدوات تجمع المعلومات والقدرات الموزعة بين الاجزاء المختلفة بالمستشفى علي هيئة وحدة واحدة أو متكاملة ولها دور فعال في صنع القرار. وما يزيد إنجازات أو إنتاجية اللجنة هو اختيار أعضاء متعددي التخصصات لكل لجنة وانعقاد اللجنة بانتظام. ويشارك كل من قيادات المستشفى، والفريق الطبي، وطاقم التمريض، وغيرهم من العاملين في اللجان ذات الصلة. يجب أن يكون لكل لجنة شروط مرجعية والتي تشمل علي عضوية اللجنة، المهام، المسؤوليات، رفع التقارير، عدد مرات الاجتماعات، النصاب القانوني وجدول الاعمال الأساسي للجنة. يجب أن تتعد اجتماعات اللجان بانتظام وأن توثق محاضر الاجتماع الخاصة بها. يوجد بالمستشفى علي الأقل اللجان التالية:

- أ. لجنة سلامة البيئة.
- ب. لجنة مكافحة العدوي.
- ج. لجنة الدواء والعلاج.
- د. لجنة الجودة وسلامة المرضى.
- هـ. لجنة المراضة والوفيات.

### دليل عملية المراجعة:

قد يقابل مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية العديد من أعمال اللجان خلال عملية المراجعة ، قد يقوم بمراجعة الهيكل التنظيمي للجنة وأجندة الاجتماع ومحضر الاجتماع والأعضاء المكلفين.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى علي الأقل اللجان المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (ج)
٢. يوجد لكل لجنة شروط مرجعية
٣. تجتمع اللجان بانتظام
٤. يتم تسجيل محاضر الاجتماعات الخاصة باللجنة ومشاركتها مع الأعضاء المشاركين بها.
٥. توجد عملية معلنة للتنسيق و التواصل بين المدير والعاملين و لجان المستشفى والهيكل التنظيمي الخاص بها

## OGM14: تقوم المستشفى بإدارة نظام إعداد فواتير المرضى

### الكلمات الرئيسية:

نظام إعداد الفواتير

### الغرض:

تعد عملية إعداد الفواتير أحد المكونات الرئيسية في إدارة المستشفى. ونظراً لتعقيد عمليات إعداد الفواتير ، قد ينتج عن أخطاء إعداد الفواتير خسائر مالية مكافئة، علي سبيل المثال، ما يحدث من أخطاء في إعداد الفواتير نتيجة لنقص أو عدم ملائمة مطالبات المواد الطبية المستخدمة نتيجة للاستخدام الغير صحيح لنظام الباركود .

تشتمل عمليات إعداد الفواتير علي تسجيل جميع الأصناف والخدمات المقدمة للمريض في حساب المريض ثم يتم تجهيز جميع المعلومات والتكاليف من أجل إعداد الفواتير. وفي حالة أنظمة الدفع لطرف ثالث ، يتم إعداد الفواتير وفقاً لمتطلبات شركات/ هيئات التأمين والتي عادة يكون لها قواعد لتسديد التكاليف.

تضع المستشفى سياسة وإجراءات لعملية إعداد الفواتير والتي تتناول النقاط التالية علي الأقل:

- وجود قائمة أسعار معتمدة.
- إخبار المريض بأي تكاليف محتملة تتعلق بخطة الرعاية الخاصة بهم.
- توجد عملية لضمان إعداد الفواتير بدقة.
- استخدام رموز دقيقة ومعتمدة للتشخيص والتدخلات والخدمات التشخيصية.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة وقوائم الأسعار خلال جلسة مراجعة الإدارة المالية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلات مع بعض العاملين المسؤولين عن إعداد الفواتير وبعض المرضى للمطابقة بين الأداء الفعلي والسياسة المعتمدة.

### أدلة التطابق مع المعيار

1. لدي المستشفى سياسة معتمدة لإعداد فواتير المرضى بدقة.
2. توجد قائمة معتمدة للأسعار.
3. يتم إخبار المرضى بأي تكلفة محتملة تتعلق بخطة العلاج الخاصة بهم.
4. تستخدم المستشفى رموز دقيقة ومعتمدة للتشخيصات، والتدخلات والخدمات التشخيصية.
5. في حالة نظام الدفع لطرف ثالث ( أو تأمين صحي) ، يتم مراقبة ما إذا كانت عمليات الاعتمادات تتم في وقت مناسب.
6. يتم تعريف العاملين علي إعداد الفواتير علي عمليات التأمين الصحي المختلفة

## OGM.20: يوجد بالمستشفى برنامج معتمد عن صحة العاملين يتم مراقبته وتقييمه سنوياً وفقاً للقوانين واللوائح

### الكلمات الرئيسية:

صحة العاملين

### الغرض:

تنفذ المستشفى برنامج صحة العاملين لضمان سلامة العاملين وفقاً لمخاطر مكان العمل. ومن الركائز الأساسية لبرنامج الصحة المهنية للعاملين هو تقييم مسببات الخطر / المخاطر والذي من خلاله يتم تحديد الأخطار والمخاطر المرتبطة بكل عمل.

وذلك لإتخاذ الخطوات اللازمة للتحكم في هذه المخاطر للحد من الأضرار المحتملة التي قد تنتج عنها ، أو إذا لم يمكن ذلك، للحد من أثارها السلبية.

يحدث ذلك خلال برنامج تقييم المخاطر علي مستوي المستشفى والذي يحدد المناطق والعمليات العالية الخطورة. يشمل نطاق البرنامج جميع العاملين ويتناول النقاط التالية علي الأقل:

- أ. التقييم الطبي للعاملين الجدد قبل التعيين.
- ب. التقييم الطبي الدوري للعاملين.
- ج. عمل مسح لمخاطر التعرض و/أو وجود مناعة ضد الأمراض المعدية.
- د. التحكم في المخاطر وإدارة المخاطر المرتبطة بالعمل.
  - i. المخاطر العضلية والبدنية الناتجة عن رفع ونقل المرضى والمعدات ، والإجهاد، والحركات المتكررة، ووضعيات الجسم السيئة.
  - ii. عوامل الخطورة المادية مثل الإضاءة، الضوضاء، والتهوية والكهرباء وغيرها.
  - iii. المخاطر البيولوجية مثل مسببات الأمراض المنقولة بالدم أو بالهواء وغيرها.
- هـ. توعية العاملين بشأن المخاطر داخل بيئة المستشفى والمخاطر المتعلقة بمجال عملهم.
- و. التطعيمات الوقائية للعاملين.
- ز. تسجيل وإدارة الحوادث التي تصيب العاملين ( مثل الجروح، الأمراض، واتخاذ الإجراءات التصحيحي ووضع الإجراءات لمنع تكرار حدوثها)
- ح. يتم طلب فحص طبي قبل التوظيف لجميع فئات العاملين لتقييم ما إذا كانوا لائقين للعمل بسلامة، كما أنه يجب إجراء تقييم دوري محدد ( اختبارات وفحوصات) للعاملين الذين يتعرضون لمخاطر محددة كالأشعة. وقد يتطلب إجراء فحص على حسب الموقف إذا تم التعرض لمواد معينة. ويتم تسجيل نتائج الفحص الطبي في ملفات العاملين الطبية، ويتم اتخاذ إجراء عندما تثبت إيجابية النتائج ، ويشتمل ذلك علي إبلاغ العامل بالنتائج وتوفير المشورة والتدخل الذي تقتضيه الحاجة.
- ط. يشارك فريق مكافحة العدوي في وضع وتنفيذ برنامج صحة العاملين حيث أن نقل العدوي يعد من المخاطر الشائعة والجادة لكل من العاملين والمرضى في المنشأة الصحية.
- ي. يتم توثيق جميع النتائج المتعلقة ببرنامج الصحة المهنية للعاملين ( التقييم الطبي، التطعيمات، إصابات العمل ) ويتم حفظها وفقاً للقوانين واللوائح.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمقابلة أعضاء الفريق الذين يقوموا بإعداد وتنفيذ برنامج صحة العاملين للتحقق من هيكل البرنامج، والمخاطر وملفات التوعية والتعريف.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة عينة من الملف الطبي للعاملين لضمان تطابقها مع المعيار.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد برنامج صحة العاملين معتمد وفقاً للقوانين المحلية واللوائح يغطي النقاط المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (ي)
٢. يوجد تقييم مخاطر الصحة المهنية والذي يحدد المخاطر المهنية في المستشفى.
٣. يتم توعية العاملين بالمستشفى حول المخاطر في بيئة المستشفى ، والمخاطر المرتبطة بوظيفتهم المحددة والفحص الطبي الدوري.
٤. يخضع جميع العاملين لبرنامج التطعيمات وقيود العمل وفقاً للقوانين واللوائح ولأدلة العمل المعتمدة بالمستشفى.
٥. يتم تسجيل جميع نتائج الفحوصات والتطعيمات والعلاجات الوقائية بعد التعرض والتدخلات في ملف المريض الطبي.
٦. يوجد دليل علي إتخاذ إجراءات وإبلاغ العامل في حالة إيجابية النتائج.

**WFM.02:** تحدد خطة التوظيف بالمستشفى عدد العاملين، كما تحدد المهارات المطلوبة والدرجات العلمية والمعرفة، بالإضافة إلى المتطلبات الأخرى اللازمة للعاملين لتحقيق رسالة المستشفى وتوصيات الممارسة المهنية وتقديم رعاية آمنة للمرضى.

## الكفاءة

### الكلمات الرئيسية:

خطة التوظيف

### الغرض:

إن تخطيط التوظيف هو عملية التأكد من أن المستشفى لديها الأشخاص المناسبين لإنجاز العمل المطلوب بنجاح من خلال مطابقة بيانات العاملين التفصيلية التي تشمل المهارات والإمكانيات والتطلعات وأماكنهم مع خطط العمل. يعد العجز في عدد متخصصي الرعاية الصحية المؤهلين في مناطق متعددة مؤشراً ينبذ الخطر، خاصة في تخصصات العناية الحرجة مثل وحدات العناية المركزة والتخدير.

يجب أن تلتزم المستشفى بقوانين ولوائح وتوصيات الممارسات المهنية التي تحدد المستوي المطلوب من التعليم أو المهارات أو المتطلبات الأخرى اللازم توافرها بالعاملين ومنهم الممارس المستقل أو التي تحدد أعداد العاملين أو تنوع العاملين بالمستشفى.

تقوم قيادات كل منطقة إكلينيكية أو إدارية بمراجعة الخطة بشكل دوري ويقومون بتحديثها حسب الضرورة، كما يحددون المتطلبات الخاصة بكل منصب على حده.

تحافظ المستشفى على المستوى الآمن من العاملين بما في ذلك عدد ومستوى مهارات الممارسين المستقلين و الذي يساوي ٦٠٪ على الأقل من احتياجات المستشفى خاصة في مجالات الرعاية الحرجة. تأخذ القيادات العوامل التالية بعين الاعتبار عن تحديد احتياجات التوظيف:

أ. رسالة المستشفى والخطط الاستراتيجية والتشغيلية بها.

ب. مدى تعقد وخطورة حالات المرضى الذين تخدمهم المستشفى.

ج. الخدمات التي تقدمها المستشفى.

د. التكنولوجيا والمعدات المستخدمة في رعاية المرضى.

### دليل عملية المراجعة:

أثناء عملية المراجعة الذي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثائق العاملين، أو يلاحظ توزيع ومهارات العاملين، أو يراجع ملفات العاملين ومنهم الممارسين المستقلين للتحقق من امتثال خطة التوظيف إلى القوانين واللوائح وتوصيات الممارسات المهنية.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. خطة التوظيف تتوافق مع الرسالة والخطط الاستراتيجية والتشغيلية.
٢. خطة التوظيف تمتثل إلى القوانين واللوائح وتوصيات الممارسات المهنية.
٣. خطة التوظيف تحدد العدد التقديري المطلوب من العاملين ومنهم الممارسين المستقلين والمهارات وكذلك التكاليف المطلوبة من العاملين لتلبية احتياجات المستشفى.
٤. في تخصصات الرعاية الحرجة والتخدير، يتوافق عدد أخصائيي الرعاية الصحية المؤهلين مع ٦٠٪ على الأقل من العدد المطلوب في خطة التوظيف.
٥. مراقبة خطة التوظيف ومراجعتها مرة على الأقل كل عام.

## WFM.06: يوجد ملف لكل عضو من طاقم العمل

### الكفاءة

#### الكلمات الرئيسية:

ملفات العاملين

#### الغرض:

من الهام أن تحتفظ المستشفى بملف لكل عامل، بما في ذلك الممارسين المستقلين. يتضمن ملف العاملين المعد بدقة سجلاً للخبرات المعرفية للعامل ومهاراته وكفاءته والتدريب اللازم للقيام بمسئوليات العمل.

بالإضافة إلى ذلك، يحتوي السجل على دليل على أداء العامل وما إذا كان يلبي توقعات الوظيفة. لكل عامل في المستشفى، ومنهم الممارسين المستقلين، سجل (سجلات) تحتوي على معلومات عن مؤهلاته، والمعلومات الصحية المطلوبة، مثل التطعيمات وأدلة على وجود مناعة، ودليل على المشاركة في التعريف بالمؤسسة وكذلك على استمرار تلقي التعليم أثناء الخدمة والتعليم المستمر، ونتائج التقييمات، ومنها أداء العامل لمسئوليات وظيفته وكفاءته؛ وتاريخ الخبرات في مجال العمل.

تعد الملفات بطريقة موحدة ويتم الاحتفاظ بها محدثة وفقاً لسياسة المستشفى.

قد تحتوي ملفات العاملين، ومنهم الممارسين المستقلين، على معلومات ذات حساسية ولذا يجب أن تظل سرية.

تضع المستشفى سياسة وإجراءات توجه إدارة ملفات العاملين، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. إنشاء ملف العامل.

ب. توحيد المحتويات مثل: الشهادة المعتمدة، والترخيص، والدرجات العلمية، والسجل التدريبي لخبرات العمل، وتوصيف وظيفي حالي، ودليل مسجل على تلقي التعريف بالمستشفى، والقسم المكلف بالعمل به، والوظيفة المحددة، ودليل على التقييم المبدئي لقدرة العامل على أداء الوظيفة المكلف بها، والتدريب المستمر أثناء الخدمة، نُسخ التقييمات التي تمت خلال ثلاثة أشهر ونُسخ التقييمات السنوية.

ج. تحديث محتويات الملف.

د. حفظ الملفات.

هـ. مدة الاحتفاظ بالملفات.

و. التخلص من الملفات.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بفحص عينة من ملفات العاملين لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يزور مراجع الهيئة المنطقة التي يُحفظ بها ملفات العاملين لتقييم ظروف التخزين والاحتفاظ والسرية وآلية التخلص منها.
- قد يقابل مراجع الهيئة العاملين القائمين علي فتح واستخدام وتخزين ملفات العاملين لتقييم العملية.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
2. العاملون المشاركون في فتح ملفات العاملين وتخزينها واستخدامها على دراية بمتطلبات السياسة.
3. ملفات العاملين سرية ومؤمنة.
4. ملفات العاملين تتضمن جميع السجلات المطلوبة.
5. التخلص من ملفات العاملين وفقاً لسياسة المستشفى.

**WFM.07: يتلقى العاملون المعينون والمتعاقد معهم والمستعان بهم من جهات خارجية برنامج تعريف رسمي.**

الفاعلية

### الكلمات الرئيسية:

برنامج التعريف

### الغرض:

قرار تعيين فرد في المستشفى يتطلب عدة عمليات. ولكي يقوم العامل الجديد بأداء مهامه جيداً، بغض النظر عن خبرته في العمل، يحتاج إلى فهم هيكل المستشفى بالكامل وكيف تساهم مسؤولياته الإكلينيكية أو غير الإكلينيكية المحددة في تحقيق رسالة المستشفى. يتحقق ذلك من خلال تعريف عام للعامل بالمستشفى وبيدوره وكذلك تعريف محدد بمسؤوليات وظيفته. تعريف العاملين بسياسات المستشفى، وخاصة عند بداية التوظيف، يضمن التوافق بين رسالة المستشفى وأنشطة العاملين. كما أنه يساعد على خلق ثقافة صحية بالمستشفى حيث يعمل جميع العاملين بروية مشتركة ولتحقيق أهداف متفق عليها. كما أن تعريف العاملين يسهل دمج العاملين الجدد مع المتواجدين بالفعل لخدمة تشكيلة فرق تعمل بشكل فعال لتقديم رعاية آمنة وذات جودة.

تضع المستشفى برنامج تعريف شامل يتم تقديمه إلى جميع العاملين بغض النظر عن شروط توظيفهم. يتم تعريف العاملين على ثلاثة مستويات: التعريف العام، والتعريف بالقسم، والتعريف بالوظيفة المحددة. يتناول برنامج التعريف العام على الأقل:

- أ. استعراض رسالة ورؤية وقيم المستشفى.
- ب. الهيكل التنظيمي للمستشفى
- ج. سياسات المستشفى الخاصة بالرعاية ومكافحة العدوى وتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر.
- د. برنامج التعريف بالقسم يتناول على الأقل:
  - د. استعراض السياسات والإجراءات ذات الصلة.
  - هـ. العمليات التشغيلية
  - و. علاقات العمل
- برنامج التعريف بالوظيفة المحددة:
  - ز. العمليات عالية الخطورة
  - ح. استخدام التكنولوجيا والمعدات.
  - ط. سلامة وصحة العاملين.

تضع المستشفى دليل العاملين الذي يصف عمليات توظيف وإعادة توظيف العاملين، وتقييم العاملين، وإدارة شكاوى العاملين، وقياس رضا العاملين، ولائحة الأخلاقيات، والإجراءات التأديبية، وإنهاء التعاقد.

### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمقابلة بعض العاملين ويستفسر عن عملية التعريف.
- قد يفحص مراجع الهيئة عينة من ملفات العاملين للتحقق من دليل حضور التعريف العام، والتعريف بالقسم، والتعريف بالوظيفة المحددة.

### أدلة التطابق مع المعيار:

١. تنفيذ برنامج التعريف العام والذي يتضمن على الأقل العناصر من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. تنفيذ برنامج التعريف بالقسم والذي يتضمن على الأقل العناصر من نقطة (د) إلى نقطة (و).
٣. تنفيذ برنامج التعريف بالوظيفة المحددة والذي يتضمن على الأقل العناصر من نقطة (ز) إلى نقطة (ط).
٤. يحضر أي عامل برنامج التعريف بغض النظر عن شروط التوظيف.
٥. تسجيل إتمام التعريف في ملف العاملين.

## WFM.09: تقييم أداء وكفاءة العاملين بانتظام.

### المساواة

#### الكلمات الرئيسية:

تقييم أداء العاملين

#### الغرض:

تقييم أداء العاملين هو عملية مستمرة تسمى أيضاً بقياس الأداء أو مراجعة الأداء وهو تقييم رسمي يقوم به المديرون لتقييم أداء عمل العامل، وتحديد نقاط القوة والضعف، وتقديم التغذية الراجعة، وتحديد أهداف الأداء المستقبلي. يساهم تقييم الأداء بشكل فعال في تحسين أداء الفرد، فريق العمل والمستشفى عندما يكون قائماً على عملية محددة تتسم بالشفافية ولها ضوابط معلنة واضحة ذات صلة بواجبات الوظيفة. يعزز تقييم الأداء أيضاً التواصل بين العاملين والقيادات، مما يمكنهم من اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة بشأن تخطيط التوظيف والاختيار ونظام الحوافز والتدريب والتعليم للعاملين وتخطيط المسار الوظيفي لهم. يتيح تقييم الأداء فرصة تقديم التغذية الراجعة إلى العاملين بشأن ما يجيدون أو لا يجيدون أداءه وذلك بطريقة تتسم بالسرية والاحترام، مما يعزز ثقافة التعلم داخل المستشفى. يجب أن تستخدم المستشفى أداة لتقييم الأداء حتى تتأكد من أن العاملين لديهم المتطلبات اللازمة لأداء الوظائف وتحقيق الأهداف.

تُسجل عملية تقييم أداء العاملين ويشمل ذلك طرق وأدوات مراجعة الأداء وأبعاد وضوابط التقييم والفاصل الزمني بين التقييمات وعملية الالتماس والشخص المسئول عن كل فئة من فئات العاملين.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة مع قيادات المستشفى أو الخدمة/ القسم ويستفسر عن الأدوات المستخدمة في تقييم أداء العاملين.
- قد يفحص مراجع الهيئة عينة من ملفات العاملين للتحقق من اكتمال تقييمات الأداء.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم إجراء تقييم الأداء والكفاءة لكل عامل سنوياً على الأقل.
2. يتم إجراء تقييم الأداء والكفاءة أيضاً عندما تستدعي نتائج أنشطة تحسين الجودة ذلك وما يقدم من تعليم وتدريب ملائمين.
3. توجد أدلة على تقديم التغذية الراجعة إلى العاملين بشأن تقييم الأداء والكفاءة.
4. يتم اتخاذ الإجراءات بناءً على مراجعة الأداء.
5. يتم تسجيل تقييم الأداء والكفاءة في ملفات العاملين.

## IMT.06: حماية معلومات وسجلات المرضى الطبية من الضياع والتدمير والعبث والوصول إليها أو استخدامها بدون تصريح.

### السلامة

#### الكلمات الرئيسية:

سلامة البيانات والمعلومات

#### الغرض:

إن سلامة البيانات أحد الجوانب المهمة في تصميم وتنفيذ واستخدام أي نظام معلومات يقوم بتخزين البيانات أو معالجتها أو استرجاعها لأنها تعكس الحفاظ على البيانات والتأكد من دقتها واتساقها طوال فترة التعامل معها. إن أي تغييرات غير مقصودة في البيانات نتيجة عملية التخزين أو الاسترجاع أو المعالجة، بما في ذلك التعطيل المتعمد وتعطل الأجهزة غير المتوقع والخطأ البشري، هي إخفاق في الحفاظ على سلامة البيانات.



يجب حماية معلومات وسجلات المرضى الطبية في جميع الأوقات وفي جميع الأماكن، ويشمل ذلك حمايتها من الماء أو الحريق أو غيرها من أسباب التلف وكذلك حمايتها من الوصول غير المصرح به. يجب تحديث السياسات الأمنية، ويجب تقليل احتمالية و/ أو تأثير الوصول إلى المعلومات الصحية الإلكترونية أو استخدامها أو إفشاءها أو تعطيلها أو تعديلها أو إتلافها بطريقة غير مصرح بها. إن منطقة تخزين السجلات الطبية يجب أن تنفذ الإجراءات اللازمة لضمان حماية السجلات الطبية، على سبيل المثال: التحكم في الحصول عليها و نوع طفايات الحريق المناسب.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة مع العاملين من أجل تقييم عملية حماية المعلومات من الفقد والتدمير والعبث والوصول إليها أو الاستخدام غير المصرح به.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة إجراءات حماية سجلات المرضى الطبية والتي تتضمن النوع المناسب من طفايات الحريق في الأرشيف ومنطقة التخزين ومناطق الكمبيوتر.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم تأمين السجلات والمعلومات الطبية وحمايتها في جميع الأوقات.
2. يتم تأمين السجلات والمعلومات الطبية في جميع الأماكن، ومنها أماكن رعاية المرضى وقسم السجلات الطبية.
3. تنفذ منطقة التخزين الخاصة بقسم السجلات الطبية إجراءات لضمان سلامة المعلومات الطبية.
4. عند تحديد مشكلة تتعلق بسلامة البيانات والمعلومات، يجب اتخاذ إجراءات للحفاظ على السلامة.

### **IMT.08: تتم إدارة سجل المريض الطبي بشكل فعال**

#### الفاعلية

#### الكلمات الرئيسية:

إدارة سجل المريض الطبي

#### الغرض:

بدون بنية موحدة لسجل المريض الطبي، سيكون لكل متخصص رعاية صحية طريقته الخاصة في التسجيل ، وستكون النتيجة النهائية هي عدم توافق الأنظمة وعدم القدرة على مشاركة المعلومات. كل مريض يخضع للتقييم أو العلاج في المستشفى يكون له سجل طبي. ويخصص لكل سجل رقم مميز خاص بالمريض، ويستخدم للربط بين المريض وسجله الطبي. إن وجود ملف واحد برقم مميز يمكّن المستشفى من تحديد سجل المريض الطبي بسهولة ومن توثيق رعاية المريض علي مدار الوقت

يجب أن تكون محتويات وترتيب سجل المريض الطبي موحدة

الهدف الرئيسي من وضع بنية موحدة لسجل المريض الطبي هو تسهيل الوصول إلى البيانات والمعلومات من أجل تقديم رعاية أكثر فعالية وكفاءة للمريض.

تكون سجلات المرضى الطبية متاحة لمساعدة متخصص الرعاية الصحية في الوصول إلى معلومات المريض بشكل سريع وأيضًا لتعزيز استمرارية الرعاية ورضا المريض.

تضع المستشفى سياسة وإجراءات تتناول على الأقل ما يلي:

- أ. إدارة مسار حركة السجل الطبي: فتح سجل المريض الطبي، إنشاء وسائل تعريف مميزة للمريض، وطريقة تتبع السجلات الطبية ، وتخزينها، وإتاحتها عندما يحتاجها متخصص الرعاية الصحية.
- ب. توحيد محتويات وترتيب السجل الطبي.
- ج. توحيد طريقة استخدام السجل الطبي.

- د. إصدار سجل المريض الطبي.
- ه. إدارة سجل المريض الطبي ذو المحتوى الكبير.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة ثم يتحقق من تنفيذ العملية.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة أن السجل الطبي لكل مريض له وسيلة تعريف مميزة لكل مريض، كما قد يتحقق من محتويات السجل الطبي و التنسيق المستخدم ومكان المدخلات ودقتر حركة السجلات الطبية.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة مدي إتاحة سجلات المرضى الطبية عندما يحتاجها متخصص الرعاية الصحية، وأنها تحتوي على أحدث المعلومات في إطار زمني مناسب.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين لتقييم درايتهم بإدارة سجل المريض الطبي بالمستشفى.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) حتى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين الذين يستخدمون سجل المريض الطبي على دراية بمتطلبات السياسة.
٣. فتح سجل المريض الطبي باستخدام وسيلة تعريف مميزة لكل مريض يخضع للتقييم أو العلاج.
٤. محتويات التنسيق المستخدم ومكان مدخلات سجل المريض الطبي موحدة.
٥. سجل المريض الطبي متاح عندما يحتاجه متخصص الرعاية الصحية.

**IMT.11:** يتم اختبار وتقييم الاستجابة إلى أوقات تعطل نظم البيانات المخطط لها والغير المخطط لها.

#### الكفاءة

#### الكلمات الرئيسية:

أوقات تعطل نظم البيانات

#### الغرض:

وقت التعطل هو أي حدث يكون فيه نظام تكنولوجيا المعلومات الصحية غير متاح أو يتعطل عن العمل كما هو محدد له. ربما تتم جدولة وقت التعطل (يكون مخطط له) لأغراض الصيانة أو تحديث النظام أو يكون غير مخطط له بسبب عطل غير متوقع. قد تهدد هذه الأحداث بشكل كبير تقديم الرعاية بشكل آمن وربما تعوق سير عمليات التشغيل بالمستشفى بالإضافة إلى خطر فقدان البيانات. تضع المستشفى وتنفذ برنامج لضمان استمرارية عمليات رعاية المرضى الأمانة خلال فترة التعطل المخطط له وغير المخطط له، ويشمل ذلك توفر النماذج الورقية البديلة والموارد الأخرى المطلوبة. يتضمن البرنامج عملية استعادة النظام للعمل بشكل طبيعي حين حدوث عطل من وقت التعطل وذلك لضمان سلامة البيانات. يتلقى جميع العاملين تدريباً على الانتقال إلى حالة تعطل النظام من أجل الاستجابة الفورية لاحتياجات رعاية المرضى.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق لبرنامج وقت التعطل المخطط له وغير المخطط له، ثم يتحقق من تنفيذ العملية من خلال مراجعة الوثائق ذات الصلة، والتي تتضمن مسار العمل في الأقسام وإرشادات العمل أثناء وقت التعطل المخطط له وغير المخطط له، والمخزون من النماذج المطلوب استخدامها أثناء وقت التعطل، ونتائج اختبار البرنامج السنوي.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين لتقييم درايتهم بالاستجابة إلى وقت التعطل المخطط له وغير المخطط له.

### أدلة التوافق مع المعيار:

١. يوجد برنامج استجابة إلى وقت التعطل المخطط له وغير المخطط له.
٢. يتضمن البرنامج عملية استعادة النظام للعمل بشكل طبيعي حين حدوث عطل من وقت التعطل.
٣. العاملون مُدربون على الاستجابة إلى برنامج تعطل النظام.
٤. تختبر المستشفى البرنامج مرة على الأقل سنوياً من أجل ضمان فاعليته.

### **QPI.11: وضع نظام الإبلاغ عن الحوادث.**

#### السلامة

### الكلمات الرئيسية:

نظام الإبلاغ عن الحوادث

### الغرض:

- تستطيع الإدارة القوية للمخاطر والتي تدعمها أنظمة فعالة للإبلاغ عن الحوادث والتي يُعرفها النظام، تحديد أي حدث يؤثر على سلامة المرضى أو العاملين.
- في معظم المستشفيات، يجب أن يتم تضمين والإبلاغ عن الإصابات، شكاوى المرضى، الأخطاء الدوائية، تعطل المعدات أو التفاعلات السلبية للأدوية أو العلاجات أو الأخطاء في رعاية المرضى.
- الإبلاغ عن الحوادث يؤثر تأثيراً مهماً على تحسين سلامة المرضى.
- الإبلاغ عن الحوادث يمكن أن يلقي الضوء على كيفية وأسباب حدوث الأذى للمرضى على مستوى المستشفى.
- تقارير الحوادث تساعد على اكتشاف المخاطر ومراقبتها وتقييمها وتخفيفها ومنعها، وتتضمن التقارير على الأقل ما يلي:
- أ. قائمة الحوادث والأخطاء الوشيكة والأحداث الضارة والأخطاء الجسيمة التي يمكن الإبلاغ عنها.
  - ب. عملية إدارة الحوادث تشمل كيف ومتى يتم الإبلاغ ومن الذي يقوم بالإبلاغ عن الحوادث والتحقيق فيها.
  - ج. الحوادث التي تتطلب إخطار الإدارة على الفور.
  - د. تصنيف الحوادث وتحليلها والإبلاغ/رفع تقارير عن النتائج.
  - هـ. دواعي وعملية إجراء تحليل مكثف.

### دليل عملية المراجعة:

قد يعقد مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج إدارة الجودة للتحقق من نظام إدارة والإبلاغ عن الحوادث بالمستشفى ولمراجعة أنشطة النظام بالمستشفى، ويتضمن ذلك تحديد وتحليل وتصحيح الفجوات لمنع تكرارها في المستقبل، ثم يلي ذلك مناقشة تفاعلية مع العاملين أثناء الجولات والتتبع بالمستشفى من أجل تقييم وعي العاملين.

### أدلة التوافق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تحدد نوع الحادث ونظام الإبلاغ والتي تتضمن النقاط من نقطة (أ) إلى نقطة (هـ).
٢. جميع العاملين على دراية بنظام الإبلاغ عن الحوادث، بما في ذلك الخدمات المتعاقد عليها والخدمات المقدمه من مصادر خارجية.
٣. التحقيق في الأخطاء الجسيمة وتحديد الفجوات في الخدمات.
٤. تتواصل المستشفى مع المرضى/ مستخدمى الخدمات حول الأحداث الضارة التي يتأثرون بها.
٥. اتخاذ الإجراءات التصحيحية لسد الفجوات في الخدمات في إطار زمني محدد.

## QPI.12: تحليل وتصحيح الأحداث المهمة/ الأخطاء الوشبكة.

السلامة

### الكلمات الرئيسية:

الأحداث المهمة

### الغرض:

تتطلب بعض الأحداث تحليلاً مكثفًا لتحديد الأسباب الجذرية باستخدام أدوات الجودة.

يمكن أن تقع أحداث مهمة/ أخطاء وشبكة غير متوقعة حتى في المستشفى مثل:

أ. تفاعلات نقل الدم المؤكدة

ب. أحداث التخدير والتهديئة المهمة التي تسبب ضرر للمريض أو يُحتمل أن تسبب ضرر للمريض

ج. فروق مهمة بين التشخيص قبل الجراحة وبعدها، ومن ذلك نتائج الباثولوجيا الجراحية

د. التفاعلات الدوائية الضارة المهمة التي تسبب ضرر للمريض أو يُحتمل أن تسبب ضرر للمريض

هـ. الأخطاء الدوائية المهمة التي تسبب ضرر للمريض أو يُحتمل أن تسبب ضرر للمريض

و. حدوث الانسداد الرئوي أو جلطات الأوردة العميقة بسبب عدم وجود علاج وقائي مناسب للتخثر والتقييم غير السليم لمخاطر الانسداد الرئوي أو جلطات الأوردة العميقة.

ز. هروب المريض أو محاولته الهرب

مثل هذه الأحداث تحتاج إلى تحقيق واستجابة فوريين

يجب على المستشفى إجراء تحليل السبب الجذري من أجل تحديد الإجراءات التي يجب اتخاذها لتحسين عمليات الرعاية ومنع تكرار الأحداث.

### دليل عملية المراجعة:

قد يعقد مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج إدارة الجودة للتحقق من نتائج الإبلاغ عن الحوادث المهمة بالمستشفى وتحليلها والإجراءات التصحيحية المتخذة، ثم يلي ذلك مناقشة تفاعلية لتقييم الوعي والإجراءات المختارة وتنفيذها.

### أدلة التطبيق مع المعيار:

1. توجد وثيقة تحدد ضوابط وعملية التحليل المكثف عند وقوع أحداث مهمة غير متوقعة، والوقت المطلوب لإكمال التحقيقات، والوقت المطلوب لتنفيذ خطة العمل.
2. في حالة وقوع حدث مهم/ خطأ وشيك، تُشكل لجنة بحيث يكون رئيسها والعاملين المعنيين مُدرّبين على التحليل المكثف.
3. التحقيق في جميع الأحداث المهمة/ الأحداث الوشبكة غير المتوقعة وتحليلها في الوقت المناسب.
4. اتخاذ الإجراءات التصحيحية في إطار زمني واضح وتحديد الشخص (الأشخاص) المسؤول.

**QPI.13:** تُعرف المستشفى الأخطاء الجسيمة وتحقق فيها وتحللها وترفع تقرير بها، وتتخذ الإجراءات التصحيحية لمنع الضرر الناجم عنها وتكرارها

السلامة

### الكلمات الرئيسية:

الأخطاء الجسيمة

### الغرض:

الخطأ الجسيم هو حدث غير متوقع ينطوي على وفاة أو إصابة جسيمة أو نفسية خطيرة. والإصابات الخطيرة تشمل على وجه التحديد فقدان أحد أطراف أو وظائف الجسم. والخطأ الجسيم مؤشر لإجراء تحقيق واستجابة فوريين. تضع المستشفى سياسة لإدارة الأخطاء الجسيمة والتي تشمل على الأقل ما يلي:

أ. تعريف الأخطاء الجسيمة مثل:

- i. وفيات غير متوقعة أو فقدان أحد وظائف الجسم بشكل دائم بطريقة لا صلة لها بالمسار الطبيعي لمرض المريض أو حالته الأساسية
- ii. أحداث بمرضى خطأ، مكان خطأ، إجراء خطأ
- iii. انتحار المريض أو محاولته الانتحار أو العنف الذي يؤدي إلى الوفاة أو فقدان دائم لأحد وظائف الجسم
- iv. ترك غير مقصود لجسم غريب داخل المريض بعد جراحة أو إجراء تداخلي
- v. الإعطاء الخاطئ للعلاج الإشعاعي
- vi. أي وفيات للأمهات أثناء الفترة المحيطة بالولادة
- vii. أي وفاة لرضيع أثناء الفترة المحيطة بالولادة والتي ليس لها علاقة بحالة خلقية للرضيع الذي يزيد وزنه عن ٢٥٠٠ جرام

ب. الإبلاغ الداخلي عن الأخطاء الجسيمة

ج. الإبلاغ عن الأخطاء الجسيمة للجهات الخارجية

د. مشاركة أعضاء الفريق

هـ. تحليل الأسباب الجذرية

و. خطط الإجراءات التصحيحية المتخذة

يتم إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بجميع الأخطاء الجسيمة في غضون سبعة أيام من وقوع الخطأ أو المعرفة بحدوثه. وجميع الأخطاء التي تتماشى مع التعريف يجب إجراء تحليل لأسبابها الجذرية من أجل الوصول إلى فهم واضح للعوامل المسببة الكامنة وراء خلل النظام. ويجب الانتهاء من التحليل والإجراءات في غضون ٤٥ يومًا من وقوع الخطأ أو المعرفة بحدوثه.

دليل عملية المراجعة:

قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج إدارة الجودة من أجل التحقق من نتائج الإبلاغ عن الأخطاء الجسيمة بالمستشفى وتعرفها ونوع الحالات، وكيف يحدد النظام الفجوات الكامنة وراء الخطأ الجسيم، وعملية الإبلاغ عنها والإطار الزمني للتحقيق فيها وخطة العمل. ربما تتم متابعة الأخطاء الجسيمة التي تم إبلاغها للهيئة أثناء المراجعة بهدف التحقق من الالتزام بالإجراءات التصحيحية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة لإدارة الأخطاء الجسيمة كما هو مذكور في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و) وتكون القيادات على دراية بمتطلبات السياسة.
٢. يتم تحليل جميع الأخطاء الجسيمة والإبلاغ عنها مرفقاً بها تحليل السبب الجذري في فترة زمنية تحددها القيادات والتي لا تتجاوز ٤٥ يومًا من تاريخ وقوع الخطأ أو المعرفة بحدوثه.
٣. يتم إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بجميع الأخطاء الجسيمة في غضون سبعة أيام من وقوع الخطأ أو المعرفة بحدوثه.
٤. تحليل السبب الجذري يحدد السبب (الأسباب) الرئيسية الكامنة وراء الخطأ وتضع القيادات خطط عمل تصحيحية لمنع تكرار حدوثه في المستقبل.

## معايير إضافية للمؤسسات التي تقدم خدمات أكاديمية أو بحثية أو خدمات زرع الأعضاء/ الأنسجة

### ADD.07: حماية حقوق المريض أثناء أنشطة البحث.

#### الرعاية المتمركزة حول المريض

#### الكلمات الرئيسية:

حقوق المريض أثناء البحث

#### الغرض:

في الأبحاث المقبولة أخلاقياً، يتم تقليل المخاطر إلى الحد الأدنى وتكون معقولة مقارنةً بالاستفادة المحتملة من الدراسة البحثية. وقد تختلف طبيعة المخاطر وفقاً لنوع البحث الذي سيتم إجراؤه، وقد يحدث الضرر إما على مستوى الفرد أو على مستوى الأسرة أو مجموعة السكان المستهدفة.

فالمشاركة في تجربة بحثية قد يشعر المشاركون بالخوف وعدم الثقة، كما أنهم قد يخشون الانسحاب منها خوفاً من تعرضهم للتمييز

إن اختراق الخصوصية وانتهاك السرية أمرًا يدل على عدم احترام المشاركين وقد يؤدي إلى الشعور بفقدان السيطرة أو الإحراج، فضلاً عن الأضرار الملموسة مثل الوصم الاجتماعي أو الرفض من الأسر أو المجتمعات أو ضياع الفرص مثل فرصة الحصول على عمل أو سكن.

إن الأساس الأخلاقي للموافقة المبنية على المعرفة هو مبدأ احترام الأشخاص. ويحق للأفراد الذين يملكون الأهلية أن يكون لهم حرية اختيار المشاركة أو عدم المشاركة في البحث، وأن يتخذوا قرارات بناءً على فهم كافٍ لما يستلزمه البحث.

تضع المستشفى سياسة وإجراءات الأبحاث والتي تشمل على الأقل:

أ. الأهلية للتسجيل في المشاريع أو البروتوكولات البحثية

ب. حقوق المريض أثناء المشاركة في البحث

ج. ضمان سرية الصور ومعلومات المريض المدرجة في البحث

د. حق المريض في الانسحاب من تجربة البحث دون الخوف من العقاب

لا ينبغي حرمان أي شخص من نصيبه العادل من فوائد البحث؛ وتشمل الفوائد المباشرة من وراء المشاركة (إن وجدت) بالإضافة إلى المعرفة الجديدة التي صمم البحث لتحقيقها.

يجب الحصول على الموافقات المبنية على المعرفة؛ كما يجب أن يتخذ مُفوض ولي الأمر القرارات الخاصة بالأطفال أو البالغين الذين ليس لديهم القدرة العقلية لتقديم الموافقة المبنية على المعرفة.

#### دليل عملية المراجعة:

- قد يُقيم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الأنشطة البحثية خلال جلسة مقابلة القيادات، ثم يلي ذلك مقابلة بعض أعضاء اللجنة إما من خلال جلسة مركزة أو أثناء عمليات التتبع والمرور بالمستشفى.
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلة مع المرضى المشاركين في الأنشطة البحثية للتحقق من التطابق مع المعيار.

#### أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى برنامج معتمد يشمل جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
2. جميع الباحثين على دراية بمتطلبات السياسة.
3. موافقة المريض على المشاركة في البحث توضع بعد توقيعها في ملف البحث وفي سجل المريض الطبي.
4. عند ظهور مشكلات تتعلق بسلامة المرضى أثناء البحث، يتم إبلاغ المرضى واتخاذ الإجراءات لضمان سلامة المرضى.



## القسم الرابع: الدليل التشغيلي

### ◀ قراءة وتفسير الدليل التشغيلي

يحدد دليل التشغيل جميع الوثائق المطلوبة في دليل اعتماد معايير المستشفيات الصادر عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (السياسات، الإجراءات، الخطط، البرامج، القوائم... إلخ). يجب أن تكون كل هذه الوثائق متاحة لمراجعتها بواسطة مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية خلال عملية المراجعة الخاصة بالتسجيل. ستتم عملية المراجعة فيما يخص دليل التشغيل من خلال المقابلات مع قيادات المستشفى حول الوثائق ذات الصلة و عن كيفية إعداد هذه الوثائق وما هي الخطط الموضوعية لتنفيذها. يتم تصنيف قائمة الوثائق وفقاً لتصنيف الفصول في دليل معايير اعتماد المستشفيات الصادر عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية كالتالي :

- ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض
- الحصول علي الرعاية واستمراريتها وانتقال الرعاية
- تقديم الرعاية المتكاملة
- الخدمات التشخيصية والمساعدة
- الجراحة والتخدير والتهدئة
- سلامة وإدارة الدواء
- مكافحة ومنع العدوي
- الإدارة والحوكمة المؤسسية
- التقييم والمشاركة المجتمعية
- إدارة الموارد البشرية
- إدارة وتكنولوجيا المعلومات
- تحسين الجودة والأداء
- المتطلبات الإضافية

**ملحوظة:** قد تشمل وثيقة واحدة علي أكثر من متطلب



◀ مكونات / بنود دليل التشغيل

١. ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض

أ. سياسة توجه الإعلان عن الخدمات بطريقة واضحة ومحدثة ودقيقة. PCC.01

ب. حقوق المرضى وذويهم (سياسة) PCC.04

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل على الأقل على النقاط التالية):

- حقوق المرضى وذويهم كما تنص عليه القوانين واللوائح ولانحة آداب المهنة بنقابات المهن الطبية.
- حقوق المرضى وذويهم في الحصول على الخدمة التي تقدمها المستشفى.
- حقوق المرضى وذويهم في معرفة اسم عضو الطاقم الطبي المعالج والمتابع والمسؤول عن الحالة.
- حقوق المرضى وذويهم في الحصول على الرعاية التي تحترم قيمهم ومعتقداتهم الشخصية.
- حقوق المرضى وذويهم في المعرفة والمشاركة في صنع القرار المتعلق بالرعاية الخاصة بهم.
- حقوق المرضى وذويهم في رفض الرعاية ووقف العلاج.
- حقوق المريض وذويهم في الأمن والخصوصية والسرية والكرامة.
- حقوق المرضى وذويهم في تقييم وعلاج الألم.
- حقوق المرضى وذويهم في تقديم شكوى أو اقتراح دون خوف من الانتقام بشأن الرعاية والخدمات.
- حقوق المرضى وذويهم في معرفة أسعار الخدمات والإجراءات.
- حقوق المرضى وذويهم في التماس الحصول على رأي ثانٍ من طبيب سواء داخل المستشفى أو خارجها.

ج. مسئوليات المرضى وذويهم (سياسة) PCC.05

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- مسؤولية المرضى وذويهم في إعطاء معلومات واضحة ودقيقة عن مرضهم / حالتهم وتاريخهم المرضي السابق والحالي.
- مسؤولية المرضى وذويهم في الالتزام بسياسات وإجراءات المستشفى.
- مسؤولية المرضى وذويهم في سداد المستحقات المالية وفقاً للقوانين واللوائح وسياسة المستشفى.
- مسؤولية المرضى وذويهم في احترام المرضى الآخرين ومتخصصي الرعاية الصحية.
- مسؤولية المرضى وذويهم في اتباع خطة العلاج الموصى بها.

د. عملية تقييم المرضى وذويهم (سياسة) PCC.10

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- تحديد إحتياجات المرضى وذويهم من معلومات.
- مسؤولية متعددة التخصصات في تحديد إحتياجات المرضى وذويهم من معلومات.
- يتم تعريف المرضى بالمعلومات وفقاً لقيم المرضى وذويهم ومستوي تعليمهم ، وتُقدم بالشكل واللغة التي يفهمونها.

هـ. الموافقة المبنية على المعرفة (سياسة) PCC.11

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن يشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- قائمة بالعمليات الطبية التي تحتاج إلى موافقة مبنية على المعرفة، تشتمل هذه القائمة على التالي:
  - الإجراءات الجراحية والتدخلية
  - التخدير والتهدئة المتوسطة والعميقة
  - استخدام الدم والتبرع بالدم.
  - العلاج أو التدخلات عالية الخطورة (ومنها على سبيل المثال لا الحصر: المعالجة بالصدمة الكهربائية، العلاج الإشعاعي، و العلاج الكيماوي).
  - الأبحاث.

- الأنشطة الترويجية أو التصوير الفوتوغرافي و تكون الموافقة لغرض أو وقت محدد.
- من المعلومات التي تشتمل عليها الموافقة، احتمالية النجاح وخطر عدم القيام بالإجراء أو التدخل وفوائد وبدائل أداء تلك العملية الطبية المعينة.
- الحالات التي يتم الحصول علي الموافقة فيها من شخص آخر غير المريض وآلية الحصول عليها وتسجيلها وفقاً للقوانين واللوائح وسياسات المستشفى المعتمدة.
- الموافقة المبنية علي المعرفة متاحة في جميع المناطق ذات الصلة.
- و. الرضا المبني علي المعرفة (سياسة)

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- كيفية إبلاغ المريض / ذويه عن الحالة الطبية الحالية للمريض
- كيفية إبلاغ المريض/ ذويه بعواقب قرارهم.
- كيفية تسجيل رفض المريض و/ أو ذويه لأحد خطوات عملية الرعاية الطبية.
- كيفية المتابعة مع المريض/ ذويه بعد مغادرة المستشفى.

ز. مسؤولية المستشفى تجاه متعلقات المرضى (سياسة) PCC.19

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- من المسؤول عن حماية متعلقات المرضى
- متي تبدأ المسؤولية تجاه هذه المتعلقات
- كيفية حماية المتعلقات؟ ولأي فترة زمنية؟ ماذا يحدث بعد ذلك؟
- كيف يتم تعريف المرضى بمسؤولية المستشفى عن المتعلقات.
- كيف تتعامل المستشفى مع الموجودات (المتعلقات التي يتم العثور عليها)

ح. التغذية الراجعة من المريض وذويه (سياسة) PCC.20

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- قياس التغذية الراجعة من مرضي الأقسام الداخلية.
- قياس التغذية الراجعة من مرضي العيادات الخارجية.
- قياس التغذية الراجعة من مرضي الطوارئ.
- ط. شكاوي ومقترحات المرضى (سياسة) PCC.21
- آليات تعريف المرضى وذويهم بقنوات الاتصال لتقديم شكاوهم ومقترحاتهم.
- عمليات تتبع شكاوي ومقترحات المرضى وذويهم.
- مسؤولية الاستجابة لشكاوي ومقترحات المرضى.
- الإطار الزمني لتقديم تغذية راجعة إلى المرضى وذويهم حول الشكاوي أو المقترحات المقدمة.

## ٢. الحصول علي الرعاية واستمراريتها وانتقال الرعاية

المتطلبات الوطنية للسلامة ذات الصلة:

NSR.01 التعريف الصحيح للمريض

NSR.02 التواصل عند تسليم وتسليم الرعاية

أ. إتاحة خدمات المستشفى للمريض (قبل تسجيل المريض) (سياسة) ACT.01

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- عملية مسح لخصائص المرضى لتحديد ما إذا كان نطاق خدمات المستشفى يلبي احتياجاتهم من الرعاية الصحية.
- إتاحة الخدمة في الطوارئ يتم بشكل آمن ومناسب لظروف المرضى.
- إتاحة الخدمة في الأقسام الخارجية يشتمل على تحديد مواعيد وعملية انتظار محددة بوضوح للمرضى مما يضمن التعريف الصحيح للمريض ، وتبادل كافي وواضح للمعلومات، وتحقيق السلامة والراحة.

ب. عملية تسجيل المرضى (سياسة) ACT.02

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- وضع نطاق خدمات علي مستوى المستشفى
- يقوم موظف متخصص بعملية مسح أولي
- تستخدم عملية المسح لتحديد أولوية احتياجات الرعاية الطبية والتمريضية للمرضى في حالات الطوارئ أو العيادات الخارجية أو وحدات الإجراءات التداخلية أو الإحالة إلى المستشفى.

ج. نطاق خدمات المستشفى. (الوثائق المعتمدة) ACT.02

د. عملية دخول المستشفى لتلقي العلاج (سياسة) ACT.04

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- إجراءات الدخول للمرضى ومنهم مرضى العيادات الخارجية و الطوارئ والمسارات الأخرى لدخول المستشفى.
- خطة رعاية محددة وإطار زمني محدد لعملية الدخول.
- المعلومات التي ينبغي إبلاغها للمريض وذويه وقت الدخول.
- التعامل مع المرضى عند عدم توفر سرير.
- التعامل مع المرضى الذين لا تلبى المستشفى احتياجاتهم من الرعاية وتتضمن الرعاية في غرف الطوارئ أو العيادات الخارجية أو خدمات الأقسام الداخلية.

هـ. تقييم المخاطر وخطة إدارة تدفق المرضى (خطة) ACT.07

و. سياسة توجه عملية تحديد الطبيب المسؤول عن المريض. (سياسة) ACT.08

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- لكل مريض يتلقى العلاج بالمستشفى طبيب مسؤول عنه حسب حالة المريض الإكلينيكية.
- شروط طلب ومنح ونقل مسئولية الرعاية.
- كيف يتم نقل المعلومات الخاصة بتقييم المريض وخطة الرعاية، بما في ذلك الإجراءات المعلقة، من الطبيب المسؤول الأول إلى الذي يليه.
- عملية ضمان التعريف الصحيح والواضح للمسئولية بين أطراف "نقل المسئولية".

ز. التماس الحصول على رأي ثانٍ (سياسة) ACT.10

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- ضوابط حصول المرضى على رأي ثانٍ.
- عملية واضحة للتواصل مع متخصصي الرعاية الصحية المعنيين بشأن التماسات الحصول على رأي ثانٍ.
- عملية واضحة لإبلاغ المعلومات الأساسية إلى من يعطي الرأي الثاني من متخصصي الرعاية الصحية.
- الإطار الزمني للرد على التماسات الحصول على رأي ثانٍ.
- التفاصيل الواردة في الرد لضمان تخطيط رعاية آمنة ومناسبة.
- الإجراءات المتخذة عندما يتعذر على المستشفى توفير رأي ثانٍ.

ح. عملية الحصول على المشورة (سياسة) ACT.11

الحد الأدنى من المحتوى ((يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- ضوابط الحصول على المشورة من طبيب آخر.
- النتيجة المتوقعة ومدى ضرورة الحصول على المشورة من طبيب آخر.
- عملية واضحة للتواصل مع متخصصي الرعاية الصحية المعنيين بشأن التماسات الحصول على المشورة من طبيب آخر.
- الإطار الزمني للرد على التماس الحصول على المشورة من طبيب آخر
- تفاصيل الرد لضمان تخطيط رعاية آمنة ومناسبة.

ط. الرعاية متعددة التخصصات (سياسة) ACT.12

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- ضوابط محددة للحصول على آراء متعددة التخصصات.
- المسؤوليات الواضحة لأفراد الفريق المعالج.
- تسجيل تفاصيل التواصل والتقييم والرعاية.

ي. نقل المرضى (سياسة) ACT.13

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- النقل الآمن للمريض من وإلى سرير الفحص وسرير نقل المريض ( الترولي ) والكرسي المتحرك وغيرها من وسائل النقل.
- سلامة العاملين أثناء رفع ونقل المرضى.
- آليات التنسيق لضمان النقل الآمن خلال إطار زمني معتمد.
- كفاءة العاملين المسؤولين عن نقل المرضى.
- ضوابط واضحة لتحديد مدي ملاءمة النقل داخل المستشفى.

ك. إمكانية الوصول إلى وحدات الرعاية المتخصصة والخروج (سياسة) ACT.14

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- دخول العناية المركزة والوحدات المتخصصة وفقاً لضوابط محددة قائمة علي أساس الحالة الفسيولوجية للمريض و/ أو وفقاً للشروط المحددة التي يضعها متخصصو الرعاية الصحية المعنيين بالمستشفى.
- الخروج من العناية المركزة والوحدات المتخصصة وفقاً لضوابط محددة قائمة علي أساس الحالة الفسيولوجية للمريض و/ أو وفقاً للشروط المحددة التي يضعها متخصصو الرعاية الصحية المعنيين بالمستشفى.

ل. تدفق المرضى خارج المستشفى : النقل والإحالة والخروج المؤقت والخروج (سياسة) ACT.15

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تخطيط الخروج و/ أو الخروج المؤقت و/ أو الإحالة و/ أو النقل من المستشفى يبدأ بمجرد الانتهاء من التشخيص أو التقييم ويشمل المريض وذوية حيثما كان الأمر ملائماً.
- العاملون المسؤولون عن طلب وتنفيذ خروج و/ أو إحالة و/ أو نقل المرضى من المستشفى.
- ضوابط محددة تقرر مدى ملاءمة عمليات الإحالة والنقل والتحويل من المستشفى بناءً على نطاق الخدمات المعتمدة واحتياج المريض إلى استمرار الرعاية.
- التنسيق مع مؤسسات النقل التحويل/ الإحالة، إن وجدت، ومستويات الخدمات الصحية الأخرى، وغيرها من المؤسسات.

### ٣. تقديم الرعاية المتكاملة

المتطلبات الوطنية للسلامة ذات الصلة

NSR.02: الأوامر الشفهية والتليفونية

NSR.04: التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب

NSR.05: مسح مخاطر السقوط والوقاية منها

NSR.06: الوقاية من قرح الفراش

NSR.08: الإنذارات الحرجة

NSR.09: إدراك التدهور الإكلينيكي والوقاية منه

NSR.10: الجلطات الدموية الوريدية

NSR.11: النتائج الحرجة

أ. التعاون في الرعاية (سياسة) ICD.02

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تحديد نطاق العمل والمهام والعلاجات لكل فئة من فئات متخصصي الرعاية الصحية.
- تحديد مجالات التداخل وتوضيح المسؤوليات.
- آلية للتأكد من أن جميع متخصصي الرعاية الصحية على دراية بخطط الرعاية التي وضعها أعضاء الفريق الآخرون استجابةً لاحتياجات كل مريض.
- إرشادات واضحة حول من سيقوم بفحص احتياجات المريض الخاصة وكيف سيتم التقييم وتقديم الرعاية عند الحاجة.
- آلية لحل النزاعات بين متخصصي الرعاية الصحية فيما يتعلق بخطط التقييم والرعاية في إطار زمني محدد.
- آلية لإشراك متخصصي الرعاية الصحية المعالجين والمتعاونين بالاتفاق مع المريض وأسرته بشأن تقييم خيارات العلاج وتخطيط العلاج.

ب. الرعاية قبل دخول المستشفى ورعاية الإسعاف والرعاية الطبية الطارئة أثناء الكوارث (سياسة) ICD.03

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تقديم أو تشغيل أو الاستعانة بخدمات الإسعاف.
- الاستعداد الدائم.
- الإطار الزمني لتلقي المكالمات، وإرسال سيارات الإسعاف، والوصول إلى المرضى.
- فحص وتقييم وإعادة تقييم المرضى.
- بروتوكولات العناية بالمرضى في مكانهم وأثناء النقل.

ج. خدمات الطوارئ (سياسة) ICD.04

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- توافر العاملون المؤهلون خلال أوقات العمل.
- وضع ضوابط واضحة لتحديد أولويات الرعاية وفقاً لعملية الفرز المتعارف عليها.
- كل من التقييم وإعادة التقييم وإدارة الرعاية يتبعون أدلة العمل والبروتوكولات الإكلينيكية المعتمدة.

د. أدلة عمل رعاية الطوارئ ICD.05

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- الرعاية الطارئة لعلاج واستقرار حالات آلام الصدر.
- الرعاية الطارئة لعلاج واستقرار حالات الصدمة.
- الرعاية الطارئة لعلاج واستقرار حالات الإصابات المتعددة.
- الرعاية الطارئة لعلاج واستقرار حالات تغير درجة الوعي.
- الرعاية الطارئة لعلاج واستقرار حالات الولادة المتعسرة.

هـ. خدمات الأقسام الخارجية (سياسة) ICD.07

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- نطاق ومحتوى التقييم المبدئي بما في ذلك التاريخ المرضي والفحص السريري.
- الإطار الزمني لاستكمال وتسجيل التقييم المبدئي لكل تخصص.
- المسؤولية عن إكمال التقييم.
- معدل تكرار إعادة تقييم ومتابعة المرضى كلما كان ذلك ممكناً.
- تسجيل خطط الرعاية

و. التقييم الطبي للمريض وإعادة التقييم (سياسة) ICD.08

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- الشكوى الرئيسية.

- تفاصيل المرض الحالي.
- مرات دخول المستشفى السابقة والجراحات والإجراءات التداخلية السابقة.
- الحساسية.
- التفاعلات الدوائية العكسية.
- التاريخ الدوائي.
- التاريخ الاجتماعي والنفسي والسلوكي.
- التاريخ العائلي.
- المطلوب من الفحص السريري الشامل.
- التاريخ والفحوصات المتعلقة بالتخصص.

ز. التقييم التمريضي للمريض وإعادة التقييم (سياسة) ICD.09

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- العلامات الحيوية.
- الألم.
- قياسات إضافية مثل الطول والوزن.
- تقييم المخاطر مثل السقوط والقرح.
- مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية والعجز والجلد والترطيب
- المخرجات (كما يتلائم مع الحالة)
- تقييم تمريضي مفصل لجهاز (أجهزة) معين من أجهزة الجسم المتعلق بالمشكلة الحالية أو غيرها من التساؤلات الحالية المطلوبة.

ح. مسح إحتياجات الرعاية (سياسة) ICD.10

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- يحدد متخصصو الرعاية الصحية المؤهلون محددات / ضوابط عمليات الفحص بهدف تقييم مخاطر واحتياجات المرضى التالية.
- الإطار الزمني لاستكمال فحص إحتياجات الرعاية الصحية.
- عملية تحديد الحاجة إلى إجراء مزيد من التقييم من خلال خدمة معينة عند استيفاء المحددات / الضوابط.
- يتم مسح ما يلي على الأقل:
- الحالة الغذائية
- الحالة الوظيفية
- الحالة النفسية والاجتماعية
- متطلبات الخروج من المستشفى
- ضحايا الإساءة والإهمال

ط. تكيف وملائمة أدلة عمل الممارسة الإكلينيكية (سياسة) ICD.15

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- كيفية ملائمة وتقوية ومراجعة وتقييم، تحديث أدلة عمل/ بروتوكولات الممارسة الإكلينيكية وذلك بناءً على الأبحاث المنشورة القائمة على أساس الأدلة.
- يجب على المستشفى ملائمة وتعديل أدلة العمل أو البروتوكولات لأكثر ثلاثة تشخيصات شيوغاً/ خطورة التي يتم التعامل معها في المستشفى سنوياً.
- تقييم أدلة عمل الممارسة الإكلينيكية التي تبنتها/ غيرتها المستشفى مرة كل عام على الأقل أو عند الحاجة

ي. الطلبات والأوامر (سياسة) ICD.17

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- اسم عضو الطاقم الطبي المصدر للأمر.
- تاريخ ووقت الأمر.
- تعريف المريض وتحديد العمر والجنس.
- السبب الإكلينيكي لإصدار الأمر وطلب الخدمة.
- متطلبات التجهيز.
- الاحتياطات الواجب اتخاذها.
- المكان وجانب الجسم الذي سيتم عليه إجراء التصوير الطبي.
- المصادقة الفورية من أعضاء الطاقم الطبي المصدرين للأمر.

ك. مسح الألم والتقييم وإعادة التقييم والتعامل معه (سياسة) ICD.19

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- أداة مسح الألم (pain screening tool).
- جميع عناصر تقييم الألم التي تشمل طبيعة ومكان وشدة الألم.
- معدل إعادة تقييم الألم.
- بروتوكولات التعامل مع الألم.

ل. تقييم ومسح احتياجات المريض التغذوية (سياسة) ICD.20

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- توفر شخص مختص لتقييم والتعامل مع احتياجات المريض التغذوية.
- ضوابط محددة لتضمين الخدمات التغذوية في عملية رعاية المرضى.
- مكونات التقييم التغذوي.
- رعاية والتعامل مع احتياجات المريض التغذوية:
  - توفر ووجود قائمة بجميع النظم الغذائية الخاصة.
  - طلب الطعام المناسب لحالة المريض الإكلينيكية.
  - تسجيل طلبات الطعام أو المواد الغذائية الأخرى في الملف الطبي.
  - جدولة الوجبات وتوقيت توزيع الوجبات يتطابق مع تفضيلات المريض.
- التعامل مع وتخزين الطعام الذي يجلبه أفراد الأسرة.

م. التقييم والتعامل مع احتياجات المريض النفسية (سياسة) ICD.21

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- توفر شخص مختص لتقييم والتعامل مع احتياجات المريض النفسية.
- ضوابط محددة لتضمين الخدمات النفسية في عملية رعاية المرضى.
- مكونات التقييم النفسي والتي تتضمن على الأقل التوتر والقلق والاكتئاب والعزلة الاجتماعية والعلاقات السيئة.
- رعاية والتعامل مع احتياجات المريض النفسية:
  - قائمة بالموارد المجتمعية لتعزيز الصحة ودعم الأشخاص الأكثر عرضة للمخاطر.
  - تعريف المرضى و/ أو ذويهم بشأن الموارد المجتمعية المتاحة عند الحاجة.
- الدعم والتعامل مع المريض في حالة الإعاقة وحوادث عدوى وعدم القدرة على تحمل تكاليف الرعاية.

ن. التقييم والتعامل مع الاحتياجات الوظيفية للمريض (سياسة) ICD.22

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- توفر شخص مختص لتقييم والتعامل مع احتياجات المريض الوظيفية.
- مكونات التقييم الوظيفي.

- رعاية والتعامل مع احتياجات المريض الوظيفية من خلال خطة رعاية فردية تتناول ما يلي على الأقل:
  - رعاية ودعم والتعامل مع أنشطة الحياة اليومية المستقلة مثل الأكل والشرب والمشي والتحرك.
  - رعاية ودعم والتعامل مع التواصل مع ضعاف السمع أو ضعاف النظر أو ذوي القدرات المعرفية أو الفكرية المحدودة.
  - تمكين ودعم الأسر وغيرهم ممن قد يراقبون أو يساعدون أو يتفاعلون مع احتياجات أنشطة حياة المريض اليومية واحتياجاته الوظيفية ونقله.
- ضوابط محددة لتضمين خدمات التأهيل في عملية رعاية المرضى.
- س. تعريف ومسح وتقييم فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة (سياسة) ICD.23  
الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):
  - تحديد فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يزورون المستشفى ويجب أن يتضمنون ما يلي على الأقل:
    - المراهقين.
    - المسنين.
    - المعاقين
    - مرضى ضعف المناعة.
    - المرضى الذين يعانون من الأمراض المعدية.
    - المرضى الذين يعانون من الألم المزمن.
    - ضحايا سوء المعاملة والإهمال.
  - توفر شخص مختص لتقييم والتعامل مع احتياجات فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة.
  - التعديلات المطلوبة في طرق تقييم المرضى المعتمدة حتى تتناسب مع احتياجات فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة.
  - رعاية والتعامل مع احتياجات فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال وضع خطة رعاية فردية لكل مريض على حدة.
- ع. عملية الولادة الآمنة (سياسة) ICD.24
- ف. التقييم والتعامل مع فئات المرضى من الأطفال (سياسة) ICD.25  
الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):
  - حالة التطعيم.
  - التقييم والرعاية التغذوية.
  - تقييم ورعاية القدرات المعرفية.
  - فحص ورعاية الأمراض الخلقية.
  - التقييم والرعاية الاجتماعية وفقاً للقوانين واللوائح الوطنية للطفل.
  - مخططات النمو.
- ص. رعاية المرضى الذين لا يُرجى شفائهم (سياسة) ICD.26  
الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):
  - تهيئة المرضى وذويهم لقرب حدوث الوفاة.
  - يجب أن تكون القرارات الإكلينيكية خاصة بكل مريض على حدة، وتتضمن مشاركة المريض و/ أو ذويه في اتخاذ القرار.
  - التعامل مع الأعراض، ومنها الألم والاكتئاب.
  - تقديم الدعم إلى المريض وذويه لتلبية الاحتياجات النفسية والاجتماعية والعاطفية والروحية.



ق. رعاية المرضى النفسيين (سياسة) ICD.27

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- العلاج الإلزامي.
- الموافقة المبينة على المعرفة.
- استخدام القيود مع المرضى النفسيين.
- الزيارات أثناء الليل.
- مراقبة ومتابعة مرضى الخروج الدائم.
- العلاج بالصدمة الكهربائية.
- الأنشطة المهنية والترفيهية (الترويحية).

ر. رعاية المريض أثناء استخدام التقييد والعزلة (سياسة) ICD.28

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- استخدام التقييد أو العزل وفقاً لضوابط وقوانين ولوائح محددة.
- المتطلبات اللازمة لصدور أمر واضح من الطبيب بالتقييد والعزل.
- قيام عاملين مؤهلين بوضع وإزالة القيود بشكل آمن وفعال.
- يجب استخدام أقل أساليب التقييد كلما كان ذلك ممكناً.
- حماية حقوق المريض وكرامته وسلامته البدنية والنفسية أثناء الاستخدام.
- المتابعة وإعادة التقييم أثناء الاستخدام.
- تجديد أمر استخدام التقييد بناءً على الحاجة المستمرة ووفقاً للقوانين واللوائح.
- رعاية والتعامل مع احتياجات المرضى أثناء استخدام التقييد والعزل.
- إنهاء استخدام التقييد والعزل وفقاً لضوابط محددة.

ش. رعاية مرضى ضحايا تعاطي المخدرات والإدمان (سياسة) ICD.29

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- تقييم تاريخ تعاطي المخدرات، بما في ذلك العمر عند بدء التعاطي، ومدة وشدة وأنماط التعاطي، والمخدرات المستخدمة، والعواقب، والمضاعفات.
- أنواع العلاجات السابقة والاستجابات السابقة للعلاج.
- تاريخ المشكلات العقلية والتفيسية والسلوكية.
- ملامح البيئة التي تساعد على الالتزام والتعافي أو تعيق عملية الشفاء.
- الوضع المالي.
- الوضع المعيشي الحالي والظروف الأسرية.
- الحاجة إلى مشاركة الأسرة في رعاية المريض.
- قبول العلاج أو دوافع العلاج.

ت. رعاية مرضى العلاج الكيماوي أو الإشعاعي (سياسة) ICD.31

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- تحديد فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يزورون المستشفى.
- توافر الأفراد الأكفاء لتقييم والتعامل مع احتياجات المرضى الخاصة.
- التعديلات المطلوبة لطرق تقييم المريض المعتمدة حتى تلائم احتياجات هؤلاء المرضى.
- قبل بدء نظام علاجي جديد لأول مرة، مثل التأكد من الحالة المرضية أو التحقق من التشخيص المبدئي، أو مرحلة السرطان الأولية، أو حالة السرطان الحالية، أو خطة العلاج ومنها على الأقل، تشخيص المريض، والأدوية، والجرعات، ومدة العلاج، وأهداف العلاج.
- في كل جلسة أكلينيكي أو في كل يوم من أيام العلاج، يُجري متخصصو الرعاية الصحية تقييمات المرضى

ويسجلوها ويتخذون الإجراءات المناسب، وتتضمن التقييمات على الأقل العناصر التالية: الوزن والطول وسميات العلاج والآثار الجانبية.

- رعاية والتعامل مع المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيماوي و/ أو العلاج الإشعاعي من خلال خطة رعاية فردية تتضمن التعامل مع المضاعفات مثل التسرب وفرط الحساسية وقلة العدلات (الخلايا المتعادلة).

ث. رعاية مرضي الغسيل الكلوي (سياسة) ICD.32

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- متطلبات التقييم المبدئي.
- متطلبات إعادة التقييم.
- الفحوصات المعملية الدورية.
- أدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية لما يلي على الأقل:
  - إدارة انسداد وصلة الغسيل الكلوي.
  - استخدام منع تخثر الدم.
  - المضاعفات الناجمة عن الغسيل الكلوي.
- السكتة القلبية الرئوية والحالات الطبية العاجلة أثناء غسيل الكلى.

خ. خدمات الرعاية الحرجة (سياسة) ICD.33

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- الحد الأدنى من الموارد المطلوبة لكل سرير مثل: المساحة والمهارات والمعدات.
- متطلبات التقييم المبدئي ويتضمن الدورة الدموية والتنفس والأكسجين.
- متطلبات إعادة التقييم.
- متابعة المعدات.
- التعامل مع إجراءات الرعاية الحرجة مثل: الشق الحنجري وإدخال أنبوب مرن إلى القصبة الهوائية وضعية الانبطاح خلال التنفس الاصطناعي وفحص الهذيان.

ذ. معدات ومستلزمات الطوارئ (سياسة) ICD.36

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- تحديد قائمة معدات ومستلزمات الطوارئ المطلوبة وفقاً لقوانين ولوائح وضوابط الممارسة.
- معدات ومستلزمات الطوارئ متوفرة في جميع أنحاء المستشفى.
- معدات ومستلزمات الطوارئ ملائمة لمختلف الفئات العمرية.
- استبدال معدات ومستلزمات الطوارئ فور استخدامها أو عند انتهاء صلاحيتها أو تلفها.
- التحقق من معدات ومستلزمات الطوارئ يومياً للتأكد من توافرها وجاهزيتها للاستخدام.

ض. الإنعاش القلبي الرئوي وحالات الطوارئ الطبية (سياسة) ICD.38

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- ضوابط محددة للتعرف على حالات الطوارئ والسكتة القلبية الرئوية بين البالغين والأطفال.
- تثقيف العاملين بشأن الضوابط المحددة.
- تحديد العاملين المعنيين بالاستجابة.
- آليات استدعاء العاملين للاستجابة؛ بما في ذلك الرمز (الرموز) التي يمكن استخدامها لاستدعائهم في حالات الطوارئ.
- الإطار الزمني للاستجابة.
- الاستجابة موحدة على مدار ٢٤ ساعة في اليوم و٧ أيام في الأسبوع.
- تسجيل الاستجابة والتعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية.

وتشتمل الوثائق المطلوبة على: شهادات برنامج دعم الحياة الأساسي والمتقدم (BLS / ACLS) أو الوثائق ذات الصلة) من

منظمة مهنية ذات الصلة و معترف بها. وتعتمد المستشفى جهة واحدة مانحة لهذه الشهادة لتوحيد خدمات الإنعاش القلبي وفقاً للبروتوكولات المعتمدة في المستشفى.

#### ٤. الخدمات التشخيصية والمساعدة

المتطلبات الوطنية للسلامة ذات الصلة:

NSR.25: برنامج السلامة الإشعاعية

NSR.26: برنامج سلامة المعمل

أ. التخطيط لخدمات التصوير الطبي ( التراخيص، التصاريح، أدلة العمل، قائمة الخدمات ) DAS.01

ب. تقييم الكفاءة والأداء للعاملين بالتصوير الطبي (سياسة) DAS.02

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- المراقبة المباشرة لعمليات وإجراءات العمل الروتينية، بما في ذلك جميع ممارسات السلامة المعمول بها.
- المراقبة المباشرة لصيانة المعدات وفحص واختبار وظائفها، ومتابعة تسجيل نتائج الفحص والإبلاغ بها.
- مراجعة سجلات الموارد البشرية لمتخصصي التصوير الطبي.
- تقييم مهارات حل المشكلات.
- التدريب على التقنيات والأجهزة والفحوصات الخاصة.

ج. دليل الإجراءات لكل نوع من أنواع فحوصات التصوير الطبي DAS.03

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- نظرة عامة و مجال الاستخدام
- وصف المعدات
- إجراءات الصيانة
- الرقابة علي الجودة
- إجراءات السلامة
- النتائج الحرجة

د. عملية ما قبل الفحص بالتصوير الطبي (سياسة) DAS.04

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- استيفاء نموذج الطلب بشكل صحيح حتى تشمل: التعريف الصحيح للمريض (اسم المريض بالكامل وتاريخ الميلاد والنوع وأرقام التليفونات ومحل سكنه)، واسم الطبيب الذي طلب الفحص، والفحوصات المطلوبة، تاريخ ووقت الفحص، والمعلومات الإكلينيكية، ووضع علامة خاصة على طلبات الفحوصات العاجلة.
- تحضير المريض ويتضمن ذلك المخاطر المحددة.
- وصف تقنيات الفحص.
- مراجعة طلبات ما قبل الفحص من اجل التأكد من أن الفحص المطلوب مناسب لاحتياجات عضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة والمريض.
- الإجراءات التي يجب اتخاذها عندما يكون الطلب غير كامل أو لا يمكن قرائته أو غير ذي صلة من الناحية الإكلينيكية أو عندما لم يتم تحضير المريض.
- تسجيل الموافقات المبينة على المعرفة من المرضى و عضو الطقم الطبي القائم بالإحالة عند الحاجة إلى فحص إضافي أو بديل.

هـ. برنامج مراقبة جودة التصوير الطبي DAS.05

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تنفيذ عناصر مراقبة الجودة الداخلية وفقاً لتقييم مخاطر كل فحص/ تقنية.
- تحدد المستشفى معدل تكرار اختبار مراقبة الجودة وفقاً لأدلة العمل وتعليمات الشركة المصنعة على أساس

الأكثر صرامة منهما.

- يجب استخدام طرق مراقبة الجودة والتي يمكن التعامل معها واختبارها بنفس الطريقة وعلى يد نفس موظف التصوير الطبي.
- يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة ونتائج أداء مراقبة الجودة المقبولة وإتاحتها بسهولة للعاملين حتى يتعرفوا على النتائج غير المقبولة حتى يستجيبوا بشكل مناسب.
- اعتماد برنامج مراقبة الجودة من الشخص المسئول قبل التنفيذ.
- يقوم عضو مكلف ومعتمد من العاملين بمراجعة بيانات مراقبة الجودة على فترات زمنية منتظمة (شهرياً على الأقل).
- اتخاذ إجراءات تصحيحية بشأن أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال إجراءات مراقبة الجودة والإجراء التصحيحي المترتب عليها

و. بروتوكولات فحص التصوير الطبي DAS.06

- عوامل التصوير الإشعاعي
- وضعية المريض
- تركيب طاولة الأدوات المعقمة
- الرعاية ما بعد الفحوصات

ز. تقارير فحوصات التصوير الطبي في غضون الإطار الزمني المعتمد (سياسة) DAS.07

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- الأطر الزمنية لرفع تقارير بمختلف أنواع التصوير الطبي إلى متخصص الرعاية الصحية وإلى المرضى.
- رفع التقارير في حالات الطوارئ أو الحالات العادية.
- مسؤوليات خدمات التصوير الطبي عبر المستشفى.
- عضو الطاقم الطبي المسئول عن التفسير وإعداد التقارير مؤهل ومرخص.

ح. التخطيط لخدمات المعمل (نطاق الخدمات ، وخطة الخدمات) DAS.10

ط. تقييم الكفاءة والأداء للعاملين بالمعمل (سياسة) DAS.11

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- الملاحظة المباشرة لعمليات وإجراءات العمل الروتينية، ومنها جميع ممارسات السلامة القابلة للتطبيق.
- الملاحظة المباشرة لعملية صيانة المعدات وفحص واختبار وظائفها؛ ومراقبة تسجيل نتائج الاختبار ورفع تقارير بها.
- مراجعة سجلات العمل.
- تقييم مهارات حل المشكلات.
- عملية فحص العينات الخاصة، مثل العينات التي سبق فحصها، أو مواد المقارنة بين المعامل، أو العينات المنقسمة.

ي. إدارة الكواشف (سياسة) DAS.12

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- ضوابط فحص وقبول ورفض الكاشف المقدم.
- طرق تعريف وإدراج ووضع الملصقات التعريفية على جميع الكواشف الموجودة في المعمل.
- طريقة ضمان جودة الكواشف قبل استخدامها بالمعمل.
- إجراءات التأكد من أن المعمل لا يستخدم مواد منتهية الصلاحية.
- تحديد الحدود الآمنة (حد الطلب) لإعادة طلب مواد المعمل حسب احتياجات المعمل.
- طلب وصرف وإرسال الكواشف والمستلزمات وتحديد الشخص المسئول.

ك. اختيار وتقييم معمل الإحالة (سياسة) DAS.13

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- الاختيار : يجب أن يعتمد الاختيار بشكل أساسي على جودة الأداء.
- إرسال عينات الإحالة إلى معمل معتمد محلياً أو دولياً كلما كان ذلك ممكناً.
- التقييم: يجب أن ينفذ المعمل عملية تقييم لمعمل الإحالة إما قبل التعاقد أو أثناء مدة سريان العقد أو عند تجديد العقد من خلال متابعة جودة الأداء ووقت دوران العينة و تقديم تقارير بالنتائج.
- المتطلبات: يجب أن توجد وثيقة موقعة تحدد توقعات الطرفين المعنيين من أجل سرعة الإحالة. وتتضمن هذه الوثيقة على الأقل ما يلي:
  - نطاق الخدمة
  - شروط الاتفاق (ومنها حالة الاعتماد).
  - متطلبات العينة
  - وقت دوران العينة (TAT)
  - تقديم تقارير النتائج
  - الإفصاح عن المعلومات لطرف ثالث
  - كيفية حل النزاعات
  - مدة سريان الاتفاق والجدول الزمني لمراجعته

ل. أقل فاصل زمني لإعادة الفحص المعمل (سياسة) DAS.14

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- يجب أن يعتمد معدل تكرار الفحص على عدد من الضوابط:
  - الخواص الفسيولوجية التي تؤثر على المادة التي يجري تحليلها.
  - عمر النصف الحيوي Biological half-life
  - العناصر التحليلية
  - متطلبات العلاج والمتابعة
  - أدلة العمل المعمول بها
- تقييف مقدم الطلب، بحيث يتم طلب الفحوصات المناسبة في الوقت المناسب للمريض المناسب.
- أن يتضمن دليل خدمات المعمل حول دواعي إعادة الفحص
- تنفيذ القواعد المنطقية في المعمل لإلغاء أو تقييد الطلبات بناءً على بيانات المريض السابقة
- إرسال رسائل لتذكير مقدم الطلب عند نقطة الطلب بأن طلبه إما مبكر جداً أو غير ملائم وذلك من خلال برنامج الطلب عن بُعد/ برنامج طلبات الأقسام، مع وجود وسيلة لمراجعة النتائج السابقة أو طرح أسئلة. كما يوجد أيضاً خيار لتسجيل سبب تخطي أقل فاصل زمني لإعادة الفحص.
- يمكن أيضاً الحد من استخدام الفحص عن طريق قصر السماح بطلب إعادة الفحص على عاملين من درجة معينة أو مستوى معين بحيث لا يتمكن من الوصول إلى فحص معين إلا من هم في المستوى المناسب.

م. عملية ما قبل الفحص المعمل (سياسة) DAS.15

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- إكمال نموذج الطلب بشكل صحيح حتى تشمل: التعريف الصحيح للمريض (اسم المريض بالكامل وتاريخ الميلاد والنوع وأرقام التليفونات ومحل سكنه)، واسم الطبيب الذي طلب الفحص، والفحوصات المطلوبة، وتاريخ ووقت أخذ العينة، والتعريف الصحيح للشخص الذي أخذ العينة، والمعلومات الإكلينيكية، ونوع العينة (مصدر العينات)، ووضع علامة معينة على طلبات الفحوصات العاجلة.
- تحضير المريض ويتضمن ذلك تعليمات المتطلبات الغذائية (مثل الصيام والأنظمة الغذائية المعينة).
- وصف تقنيات أخذ العينة حسب نوعها.

- وضع ملصقات تعريفية على العينات بطريقة سليمة.
- ضوابط التخلص الآمن من المواد المستخدمة في أخذ العينات.
- التعامل مع العينات ونقلها بطريقة سليمة.
- الوقت الذي يستغرقه إجراء الفحوصات (وقت دوران العينة)
- أقل فاصل زمني لإعادة الفحص

ن. عمليات استلام العينات وتتبعها وتخزينها (سياسة) DAS.16

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- وضع ضوابط قبول أو رفض العينات.
- قيام الموظف المسئول بتقييم العينات المستلمة للتأكد من استيفائها لضوابط القبول ذات الصلة بالفحص (الفحوصات) المطلوبة.
- العينة المقبولة: عملية تسجيل العينة في دفتر القيد أو سجلات المعمل أو ورقياً أو بالكمبيوتر أو أي نظام مشابه آخر ، يتضمن التسجيل تاريخ ووقت استلام / تسجيل العينة وهوية الشخص الذي يتسلم العينة.
- العينة غير المقبولة: الاحتفاظ بسجلات رفض العينات، مع تسجيل سبب الرفض والوقت والتاريخ واسم الشخص الرفض واسم الشخص المبلغ برفض العينة.
- العينة دون المستوى الأمثل: تسجيل تاريخ ووقت استلام/ تسجيل العينة وهوية الشخص، ومؤشرات دواعي قبول العينات دون المستوى الأمثل والإجراءات المتخذة وفقاً لذلك.
- إمكانية تتبع جميع أجزاء العينة الأولية وصولاً إلى العينة الأصلية.
- عملية تسجيل جميع العينات المحالة إلى المعامل الأخرى للفحص.
- تعليمات التخزين المناسب للعينة في مرحلة ما قبل الفحص.

س. طرق الاختبارات المعملية التي تم التحقق منها/ التأكد من صحتها (سياسة) DAS.17

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- قياس المصادقية.
- قياس الدقة.
- قياس الخُطِيَّة (حدود الكشف وتحديد الكمية).

يتأكد المعمل من صحة إجراءات الفحص عند:

- استخدام طريقة غير قياسية.
- الطريقة القياسية المستخدمة خارج النطاق المقصود.
- الطريقة التي تم التأكد من صحتها بها تعديل.

ع. إجراءات الفحص المعملية : إجراءات مكتوبة لجميع الفحوصات التحليلية DAS.18

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- المبدأ والأهمية الإكلينيكية للفحص.
- متطلبات تحضير المريض ونوع العينة وجمعها وتخزينها. وضوابط قبول ورفض العينة.
- الكواشف والمعدات المستخدمة.
- التحقق/ التأكد من صحة إجراءات الفحص.
- إجراءات الفحوصات، ومنها حسابات الفحوصات وتفسير النتائج.
- إجراءات المعايرة والتحكم والإجراءات التصحيحية التي يجب اتخاذها عند فشل نتائج المعايرة في استيفاء ضوابط القبول.
- نطاقات القيم المرجعية البيولوجية/ قيم القرار الإكلينيكي تم التحقق منها/ التأكد من صحتها.
- نتائج الفحوصات الحرجة.
- نطاق القياس التحليلي وتعليمات تحديد النتائج عندما لا تكون ضمن نطاق القياس.

- القيود في المنهجيات بما في ذلك المواد المتداخلة.
- المراجع.

ف. برنامج مراقبة الجودة بالمعامل DAS.19

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تنفيذ عناصر مراقبة الجودة الداخلية وفقاً لتقييم المخاطر لكل طريقة فحص.
- تحدد المستشفى معدل تكرار اختبار مراقبة الجودة وفقاً لأدلة العمل وتعليمات الشركة المصنعة أيهما أكثر صرامة.
- يتم التعامل مع مواد مراقبة الجودة المقرر استخدامها واختبارها بنفس الطريقة ومن نفس عضو فريق المعمل الذي يقوم بفحص عينات المرضى.
- يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة ونطاقات القيم المقبولة وأن تكون سريعة الإتاحة للعاملين حتى يتسني لهم التعرف على النتائج والاتجاهات غير المقبولة و يستجيبوا بشكل مناسب.
- قواعد قبول ورفض نتائج مراقبة الجودة الداخلية.
- اعتماد برنامج مراقبة الجودة من الشخص المسئول قبل التنفيذ.
- يراجع الموظف المعتمد المكلف ببيانات مراقبة الجودة على فترات زمنية منتظمة (شهرياً على الأقل).
- اتخاذ الإجراءات التصحيحية بشأن أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير مراقبة الجودة

ص. عملية ما بعد الفحص بالمعامل (سياسة) DAS.21

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- استيفاء بيانات التقرير النهائي يتضمن على الأقل: تعريف المعمل وتعريف المريض ، والفحوصات التي تم إجراؤها، والطبيب طالب الفحوصات، وتاريخ ووقت جمع العينات ومصدر العينة، وتاريخ ووقت إصدار التقرير، ونتائج الفحص النطاق المرجعي، وتعريف الشخص الذي قام بالتحقق (الاعتماد)، (الموافقة) وتفسير النتائج، والتعليق الاستشاري أو التوضيحي عند الحاجة.
- مراجعة النتائج والتحقق منها ورفع تقرير بها بواسطة عضو الفريق المسئول عن ذلك
- ضوابط تخزين العينات.
- المدة المحددة للإحتفاظ بنتائج المعمل.
- المدة المحددة للإحتفاظ بعينات المرضى.

ق. مدة دوران العينة بالمعامل DAS.22

ر. رفع تقارير بنتائج الفحوص المعملية (STAT) في غضون الإطار الزمني الأمن والفعال. (سياسة)

DAS.23

ش. دليل إجراءات مراقبة الجودة لاختبارات نقطة الرعاية DAS.25

ت. دليل جودة خدمات نقل الدم DAS.26

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- التنظيم والإدارة.
- الموارد والمعدات والمستلزمات
- احتياجات العملاء
- مراقبة العمليات
- الوثائق والسجلات
- الانحرافات وعدم المطابقة والمضاعفات
- تقييمات المتبرعين
- فحص الدم
- تحسين العمليات

• المنشآت والسلامة

ث. التبرع الآمن بالدم (سياسة) DAS.27

• الفحص بناءً على:

- تاريخ المتبرع من حيث العمليات الجراحية والتطعيمات وما إذا كان تلقى دم من قبل والفاصل الزمني من آخر تبرع.
- الفحص البدني للمتبرع بما في ذلك المظهر العام والطول والوزن والعلامات الحيوية.
- الفحوصات المعملية لأكياس الدم، ومنها الأمراض المعدية المحددة، وفصائل الدم (ABO)، وتحديد نوع العامل الرايزيسي (RH).
- آليات ضمان التطوع بتبرع الدم دون مقابل مالي.
- تقديم مشورة ما قبل التبرع بالدم بواسطة عاملين مدربين وتشمل السلوكيات الخطرة والاستبعاد الذاتي من أجل سلامة المرضى، والفحوصات التي يتم إجرائها على الدم المتبرع به، والآثار الجانبية المحتملة. (يمكن استخدام الاستبيانات)
- سلامة وخصوصية المتبرعين.

خ. التعامل مع الدم ومكونات الدم (سياسة) DAS.28

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

• جمع الدم

- التبرع بالدم: نظافة وملائمة منطقة المتبرعين، ورد فعل المتبرعين، وحملات التبرع بالدم خارج المستشفى.
- احتياطات مكافحة العدوى.

• التعامل مع الدم

- تعريف أكياس وأنابيب الدم/ مكونات الدم.
- ضوابط درجة الحرارة.
- نقل الدم من مكان إلى آخر

• الفحص

- تحديد فصيلة الدم (ABO)
- تحديد نوع العامل الرايزيسي (RH) في السجلات السابقة
- الفحوصات المعملية للأمراض المعدية
- تخزين الأكياس/الوحدات التي يطبق عليها الحجر (منع الصرف للمرضى)

• التحضير

- التعقيم
- غلق الأكياس بإحكام
- تعليمات وبروتوكولات تحضير مكونات الدم

ذ. بنوك الدم المتعاقد معها (سياسة) DAS.30

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

• الاختيار

- يجب أن يعتمد الاختيار بشكل أساسي على جودة الأداء.
- ويجب الحصول على الدم ومكونات الدم من معمل معتمد كلما كان ذلك ممكناً.
- التقييم:

يجب على بنك الدم تنفيذ عملية تقييم قبل بدء التعامل مع بنك دم خارجي من خلال تقييم حالة اعتماد بنك الدم أو تقارير التفتيش أو القيام بزيارة ميدانية لبنك الدم أو باستخدام وسائل التقييم الأخرى. يجب أن يقوم بنك الدم بتنفيذ عملية تقييم أثناء فترة التعامل مع بنك الدم الخارجي من خلال متابعة وتقييم



إجراءات جودة محددة.

• المتطلبات:

- يجب أن توجد وثيقة موقعة تحدد توقعات الطرفين المعنيين متاحة بسهولة من أجل سرعة الإحالة. وتتضمن الوثيقة على الأقل ما يلي:
- نطاق الخدمة.
- شروط الاتفاق (بما في ذلك حالة الاعتماد).
- الاتفاق على شروط التخزين والنقل الآمن.
- دور الأطراف المعنية في فحص الأمراض المنقولة عن طريق نقل الدم.
- ضوابط القبول المحددة مسبقاً لكل مكون من مكونات الدم المستلمة.
- إعطاء الدم أو مكونات الدم أو معلومات لطرف ثالث.
- طرق حل النزاعات.
- مدة سريان الاتفاق وجدول المراجعة.

• التفيتيش:

- التحقق من استيفاء ضوابط القبول المحددة مسبقاً لكل مكون من مكونات الدم المستلمة.
- تقييم والتحقق من معلومات التعريف الصحيح للوحدات ومنها أرقام الوحدات، فصائل الدم (ABO)/ العامل الرايزيسي (RH) وتواريخ انتهاء الصلاحية.
- توافق فصيلة الدم/ العامل الرايزيسي (RH) لمكونات خلايا الدم الحمراء.
- الإجراءات المتخذة بشأن وحدات الدم أو مكونات الدم غير المرضية.
- تقييم والتحقق من ظروف نقل كل مكون من مكونات الدم.

ض. طلب الدم ومكونات الدم (سياسة) DAS.31

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية علي الأقل):

- تقييم حاجة المريض الإكلينيكية للدم.
- تثقيف المريض وذويه بشأن عملية النقل المقترحة والتسجيل في سجل المريض الطبي.
- اختيار منتج الدم والكمية المطلوبة واستكمال نموذج الطلب بدقة وبخط مقروء.
- تسجيل سبب نقل الدم حتى يتمكن بنك الدم من التحقق من أن المنتج المطلوب ملائماً للتشخيص.
- الإخبار بوضوح ما إذا كان الدم مطلوب بصورة طارئة أم روتينية.
- إرسال نموذج طلب الدم مع عينة دم إلى بنك الدم.
- عند استلام عينة دم المُتلقّي، يجب على أحد العاملين المؤهلين التأكد ما إذا كانت المعلومات الموجودة على الملصق وفي نموذج طلب نقل الدم متطابقة. وفي حالة وجود أي تناقض أو شك، يجب الحصول على عينة جديدة.

غ. توزيع الدم ومكونات الدم (سياسة) DAS.32

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية علي الأقل):

- اختبار توافق الدم في حالة نقل دم كامل وخلايا دم حمراء.
- يجب أن يحتوي نموذج تقرير المطابقة على اسم ولقب وعمر ونوع ورقم تعريف وفصيلة الدم والعامل الرايزيسي (RH) للمريض.
- يجب أن يحتوي النموذج على رقم تعريف وحدة المتبرع، رقم اللي وفصيلة الدم والعامل الرايزيسي (RH) وتاريخ انتهاء صلاحية الدم.
- يجب تسجيل تفسير نتيجة تقرير المطابقة واسم الشخص الذي يقوم بفحص وصرف الدم.
- يجب فحص كل وحدة دم بصرياً قبل التوزيع. ولا ينبغي توزيعها إذا وجد أي دليل على حدوث تسرب أو انحلال الدم أو وجد اشتباه في تلوث جرثومي مثل التعكر غير المعتاد أو تغير اللون.

- الحالات الخاصة مثل:
- شروط إعادة صرف الدم: عند إعادة الدم و/ أو مكونات الدم إلى بنك الدم لإعادة استخدامها/ إعادة طلبها.
- الطلبات العاجلة للدم.
- الإجراءات التي يجب اتخاذها عند عدم توفر فصيلة الدم المطلوبة.
- نقل الدم ومكونات الدم (سياسة) DAS.33
- الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):
- فحص الكيس بصريا للتأكد من سلامته.
- نقل الدم في حالات الطوارئ
- الحالات التي يجب عندها التخلص من الكيس.
- معدل السرعة لنقل الدم
- تسجيل نقل الدم.
- متابعة أي مضاعفات والإبلاغ بها.
- الاعتبارات الخاصة لاستخدام مكونات الدم.
- التعامل مع مضاعفات نقل الدم.

#### ٥. الجراحة والتخدير والتهدئة

- المتطلبات الوطنية للسلامة ذات الصلة:
- NSR.17: وضع علامة علي موضع الجراحة
- NSR..18: قائمة تحقق ما قبل العمليات
- NSR.19: الوقت المستقطع Time-out
- NSR.20: تجنب الخطأ الناتج عن ترك الأدوات داخل جسم المريض

#### أ. الحجز لإجراء الجراحات والإجراءات التداخلية (سياسة) SAS.02

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- يتم حجز العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية وفقاً للامتيازات الإكلينيكية الممنوحة.
- تسجل المستشفى العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية سواء تم جدولتها أو تنفيذها أو إلغاؤها.
- آلية واضحة وآمنة لتعريف المرضى في السجلات.
- آلية واضحة وآمنة لاستدعاء المرضى لإجراء العمليات الجراحية أو الإجراءات التداخلية.
- قائمة بالأجهزة القابلة للزرع في الجسم المستخدمة في المستشفى (قائمة) SAS.11
- سياسة تتبع الأجهزة القابلة للزرع في الجسم (سياسة) SAS.11
- الهيكل التنظيمي لقسم التخدير SAS.14
- التوصيف الوظيفي لرئيس قسم التخدير SAS.14
- بروتوكولات التخدير SAS.16
- بروتوكولات التهدئة SAS.22

#### ٦. إدارة وسلامة الدواء

المتطلبات الوطنية للسلامة ذات الصلة:

- NSR.13: التوافق بين الأدوية
- NSR..14: تخزين الأدوية ووضع النلصقات التعريفية عليها
- NSR.15: الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة
- NSR.16: الأدوية المتشابهة في الاسم والنطق

أ. برنامج إدارة الدواء MMS.01

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- التخطيط
- الاختيار والشراء
- التخزين
- طلب وصف الدواء
- التحضير والصرف
- الإعطاء
- المتابعة
- التقييم

ب. برنامج الإشراف علي المضادات الحيوية MMS.02

ج. دليل الأدوية بالمستشفى (قائمة الأدوية المعتمدة) MMS.03

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- أسماء الأدوية
- تركيزات الدواء (الأدوية)
- الشكل الصيدلي لجرعة الدواء
- دواعي الاستخدام
- المخاطر/ الآثار الجانبية للأدوية
- تكلفة الأدوية

د. أدوية الطوارئ (سياسة) MMS.05

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- يسهل الوصول إلى أدوية الطوارئ ويتم تخزينها بشكل موحد من أجل تسهيل الوصول السريع إلى الدواء الصحيح لتلبية احتياجات الطوارئ. على سبيل المثال: في كل عربة من عربات أدوية الطوارئ بالمستشفى، توضع أدوية الطوارئ في نفس الدرج بنفس الطريقة في كل عربة أدوية.
- يمنع إساءة استخدام أدوية الطوارئ أو فقدها أو سرقتها لضمان توفرها عند الحاجة.
- استبدال أدوية الطوارئ في الوقت المناسب عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحيتها.

هـ. استدعاء / سحب الأدوية (سياسة) MMS.08

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تحقيق متطلبات سلامة المنتج
- عملية استرداد الأدوية المطلوب سحبها
- وضع ملصقات تعريفية وفصل الأدوية المطلوب سحبها
- إخطار المريض (عند الإقتضاء)
- التخلص من الأدوية ورفعها
- المراقبة المنتظمة للتخلص من الأدوية غير المستخدمة أو غير المرغوب فيها أو منتهية الصلاحية.

و. حليب الرضاعة، والأدوية التي يجلبها المرضى (سياسة) MMS.09

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- الاستلام
- التعريف
- وضع ملصقات تعريفية
- التخزين

- الإعطاء
- المتابعة

ز. طلب ووصف ونسخ الدواء (سياسة) MMS.11, MMS.12

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- من مصرح له وصف أي نوع من أنواع الأدوية ؟
- مكان موحد في سجل المريض الطبي لطلب/ وصف/ نسخ الأدوية.
- عملية نسخ الأدوية والأوقات اللازمة لاستخدامها
- قائمة الأدوية الموصوفة وجرعاتها وأوقات الإعطاء.
- عملية إلغاء أو إيقاف دواء موصوف

ح. اكتشاف الأخطاء الدوائية والأخطاء الوشيكة والإبلاغ عنها وتحليلها واتخاذ الإجراء وفقاً لها. (سياسة) MMS.18

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- الطبيب القائم بوصف الدواء و/ أو غيره من متخصصي الرعاية الصحية (حسب ما يقتضي الأمر)
- لجنة الأدوية والعلاج
- لجنة الجودة
- قيادات المستشفى
- المؤسسات المختصة حسب اللوائح الوطنية/ الدولية

#### ٧. سلامة البيئة والمنشآت

المتطلبات الوطنية للسلامة ذات الصلة:

NSR.21: السلامة من الحريق

NSR..22: تجارب المحاكاه علي الحريق

NSR.23: السلامة من المواد الخطرة

NSR.24: خطة إدارة السلامة

NSR..27: سلامة المعدات الطبية

NSR.28: سلامة المرافق

أ. الرسومات الخاصة بتصميم المستشفى والتصاريح والتراخيص EFS.01

ب. بيئة المستشفى خالية من التدخين (سياسة) EFS.04

ج. خطة الأمن EFS.09

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تقييم المخاطر الأمنية.
- التأكد من تحديد هوية المرضى والزوار والعاملين بالمستشفى.
- تحديد هوية الموردين/ المتعاقدين مع تحديد حركتهم داخل المستشفى.
- يجب حماية المرضى الضعفاء مثل كبار السن والرضع وذوي الاضطرابات العقلية وذوي الإعاقة من سوء المعاملة والأضرار المذكورة أعلاه.
- يجب حماية الأطفال من الاختطاف.
- يجب إجراء تجربة محاكاة على كيفية التعامل في حالة اختطاف طفل مرة كل عام على الأقل.
- مراقبة المناطق البعيدة والمعزولة بالمستشفى.
- تدريب وتعريف العاملين.
- تقييم الخطة سنويًا وإذا لزم الأمر وفقًا لنتائج مؤشرات/مقاييس الأداء الرئيسية أو عند وقوع حوادث كبرى ذات الصلة.

د. إدارة خدمات المياه بشكل آمن (سياسة) EFS.12

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- الصيانة والمراقبة الروتينية لأنظمة توزيع ومعالجة المياه.
- التدريب والتثقيف المستمر لمشغلي أنظمة معالجة المياه.
- مراقبة المياه في جميع مراحلها (مياه الشرب، المياه المقطرة ، مياه غسيل الكلى).
- طرق ومعدل تكرار قياس الملوثات الميكروبيولوجية والكيميائية.
- التركيزات القصوى المسموح بها من الملوثات الميكروبيولوجية.

هـ. خطة الكوارث EFS.13

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تقييم مخاطر الطوارئ المحتملة، والكوارث الداخلية والخارجية، مثل الأمطار الغزيرة، والزلازل، والفيضانات، والطقس الحار، والحروب، والتهديد بتفجير القنابل، والهجمات الإرهابية، وحوادث المرور، وانقطاع التيار الكهربائي، والحريق، وتسرب الغاز.
- تقييم مخاطر الأوبئة/ الجائحات المحتملة.
- درجة الاستعداد حسب مستوى الخطر.
- استراتيجيات التواصل: ربما يكون التواصل الداخلي في شكل شجرة اتصال Call tree واضحة تتضمن وظائف العاملين وأرقامهم، وربما تشمل قنوات الاتصال الخارجي الحماية المدنية ومركز الإسعاف والشرطة.
- واجبات ومسؤوليات واضحة للقيادات والعاملين بالمستشفى
- تحديد الموارد المطلوبة مثل المرافق والمعدات الطبية والإمدادات الطبية وغير الطبية مثل الموارد البديلة.
- استمرارية الأعمال:
  - الفرز.
  - الحفاظ على مهمة العاملين الرئيسية في حالات الطوارئ: إدارة الأنشطة الإكلينيكية أثناء الكارثة مثل غرفة العمليات ووحدات العناية المركزة.
  - مواقع الرعاية البديلة والمرافق الاحتياطية.
  - ترتيب المستشفى النقل الآمن للمرضى في حالة الطوارئ.
- جدول تجارب المحاكاة. يجب أن يوجد بالمستشفى جدول تجارب المحاكاة على حالات الطوارئ مرة على الأقل كل عام، وتضمن حضور العاملين. والتقييم والتسجيل الصحيحين لتجربة المحاكاة يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، على:
  - سيناريو تجربة المحاكاة.
  - ملاحظات على: إعلان الكود، والتوقيت، وحضور العاملين، والاستجابة، والاتصال، والفرز، والإدارة الإكلينيكية.
  - إجراءات تصحيحية واضحة إذا لزم الأمر.
  - التغذية الراجعة إلى لجنة السلامة البيئية.
  - ملخص ما تم أثناء تجربة المحاكاة.

## ٨. مكافحة ومنع العدوي

المتطلبات الوطنية للسلامة ذات الصلة:

NSR.03 : نظافة وتطهير الأيدي

أ. هيكل مكافحة ومنع العدوي في الهيكل التنظيمي IPC.01

ب. التوصيف الوظيفي لفريق مكافحة ومنع العدوي IPC.01

ج. برنامج مكافحة ومنع العدوي IPC.02

د. أدلة العمل الإرشادية للحقن الآمن (أدلة عمل إكلينيكية معتمدة) IPC.09

هـ. قائمة بأنشطة التنظيف IPC.10

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- الأنشطة التي يتعين القيام بها يومياً.
- الأنشطة التي يتعين القيام بها في كل نوبتجية.
- أنشطة التنظيف العميق.

و. أدلة العمل الإرشادية لتقنيات التعقيم وإزالة الملوثات (أدلة عمل معتمدة) IPC.11

ز. احتياطات وتدابير العزل (سياسة) IPC.12

ح. التطهير والتعقيم (سياسة) IPC.14

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- استلام وتنظيف المعدات المستعملة.
- التحضير والتعامل.

○ اختيار طريقة التعامل وفقاً لتصنيف سبولدينج Spaulding classification . يتضمن تطهير المعدات والأجهزة الطبية على تقنيات منخفضة ومتوسطة وعالية المستوى. يُطبق التطهير عالي المستوى (إذا كان التعقيم غير ممكن) على المعدات شبه الحرجة فقط التي تتلامس مع الأغشية المخاطية أو الجلد غير المتصل، مثل مناظير الجهاز الهضمي، وأجهزة التنفس والتخدير، ومناظير القصبه الهوائية والحجرة،... إلخ. والمطهرات الكيميائية التي تُستخدم في التطهير عالي المستوى تشمل جلوتارالدهيد، وأورثوفتالدهيد، وبيروكسيد الهيدروجين.

○ يجب أن يستخدم التعقيم لجميع المعدات الحرجة وشبه الحرجة والتي لا تتأثر بالحرارة.

○ يستخدم التطهير منخفض المستوى (للمعدات غير الحرجة فقط) لمعدات مثل السماعات الطبية وغيرها من المعدات التي تلمس الجلد السليم. وبخلاف المعدات الحرجة وشبه الحرجة، يمكن تطهير معظم المعدات غير الحرجة التي يمكن إعادة استخدامها في مكان استخدامها ولا تحتاج إلى نقلها إلى منطقة معالجة مركزية.

• وضع ملصقات تعريفية على العبوات المعقمة.

• تخزين المستلزمات النظيفة والمعقمة: يتم تخزينها بشكل صحيح في مناطق تخزين محددة تكون نظيفة وجافة ومحمية من الغبار والرطوبة ودرجات الحرارة القصوى. من الناحية المثالية، يتم تخزين المستلزمات المعقمة بشكل منفصل عن المستلزمات النظيفة، ويجب أن يكون الوصول إلى مناطق التخزين المعقمة محدوداً.

• استخدام دفاتر لتسجيل عملية التعقيم.

• مستويات المخزون.

• تاريخ انتهاء صلاحية المعدات المعقمة.

ط. مراقبة جودة التطهير والتعقيم (سياسة) IPC.15

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

• عناصر وطريقة وتكرار مراقبة الجودة تشمل:

○ الخصائص الفيزيائية (درجة الحرارة، والوقت، والضغط) والتي يتم مراقبتها في كل دورة.

○ الخصائص الكيميائية (مؤشر كيميائي داخلي داخل عبوة التعقيم- مؤشر كيميائي خارجي على الجزء الخارجي من عبوة التعقيم) والتي تتم مراقبتها في كل عبوة.

○ مؤشر بيولوجي والذي يتم كل أسبوع على الأقل.

○ يتم إجراء اختبار اختراق البخار الكافي وإزالة الهواء السريع كل يوم قبل بدء استخدام الأوتوكلاف من خلال استخدام المؤشرات الكيميائية الداخلية من الفئة ٢ وأجهزة اختبار العملية التي تكون إما جهاز اختبار مسامي porous challenge device أو جهاز اختبار الجمل المجوف hollow challenge device .

○ جهاز اختبار مسامي: الذي يتضمن صفائح باوي ديك Bowie-Dick Sheets (مؤشر الفئة ٢) داخل حزمة

الاختبار المسامية (كل حمولة). اختبار الجمل المجوف (اختبار هيليكس Helix test): مؤشر كيميائي من الفئة ٢ (شريط) داخل حلزون (كل حمولة).

○ استخدام شرائط الاختبار الكيميائية أو أجهزة مراقبة السوائل الكيميائية لتحديد ما إذا كان يوجد تركيز فعال للمطهرات عالية المستوى على الرغم من الاستخدام المتكرر والتخفيف. ويعتمد معدل تكرار الاختبار على مدى تكرار استخدام هذه المحاليل.

- تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة ونتائجها المقبولة وإتاحتها بسهولة للعاملين حتى يتعرفوا على النتائج غير المقبولة من أجل الاستجابة بشكل مناسب.
- يعتمد الشخص المسئول برنامج مراقبة الجودة قبل التنفيذ.
- يقوم الموظف المكلف والمسئول بمراجعة نتائج مراقبة الجودة على فترات منتظمة.
- اتخاذ الإجراءات العلاجية لمواجهة أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال اجراءات مراقبة الجودة واتخاذ الإجراءات التصحيحية وفقاً لذلك.

ي. خدمات المغسلة ومنسوجات الرعاية الصحية (سياسة) IPC.16

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- عمليات جمع وتخزين المنسوجات الملوثة.
- تنظيف المنسوجات الملوثة.
- درجة حرارة الماء واستخدام المنظفات والمطهرات.
- عمليات تخزين وتوزيع المنسوجات النظيفة.
- برنامج مراقبة الجودة (درجة الحرارة وكمية المنظفات والمطهرات المستخدمة والصيانة) لكل غسالة.

ك. تقييم مخاطر العدوي في المناطق التي بها أعمال الهدم أو التطوير أو البناء. IPC.17

ل. رصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية (سياسة) IPC.18

م. التحكم في الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة (سياسة) IPC.20

ن. خدمات الغذاء الأمن (سياسة) IPC.21

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- عملية استلام الغذاء.
- عملية التخزين الامنة والتي تشمل نظام دوران الغذاء الذي يتسق مع مبدأ "من دخل أولاً يخرج أولاً".
- مراقبة درجة الحرارة أثناء التجهيز والتخزين.
- منع انتقال التلوث بين الأطعمة سواء بشكل مباشر من الأطعمة النيئة إلى الأطعمة المطهية، أو بشكل غير مباشر من الأيدي الملوثة، أسطح العمل، طاولات التقطيع، ادوات المطبخ، ... إلخ.
- عملية نقل الغذاء.

س. رعاية ما بعد الوفاة (سياسة) IPC.22

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تقييم مخاطر العدوى
- اجراءات تقليل هذه المخاطر
- استخدام المعدات الهندسية ومعدات الحماية الشخصية المناسبة من أجل تقليل التعرض للمخاطر.
- تصنيف النفايات
- حفظ السجلات
- إجراءات نظافة البيئة
- الإبلاغ عن حوادث التعرض للمخاطر.

## ٩. الإدارة والحوكمة المؤسسية

أ. الهيكل التنظيمي (وثيقة معتمدة) OGM.01

ب. هيكل الهيئة الحاكمة ( وثيقة معتمدة) OGM.01

ج. مسؤوليات ومسائلات الهيئة الحاكمة (وثيقة معتمدة) OGM.03

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- اعتماد واستلام التقارير والتقييم المنتظم والتحديث لكل من علي الأقل:
  - الخطة الاستراتيجية للمستشفى
  - الخطة التشغيلية والموازنة واستثمارات رأس المال
  - برامج تحسين الجودة وسلامة المرضى وإدارة المخاطر.
  - برامج التقييم المجتمعي والمشاركة المجتمعية.

د. رسالة المستشفى (وثيقة معتمدة) OGM.02

هـ. التوصيف الوظيفي لمدير المستشفى OGM.05

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- القيام بالإشراف علي العمليات اليومية
- ضمان وصول نطاق خدمات المستشفى وأوقات التشغيل بها للمجتمع بالشكل الواضح والدقيق
- ضمان وضع السياسات والإجراءات وتنفيذها من قبل قادة المستشفى واعتمادها من قبل الهيئة الحاكمة
- القيام بالإشراف علي الموارد المالية والبشرية والمادية بالمستشفى.
- التقييم السنوي لأداء اللجان بالمستشفى
- ضمان الاستجابة المناسبة علي التقارير الواردة من أي جهة تنظيمية أو رقابية بما فيهم جهات الاعتماد.
- ضمان وجود برنامج فعال علي مستوي المستشفى لتحسين الأداء، وسلامة المرضى، وإدارة المخاطر باستخدام الموارد الملائمة.

و. تشكيل اللجان ومهامها علي مستوي المستشفى (وثائق معتمدة) OGM.06

تشتمل الوثائق المعتمدة علي الشروط المرجعية ومحضر اجتماع واحد علي الأقل لكل لجنة، ووثيقة متابعة الإجراءات، والقرارات والتوصيات

لدي المستشفى اللجان التالية علي الأقل:

- لجنة سلامة البيئة.
- لجنة مكافحة العدوي.
- لجنة الدواء والعلاج.
- لجنة الجودة وسلامة المرضى.
- لجنة المراضة والوفيات

ز. التخطيط الاستراتيجي OGM.07

ح. الخطط التشغيلية OGM.08

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- أهداف وغايات واضحة.
- الأنشطة المحددة والمهام التي سيتم تنفيذها.
- جدول زمني للتنفيذ.
- المسؤوليات المكلفة.
- موارد الميزانية المطلوبة



ط. التوصيف الوظيفي لقيادات المستشفى OGM.09

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- استدامة المتطلبات اللازمة لأعمال المستشفى:
  - التخطيط الذي يهدف إلى تطوير أو استبدال الأنظمة، والمباني أو المكونات اللازمة للتشغيل المستمر والأمن والفعال.
  - التعاون في وضع خطة التوظيف بالمستشفى والتي يحدد بها العدد المطلوب، ونوعية الوظائف والمؤهلات المطلوبة.
  - توفير التسهيلات والوقت المناسب للعاملين من أجل التدريب والتعليم.
  - ضمان أنه تم إعداد وتنفيذ كل السياسات والإجراءات والخطط اللازمة.
  - توفير المساحة المناسبة والمعدات والموارد الأخرى اللازمة وفقاً للخطط الإستراتيجية والتشغيلية للمستشفى والخدمات المطلوبة.
  - اختيار المعدات والمستلزمات طبقاً لضوابط محددة منها الجودة والفعالية من حيث التكلفة.
- إدارة التشغيل بشكل سلس وموجهه
  - غرس ثقافة السلامة والعدالة من أجل الإبلاغ عن الأخطاء، والأحداث الوشيكة، والشكاوي واستخدام المعلومات لتحسين السلامة في العمليات والأنظمة.
  - وضع وتنفيذ العمليات التي تساعد على الاستمرارية وتنسيق الرعاية والحد من المخاطر.
  - التأكد من إعداد وتقديم الخدمة بأمان ووفقاً للقوانين واللوائح والخطة الإستراتيجية المعتمدة للمستشفى بمساهمة المستخدمين والعاملين.
- المتابعة والتقييم المستمرين
  - التأكد من تنفيذ ومتابعة الرقابة على الجودة، والرصد واتخاذ الإجراء اللازم عند الضرورة.
  - التأكد أن المستشفى تستوفي شروط تقارير وإخطارات جهات التفتيش على المنشآت .
  - التقييم السنوي للخطط التشغيلية للخدمة المقدمة لتحديد المرافق والمعدات اللازمة للدورة التشغيلية التالية.
  - تقديم تقرير سنوي للهيئة الحاكمة للمستشفى أو السلطة المسؤولة عن فشل النظام أو العمليات والأخطاء الوشيكة، والإجراءات المتخذة لتحسين الأداء إما بشكل استباقي أو استجابة لأحداث فعلية . يتم مراجعة بيانات المستشفى وتحليلها وتستنعين بها الإدارة في صنع القرار.

التحسين المستمر

ي. التوصيف الوظيفي لرؤساء الأقسام OGM.10

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- تحديد وكتابة وصف للخدمات التي يقدمها القسم (نطاق الخدمات)
- تقديم التوصيات بخصوص المساحة والمتطلبات الوظيفية والموارد الأخرى من أجل إنجاز نطاق الخدمات المطلوبة من القسم.
- تقديم التوصيات بخصوص العدد الأدنى من العاملين والمؤهلات المطلوبة على حسب عبء العمل ونطاق الخدمات المعتمد
- تحديد الكفاءات والمهارات والمؤهلات العلمية المطلوبة لكل فئات العمل بالقسم.
- التأكد من توافر برامج تدريب مستمرة وبرامج تعريفية محددة لكل العاملين بالقسم.
- التأكد من التنسيق والتكامل بين خدمات القسم و الأقسام الأخرى ذات الصلة.
- التأكد من مراقبة أداء القسم/ الخدمة ورفع تقرير سنوي به للقيادات بالمستشفى .
- التأكد من مشاركة القسم في برامج تحسين الأداء، وسلامة المرضى، وإدارة المخاطر.

ك. إدارة سلسلة الإمداد (سياسة) MGO.11

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- عملية تحديد واختيار الموردين.
- متابعة وتقييم الموردين للتأكد من انه تم شراء المستلزمات من مورد موثوق لا يقوم بالتعامل مع المستلزمات الزائفة أو المهربة أو التالفة
- يتم تقييم الموردين وفقاً لاستجابتهم عند الطلب ، وجودة المنتجات المستلمة، وتوافقها مع ضوابط القبول المحددة مسبقاً، ورقم التسلسل التعريفي ( الرقم الكودي Lot number )، وتاريخ إنتهاء الصلاحية.
- يتم متابعة وتقييم الموردين لضمان أنه لم يقم بتوريد أدوية مسحوبة أو عينات الأجهزة والمستلزمات الطبية والمعدات.
- يتم مراقبة نقل المستلزمات للتأكد من حدوثه وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها ووفقاً لسياسة المستشفى المعتمدة وتوصيات المصنّع.

ل. إدارة المخزون (سياسة) OGM.12

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- التزام المخازن بالقوانين واللوائح وسياسات المستشفى .
- إدارة المخزون بأمان وبكفاءة.
- إدارة رصيد المخازن من الأصناف وتتبع استخدام الموارد الحرجة.
- يجب أن يتم تسجيل البيانات التالية علي الأقل عن أصناف المخزون (إلا إذا طلب غير ذلك من خلال اللوائح والقوانين):

- تاريخ الاستلام
- رقم التسلسل التعريفي ( الرقم الكودي Lot number ) وتاريخ إنتهاء الصلاحية.
- ما إذا استوفي ضوابط القبول أم لا وإذا كان ينبغي إجراء أي متابعة بخصوص هذا الصنف.
- تاريخ الوضع في الخدمة أو تاريخ الانتهاء منها في حالة عدم استخدامها.

م. نظام إعداد الفواتير (سياسة) OGM.14

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- وجود قائمة أسعار معتمدة.
- إخبار المريض بأي تكاليف محتملة تتعلق بخطة الرعاية الخاصة بهم.
- توجد عملية لضمان إعداد الفواتير بدقة.
- استخدام رموز دقيقة ومعتمدة للتشخيص والتدخلات والخدمات التشخيصية.

ن. قائمة أسعار بالخدمات (قائمة معتمدة) OGM.14

س. قائمة بالخدمات المتعاقد عليها وتشمل الخدمات الإكلينيكية والغير إكلينيكية (قائمة) OGM.15

ع. ضوابط الاختيار والتقييم لكل خدمة متعاقد عليها (وثيقة معتمدة) OGM.15

ف. ثقافة بيئة العمل الإيجابية (سياسة) OGM.17

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- إجراءات السلامة والأمان والنظافة ببيئة العمل.
- إدارة العنف والتمييز والتحرش داخل مكان العمل
- قنوات الاتصال بين العاملين بالمستشفى والقيادات
- قياس التغذية الراجعة من العاملين.
- التخطيط لتنمية قدرات العاملين.

ص. قواعد أخلاقيات العمل (سياسة) OGM.18

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- إعداد وتنفيذ لائحة القواعد السلوكية.
- وضع قيم المستشفى وتنفيذها.
- التعامل مع الأخطاء الطبية والحالات الطبية القانونية.
- إدارة البحوث الإكلينيكية.
- تحديد أوجه تضارب المصالح.
- المساواة بين الجنسين.

ق. برنامج صحة العاملين OGM.20

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- التقييم الطبي للعاملين الجدد قبل التعيين.
- التقييم الطبي الدوري للعاملين.
- عمل مسح لمخاطر التعرض و/أو وجود مناعة ضد الأمراض المعدية.
- التحكم في المخاطر وإدارة المخاطر المرتبطة بالعمل.
  - المخاطر العضلية والبدنية الناتجة عن رفع ونقل المرضى والمعدات ، والإجهاد، والحركات المتكررة، ووضعيات الجسم السيئة.
  - عوامل الخطورة المادية مثل الإضاءة، الضوضاء، والتهوية والكهرباء وغيرها.
  - المخاطر البيولوجية مثل مسببات الأمراض المنقولة بالدم أو بالهواء وغيرها.
- توعية العاملين بشأن المخاطر داخل بيئة المستشفى والمخاطر المتعلقة بمجال عملهم
- التطعيمات الوقائية للعاملين.
- تسجيل وإدارة الحوادث التي تصيب العاملين ( مثل الجروح، الأمراض، واتخاذ الإجراءات التصحيحي ووضع الإجراءات لمنع تكرار حدوثها)
- يتم طلب فحص طبي قبل التوظيف لجميع فئات العاملين لتقييم ما إذا كانوا لائقين للعمل بسلامة، كما أنه يجب إجراء تقييم دوري محدد ( اختبارات وفحوصات) للعاملين الذين يتعرضون لمخاطر محددة كالأشعة. وقد يتطلب إجراء فحص على حسب الموقف إذا تم التعرض لمواد معينة. ويتم تسجيل نتائج الفحص الطبي في ملفات العاملين الطبية، ويتم اتخاذ إجراء عندما تثبت إيجابية النتائج ، ويشتمل ذلك علي إبلاغ العامل بالنتائج وتوفير المشورة والتدخل الذي تقتضيه الحاجة.
- يشارك فريق مكافحة العدوي في وضع وتنفيذ برنامج صحة العاملين حيث أن نقل العدوي يعد من المخاطر الشائعة والجادة لكل من العاملين والمرضى في المنشأة الصحية.
- يتم توثيق جميع النتائج المتعلقة ببرنامج الصحة المهنية للعاملين ( التقييم الطبي، التطعيمات، إصابات العمل ) ويتم حفظها وفقاً للقوانين واللوائح.

#### ١٠. التقييم والمشاركة المجتمعية

أ. خطة مبادرات المشاركة المجتمعية CAI.01

قد تشمل المبادرات علي:

- تنفيذ المبادرات الدولية الصديقة للأطفال .
- التوافق مع المبادرات الوطنية مثل " التأمين الصحي الشامل"، و " ١٠٠ مليون صحة"، و تقليل قوائم انتظار الحالات الحرجة" وغيرهم.
- المبادرات الأخرى ذات الصلة.

ب. برنامج التقييم و المشاركة المجتمعية CAI.02

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل على النقاط التالية علي الأقل):

- تحديد ووصف منطقة الخدمة الطبية Catchment Area
- عملية تحليل الفجوات وتتضمن علي الأقل ما يلي:
  - إمكانية الوصول إلى الخدمات وتقديمها في الوقت المناسب
  - تقييم مخاطر لعوامل الخطورة المجتمعية يشمل المشاكل البيئية
  - إحتياجات الرعاية الصحية
  - إحتياجات التنقيف الصحي
  - المتوقع من الرعاية الصحية المقدمة
- التخطيط للتدخلات
- تحديد الحلول المحتملة
- الإعلان عن أو نشر الحلول المختارة للمجتمع
- أدوات التدريب والمعلومات المقدمة لبرنامج تنقيف المجتمع

ج. المقترحات والشكاوي المجتمعية (سياسة) CAI.05

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل على النقاط التالية علي الأقل):

- العملاء الخارجيين للمستشفى.
- شكاوي عملاء المستشفى الداخليين والخارجيين.
- المواقف التي تتطلب استدعاء الشرطة ، من بينها السلوك العدواني.
- وسائل الإعلام

١١. إدارة الموارد البشرية

أ. خطط التوظيف (علي مستوي المستشفى والإدارات) WFM.02

تضع القيادات العوامل التالية قيد الاعتبار عند تحديد الإحتياجات الوظيفية:

- رسالة المستشفى والخطط الاستراتيجية والتشغيلية بها.
- مدى تعقد وخطورة حالات المرضى الذين تخدمهم المستشفى.
- الخدمات التي تقدمها المستشفى.
- التكنولوجيا والمعدات المستخدمة في رعاية المرضى.

ب. عملية التوظيف (سياسة) WFM.03

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشتمل على النقاط التالية علي الأقل):

- التعاون مع قيادات الخدمات/الوحدات لتحديد الحاجة إلى وظيفة.
- إبلاغ المتقدمين المحتملين بالوظائف الشاغرة.
- الإعلان عن ضوابط الاختيار للجميع.
- عملية التقدم لطلب وظيفة.
- إجراءات التوظيف.

ج. الوثائق التي توضح عملية التحقق من صحة الشهادات والمؤهلات (وثيقة معتمدة) WFM.05

د. ملفات العاملين (سياسة) WFM.06

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل السياسة علي النقاط التالية علي الأقل):

- إنشاء ملف العامل.
- توحيد المحتويات مثل: الشهادة المعتمدة، الترخيص، الدرجات العلمية، السجل التدريبي، خبرات العمل، توصيف وظيفي حالي، بيان مكتوب كإثبات على تلقي التعريف بالمستشفى، القسم المكلف بالعمل به، الوظيفة المحددة،

دليل على التقييم المبدئي لقدرة العامل على أداء الوظيفة المكلف بها، التدريب المستمر أثناء الخدمة، نُسخ التقييمات التي تمت خلال ثلاثة أشهر ونُسخ التقييمات السنوية.

- تحديث محتويات الملف.
- حفظ الملفات.
- مدة الاحتفاظ بالملفات.
- التخلص من الملفات.

هـ. برنامج التعريف WFM.07

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- برنامج التعريف العام
  - استعراض رسالة ورؤية وقيم المستشفى.
  - الهيكل التنظيمي للمستشفى
  - سياسات المستشفى الخاصة ببيئة الرعاية ومكافحة العدوى وتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر.
- برنامج التعريف بالقسم يتناول على الأقل:
  - استعراض السياسات والإجراءات ذات الصلة.
  - العمليات التشغيلية
  - علاقات العمل
- برنامج التعريف بالوظيفة المحددة:
  - العمليات عالية الخطورة
  - استخدام التكنولوجيا والمعدات.
  - سلامة وصحة العاملين.

و. برنامج التدريب والتعليم المستمر WFM.08

وقد يشمل علي المحتوى التالي

- تقييم المريض
- سياسة وإجراءات مكافحة العدوى، وإصابات وخز الإبر. والتعرض للعدوى
- خطط سلامة البيئة
- مخاطر الصحة المهنية وإجراءات السلامة، ومنها استخدام معدات الحماية الشخصية
- إدارة المعلومات، والتي تشمل متطلبات سجل المريض الطبي بما يتناسب مع المسؤوليات أو التوصيف الوظيفي
- تقييم وعلاج الألم
- أدلة العمل الإكلينيكية المستخدمة في المستشفى
- تدريب أساسي على الإنعاش القلبي الرئوي مرة كل سنتين على الأقل لجميع العاملين الذين يقدمون رعاية مباشرة للمريض.
- مفهوم الجودة، وتحسين الأداء، وسلامة المرضى، وإدارة المخاطر.
- حقوق المريض، ورضاء المريض، وعملية تقديم الشكاوى/ الاقتراحات.
- تقديم الرعاية المتكاملة، واتخاذ القرار المشترك، والموافقة المبنية على المعرفة المسجلة، والتواصل بين المرضى و العاملين، والمعتقدات الثقافية، واحتياجات وأنشطة المجموعات المختلفة التي تتلقى الخدمة.
- تحديد ضوابط سوء المعاملة/الإيذاء والإهمال.
- تشغيل وصيانة المعدات الطبية وأنظمة المرافق

ز. تقييم أداء العاملين (ضوابط / أدوات) (وثيقة معتمدة) WFM.09

ح. الهيكل التنظيمي للأطقم الطبية (وثيقة معتمدة) WFM.10

ط. لوائح داخلية للطاقم الطبي WFM.11

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- هيكل الطاقم الطبي بأكمله.
- هيكل ووظيفة لجنة الطاقم الطبي.
- عملية التوظيف والتي تشمل عملية التأكد من صحة التراخيص و/ أو التعليم و/ أو التسجيل و/ أو الشهادات الخاصة بجميع أفراد الطاقم الطبي والاستشاريين والأساتذة الزائرين.
- التحقق والاحتفاظ بالنسخ الحديثة من الدرجات العلمية وترخيص/ تسجيل أفراد الطاقم الطبي وغيرها من المؤهلات المطلوبة بموجب القانون أو اللوائح والتي تطلبها المستشفى.
- تتوافق اللوائح الداخلية للطاقم الطبي مع القوانين واللوائح المعمول بها سياسات المستشفى المعتمدة ويتم اعتمادها من مدير (قيادات) المستشفى.
- عملية منح الامتيازات (التقدم للحصول على الامتياز، المنح، المراجعة، التجديد).
- يوجد بالمستشفى عملية موحدة لجمع المؤهلات لأعضاء الطاقم الطبي المسموح لهم بتقديم رعاية المرضى دون إشراف.
- ضوابط محددة وعملية للتوقيف/للتعليق المؤقت
- آلية عادلة لعملية الاستماع والالتماس.
- عملية محددة وضوابط لمراجعة النظراء / الأنداد peer review

ي. الامتيازات الإكلينيكية (سياسة) WFM.13

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- يخضع أعضاء الطاقم الطبي والممارسون المستقلون الذين يتمتعون بامتيازات إكلينيكية إلى اللوائح الداخلية.
- تشير الامتيازات إلى ما إذا كان عضو الطاقم الطبي يستطيع حجز المرضى بالمستشفى وتقديم المشورة لهم وعلاجهم.
- تحدد الامتيازات نطاق خدمات رعاية المرضى وأنواع الإجراءات التي قد يقدمونها بالمستشفى
- يتم تحديد الامتيازات بناءً على أدلة موثقة على الكفاءة (الخبرة- المؤهلات- الشهادات- المهارات) التي تتم مراجعتها وتجديدها على الأقل كل ثلاث سنوات.
- الامتيازات متوفرة في المناطق التي يقدم فيها الطاقم الطبي خدمات متعلقة بالامتيازات الممنوحة.
- أعضاء الطاقم الطبي الذين يتمتعون بامتيازات لا يمارسوا ما هو خارج نطاق امتيازاتهم.

ك. ضوابط تقييم أداء الطاقم الطبي (وثيقة معتمدة) WFM.14

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- مراجعة سجل المريض الطبي للتأكد من اكتماله ودقة التوقيت.
- كيفية استخدام الموارد ، واستخدام الدواء.
- الالتزام بأدلة العمل الإكلينيكية المعتمدة.
- مضاعفات ونتائج الرعاية، ومعدل الوفيات والمرضاة.
- التطوير المهني.

ل. عملية مراجعة النظراء Peer Review (سياسة) WFM.15

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- ضوابط محددة لإحالة الحالات الإكلينيكية إلى مراجعة النظراء.
- ضوابط محددة لإحالة الحالات الإكلينيكية إلى مراجعة النظراء الخارجية.
- استخدام البيانات والمعلومات الناتجة عن مراجعة النظراء في تقييم الكفاءة وتؤخذ في الاعتبار عند إعادة التعيين وإعادة منح الامتيازات.

م. الهيكل التنظيمي لهيئة التمريض (وثيقة معتمدة) WFM.16

ن. التوصيف الوظيفي لرئيسة التمريض WFM.17

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- مسئول عن إعداد وتنفيذ ضوابط مكتوبة لممارسة التمريض.
- التقييم التمريضي، وخطة الرعاية التمريضية، وإعادة التقييم التمريضي والعلاجات
- مسئول عن تقييم فعالية العلاجات التمريضية.
- عضو في فريق القيادات العليا بالمستشفى ويحضر اجتماعات كبار القيادات.
- التأكد من اتمام الجداول الزمنية والمهام المكلف بها طاقم التمريض.

## ١٢. إدارة وتكنولوجيا المعلومات

المتطلبات الوطنية للسلامة ذات الصلة

NSR.12: المختصرات والرموز

أ. خطة إدارة المعلومات IMT.02

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- الاحتياجات من المعلومات المحددة من قبل قيادات المستشفى الإدارية والأكلينيكية .
- احتياجات ومتطلبات السلطات والجهات الخارجية من المعلومات.
- حجم ونوع الخدمات التي تقدمها المستشفى.

ب. نظام توثيق إدارة الجودة (سياسة) IMT.03

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن يشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تنسيق موحد
- نظام تحكم بالوثائق لتتبع الإصدارات وتتبع التغييرات.
- يسمح النظام بتعريف كل وثيقة عن طريق العنوان، وتاريخ الإصدار و/ أو تاريخ النشر و/ أو تاريخ المراجعة الحالية، وعدد الصفحات، والشخص الذي أذن بإصدار الوثيقة و/ أو راجعها، وتحديد التغييرات بالنسخة.
- السياسات المطلوبة متوفرة وموزعة على العاملين المعنيين.
- يفهم العاملون كيفية الوصول إلى السياسات المتعلقة بمسئولياتهم.
- التخلص من الوثائق.
- مراجعة السياسات.

ج. سرية وأمن البيانات والمعلومات (سياسة) IMT.05

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تحديد من يمكنه الوصول إلى أي نوع من البيانات والمعلومات.
- الظروف التي يتم بموجبها منح حق الوصول إلى المعلومات.
- اتفاقيات السرية مع جميع الأشخاص الذين يمكنهم الوصول إلى بيانات المرضى.
- الإجراءات الواجب اتباعها في حالة انتهاك سرية أو أمن المعلومات.

د. الاحتفاظ بالبيانات والمعلومات (سياسة) IMT.07

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- مدة الحفظ لكل نوع من أنواع الوثائق.
- لابد من الحفاظ على سرية المعلومات طوال مدة الحفظ.
- شروط الاحتفاظ بالوثائق وقواعد الأرشفة وتنسيقات /تصميمات البيانات ووسائل التخزين والوصول والتشفير المسموح بها.
- إجراءات إتلاف/التخلص من البيانات.

هـ. نظام إدارة السجلات الطبية للمرضى (سياسة) IMT.08

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- إدارة مسار حركة السجل الطبي: فتح سجل المريض الطبي، إنشاء وسائل تعريف مميزة للمريض، وطريقة تتبع السجلات الطبية ، وتخزينها، وإتاحتها عندما يحتاجها متخصص الرعاية الصحية.
- توحيد محتويات وترتيب السجل الطبي.
- توحيد طريقة استخدام السجل الطبي.
- إصدار سجل المريض الطبي.
- إدارة سجل المريض الطبي ذو المحتوى الكبير.

و. عملية مراجعة السجلات الطبية (سياسة) IMT.09

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- مراجعة عينة ممثلة لجميع الخدمات.
- مراجعة عينة ممثلة لجميع التخصصات/ العاملين.
- إشراك ممثلين عن جميع التخصصات ممن يضيفون مدخلات في سجل المريض الطبي.
- مراجعة اكتمال ووضوح المدخلات.
- تتم المراجعة مرة كل ثلاثة أشهر على الأقل.
- أخذ عينات عشوائية واختيار حوالي 5% من سجلات المرضى الطبية.
- أوقات تعطل نظم البيانات IMT.11

١٣. الجودة وتحسين الأداء

أ. الشروط المرجعية للجنة (للجان) تحسين الأداء ، وسلامة المرضى، وتقييم المخاطر QPI.01

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن يشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- التأكد من مشاركة جميع مجالات الرعاية المحددة.
- تحديد أولويات التحسين على مستوى المؤسسة.
- التأكد من مراقبة جميع القياسات المطلوبة بما في ذلك معدل تكرار جمع البيانات.
- مراجعة تحليل البيانات المجمع.
- اتخاذ إجراءات استجابة لمشاكل تحسين الأداء أو سلامة المرضى التي تم تحديدها.
- رفع تقرير بالمعلومات إلى مجلس الإدارة وقيادات المستشفى وإلى العاملين المعنيين بشأن بيانات الأداء وأنشطة تحسين الجودة.
- تقييم أداء اللجنة سنويا.

ب. خطة تحسين جودة الأداء وسلامة المرضى QPI.02

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- الهدف /الأهداف (الإكلينيكية والتشغيلية) التي تحقق رسالة المستشفى.
- الهيكل التنظيمي وقنوات رفع تقارير التحسين.
- أدوار ومسؤوليات القيادات.
- تحديد أولويات المستشفى.
- اختيار خارطة طريق مقاييس الأداء.
- جمع البيانات وأدوات تحليل البيانات وعملية التحقق من صحة البيانات.
- ضوابط محددة لاختبار وتحديد أولويات مشروعات تحسين الأداء.
- نموذج (نماذج) تحسين الجودة المستخدم.
- مسار حركة المعلومات ومعدل تكرار رفع التقارير.



- التدريب على تحسين الجودة ونهج إدارة المخاطر.
- تقييم الخطة دورياً (على الأقل سنوياً).

ج. التوصيف الوظيفي لفريق إدارة الجودة QPI.03

د. ورقة عمل موثقة معتمدة (تقرير تحليل البيانات) لكل مقياس أداء مختار QPI.05  
الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- تعريف
- مصدر بيانات محدد
- معدل تكرار محدد
- تقنيات أخذ العينات
- المعادلة الحسابية
- منهجية جمع البيانات وتحليلها
- المقارنة بالمقياس المرجعي Bench Mark

ه. عملية مكتوبة لإدارة البيانات تتضمن الجمع والتحليل (وثيقة معتمدة) QPI.08

و. عملية مكتوبة لمراجعة البيانات والتأكد من صحتها (وثيقة معتمدة) QPI.09

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- التأكد من الصلاحية: تقيس البيانات ما يفترض أن تقيسه.
- الموثوقية: كل فرد يقوم بتحديد وقياس وجمع البيانات بشكل موحد.
- الاكتمال: تشمل البيانات جميع القيم اللازمة لحساب مقياس الأداء.
- الدقة: تحتوي البيانات على ما يكفي من تفاصيل.
- الإطار الزمني المقبول: البيانات محدثة، والمعلومات متاحة في الوقت المحدد.
- النزاهة: البيانات حقيقية.

ز. برنامج إدارة المخاطر QPI.10

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- نطاق وهدف وضوابط تقييم المخاطر
- مسؤوليات ووظائف إدارة المخاطر
- تدريب العاملين على مفاهيم وأدوات إدارة المخاطر
- تحديد المخاطر
- تحديد أولويات وتصنيف المخاطر (أي المخاطر الاستراتيجية والتشغيلية والمالية ومخاطر السمعة وغيرها)
- الإبلاغ عن المخاطر والتواصل بشأنها مع الشركاء المعنيين
- خطط وأدوات الحد من المخاطر مع إعطاء الأولوية إلى المخاطر العالية

ح. نظام الإبلاغ عن الحوادث (سياسة) QPI.11

ط. وثيقة مكتوبة توضح الضوابط وعملية التحقيق في الأحداث الهامة (وثيقة معتمدة) QPI.12

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- التفاعلات المؤكدة لنقل الدم
- أحداث التخدير والتهديئة المهمة التي تسبب ضرر للمريض أو يُحتمل أن تسبب ضرر للمريض
- فروق واضحة بين التشخيص قبل الجراحة وبعدها، ومن ذلك نتائج الباثولوجيا الجراحية
- التفاعلات الدوائية الضارة المهمة التي تسبب ضرر للمريض أو يُحتمل أن تسبب ضرر للمريض
- الأخطاء الدوائية المهمة التي تسبب ضرر للمريض أو يُحتمل أن تسبب ضرر للمريض
- حدوث الانسداد الرئوي أو جلطات الأوردة العميقة بسبب عدم وجود علاج وقائي مناسب للتخثر والتقييم غير السليم لمخاطر الانسداد الرئوي أو جلطات الأوردة العميقة.

- هروب المريض أو محاولته الهرب

ي. التعامل مع الأحداث الجسيمة (سياسة) QPI.13

الحد الأدنى من المحتوى (يجب أن تشتمل على النقاط التالية على الأقل):

- تعريف الأخطاء الجسيمة مثل:

- وفيات غير متوقعة أو فقدان أحد وظائف الجسم بشكل دائم بطريقة لا صلة لها بالمسار الطبيعي لمرض المريض أو حالته الأساسية
- أحداث بمريض خطأ، مكان خطأ، إجراء خطأ
- انتحار المريض أو محاولته الانتحار أو العنف الذي يؤدي إلى الوفاة أو فقدان دائم لأحد وظائف الجسم
- ترك غير مقصود لجسم غريب داخل المريض بعد جراحة أو إجراء تداخلي
- الإعطاء الخاطئ للعلاج الإشعاعي
- أي وفيات للأمهات أثناء الفترة المحيطة بالولادة
- أي وفاة لرضيع أثناء الفترة المحيطة بالولادة والتي ليس لها علاقة بحالة خلقية للرضيع الذي يزيد وزنه عن ٢٥٠٠ جرام

- الإبلاغ الداخلي عن الأخطاء الجسيمة

- الإبلاغ عن الأخطاء الجسيمة للجهات الخارجية

- مشاركة أعضاء الفريق

- تحليل الأسباب الجذرية

- خطط الإجراءات التصحيحية المتخذة

ك. عملية أو منهجية تحسين مكتوبة (وثيقة معتمدة) QPI.14

معايير إضافية للمؤسسات التي تقدم خدمات أكاديمية أو بحثية أو خدمات زرع الأعضاء/ الأنسجة

#### ١٤. المتطلبات الإضافية

أ. الأنشطة التعليمية لأطباء الامتياز والأطباء المقيمين ADD.04

- تحديد نطاق تقييم وعلاج أطباء الامتياز والأطباء المقيمين للمرضى.

- تقديم الدعم التعليمي.

- تصميم مناهج وتقييمات طلبة الدراسات العليا.

- تقديم التثقيف حول سياسات وإجراءات وخطط المستشفى والأنظمة الأخرى.

- تخصيص وقت للتعليم أثناء تأدية أطباء الامتياز والأطباء المقيمين للعمل الإكلينيكي أو الطبي، أو أثناء التدريب

- الأكاديمي، وكذلك تخصيص وقت لحضور الجلسات التعليمية المنظمة، وأيام التدريب، والدورات التدريبية،

وفرص التعلم الأخرى.

ب. البرنامج المهني لتعليم الخريجين ADD.05

- متطلبات واضحة للمناهج وعملية التقييم.

- برنامج تعريفي تعليمي للتأكد من أن المتدربين يفهمون طبيعة مناهجهم.

- الخبرة العملية الكافية لتحقيق والحفاظ على الكفاءات الإكلينيكية أو الطبية (أو كليهما) التي تتطلبها مناهجهم

الدراسية.

- إتاحة الفرصة للعمل والتعلم مع أعضاء آخرين من الطاقم الطبي من أجل دعم العمل متعدد التخصصات بين

المهنيين.

- اجتماعات منتظمة ومفيدة مع المشرفين الإكلينكيين والتعليميين.

ج. وثائق تشكيل لجنة أخلاقيات البحث، وأجندة الاجتماع، ومذكرات الاجتماع ADD.06

د. حقوق المريض أثناء البحث (سياسة) ADD.07

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن تشتمل علي النقاط التالية علي الأقل):

- الأهلية للتسجيل في المشاريع أو البروتوكولات البحثية.
  - حقوق المريض أثناء المشاركة في البحث.
  - ضمان سرية الصور ومعلومات المريض المدرجة في البحث.
  - حق المريض في الانسحاب من تجربة البحث دون الخوف من الانتقام بشأن الرعاية والخدمات.
- هـ. التبرع بالأعضاء/ الأنسجة (سياسة) ADD.08

الحد الأدنى من المحتوي (يجب أن يشتمل علي النقاط التالية علي الأقل)

- آلية إخطار المرضى وأسرههم بخيار التبرع أو رفض التبرع بأية أعضاء أو أنسجة وكذلك آلية تسجيل القرار.
- يجب إبلاغ المتبرعين الأحياء بالمخاطر والفوائد والعواقب المحتملة للتبرع بطريقة كاملة ومفهومة؛ ويجب أن يمتلكوا الأهلية القانونية ويكونوا قادرين على تقدير المعلومات؛ ويجب أن يتصرفوا بإرادتهم دون أي تأثير أو إكراه لا داعي له.
- تطبيق مبدأ السرية والحساسية، حسب الاقتضاء، على ظروف ومعتقدات ورغبات أسر المتبرعين المحتملين.
- يجب على متخصصي الرعاية الصحية ألا يشرعوا في إزالة أو التعامل مع أو زرع الخلايا أو الأنسجة أو الأعضاء إلا عندما يكون التبرع طوعي وغير مدفوع حقًا غير مدفوع وتطوعي بالكامل.
- قد يتم إزالة الأنسجة أو الأعضاء من جسم قاصر على قيد الحياة لغرض الزرع وفقًا للقوانين واللوائح والضوابط المهنية.
- ضوابط تقييم المتبرعين قبل الزرع تشمل: الفحص المبدئي، وتحاليل الدم، والتقييمات الجسدية والنفسية والاجتماعية.

و. خدمات زراعة الأعضاء/ الأنسجة (سياسة) ADD.09

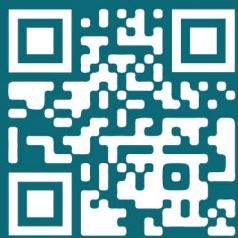
الحد الأدنى من المحتوي

- ضوابط تحديد المتبرعين المحتملين بالأعضاء والأنسجة.
- ضوابط تقييم الأنسجة/ الأعضاء قبل الزرع والتي تشمل: المسح الأولي والفحوصات الكليية و المجهرية macro and microscopic tests عند الحاجة ومطابقة التوافق.
- الإقامة في المستشفى بعد الزرع وخطط الرعاية وخطط التعافي والإرشادات الصحية.

## المرفقات

المرفق القانوني	الجهة المعنية	المطلوب في الإشتراطات الأساسية
المادة ١ والبند الثاني من المادة ١٦ من قانون تنظيم المنشآت الطبية رقم ٥١ لسنة ١٩٨١ المعدل بالقانون ١٥٣ لسنة ٢٠٠٤	تصدر الإدارة المركزية للمؤسسات العلاجية غير الحكومية والترخيص بوزارة الصحة والسكان الموافقة المبدئية لإقامة مشروع مستشفى ثم شهادة توفير الجودة الشاملة ثم يصدر المحافظ المختص الترخيص النهائي عن طريق إدارة العلاج الحر التابع لها المستشفى	ترخيص المستشفى
المادة ٢ والمادة ٣ من القانون رقم ٧١ لسنة ٢٠٠٩ بشأن رعاية المريض النفسي	المجلس الإقليمي للصحة النفسية	موافقة المجلس الإقليمي للصحة النفسية
المادة ٢٩ من قانون البيئة رقم ٤ لسنة ١٩٩٤	الإدارة العامة لصحة البيئة بوزارة الصحة والسكان بعد تقديم تقييم الأثر البيئي وموافقة جهاز شئون البيئة	ترخيص تداول النفايات الخطرة
مادة ٣٩ من قانون الصيدلة رقم ١٢٧ لسنة ١٩٥٥ المعدل بالقانون رقم ٢٥٣ لسنة ١٩٥٥ والقانون رقم ٧ لسنة ١٩٥٦ والقانون رقم ٦١ لسنة ١٩٥٩ ومادة ١ من قانون المحال العامة رقم ١٥٤ لسنة ٢٠١٩	إدارة الصيدلة بمديرية الشؤون الصحية التابع لها المنشأة	ترخيص الصيدلية
مادة ١٠ ومادة ١٣ من القانون ٣٦٧ لسنة ١٩٥٤ في شأن مزاولة مهن الكيمياء الطبية والبكتريولوجيا والباثولوجيا وتنظيم معامل التشخيص الطبي ومعامل الأبحاث العلمية	الإدارة المركزية للمعامل بوزارة الصحة والسكان	ترخيص المعمل
الكتاب الدوري للإدارة المركزية للمؤسسات العلاجية غير الحكومية والترخيص بوزارة الصحة والسكان رقم ١٦ لسنة ٢٠١٨ وقرار وزير الصحة رقم ١٠٤ لسنة ١٩٨٥ وقرار وزير الصحة رقم ١٥٥ لسنة ١٩٦١	الإدارة المركزية للمؤسسات العلاجية غير الحكومية والترخيص بوزارة الصحة والسكان	ترخيص بنك الدم
المادة ١ و ٢ و ٣ من القانون رقم ٥٩ لسنة ١٩٦٠ في شأن تنظيم العمل بالإشعاعات المؤينة والوقاية من أخطارها وقرار وزير الصحة والسكان رقم ١٣٣ م لسنة ٢٠١٤	المكتب التنفيذي للوقاية من الأشعة المؤينة بالإدارة العامة للأشعة بوزارة الصحة والسكان	ترخيص أجهزة الأشعة المؤينة
الكتاب الدوري للإدارة المركزية للمؤسسات العلاجية غير الحكومية والترخيص بوزارة الصحة والسكان رقم ١٦ لسنة ٢٠١٨ وقرار وزير الصحة رقم ٣٨٥ لسنة ٢٠١٦	الإدارة المركزية للمؤسسات العلاجية غير الحكومية والترخيص بوزارة الصحة والسكان	ترخيص استخدام الليزر

الكتاب الدورى للإدارة المركزية للمؤسسات العلاجية غير الحكومية والترخيص بوزارة الصحة والسكان رقم ١٦ لسنة ٢٠١٨ وقرار وزير الصحة رقم ١٤١ لسنة ٢٠٠٩ وقرار وزير الصحة رقم ٥١٨ لسنة ٢٠١٢	الإدارة المركزية للمؤسسات العلاجية غير الحكومية والترخيص بوزارة الصحة والسكان	ترخيص وحدة غسيل كلوى
الكتاب الدورى للإدارة المركزية للمؤسسات العلاجية غير الحكومية والترخيص بوزارة الصحة والسكان رقم ١٦ لسنة ٢٠١٨ وقرار وزير الصحة رقم ٥٦٠ لسنة ٢٠١١	الإدارة المركزية للمؤسسات العلاجية غير الحكومية والترخيص بوزارة الصحة والسكان	ترخيص وحدة قسطرة قلب
المادة ١٢ والمادة ٢٥ من القانون رقم ٧ لسنة ٢٠١٠ لتنظيم الأنشطة النووية والإشعاعية	هيئة الرقابة النووية والإشعاعية	ترخيص استخدام المواد المشعة
المادة التاسعة من القانون رقم ٣ لسنة ١٩٨٥ فى شأن تنظيم مهنة العلاج الطبيعى	المحافظ المختص بعد موافقة اللجنة الدائمة للعلاج الطبيعى بوزارة الصحة والسكان	ترخيص مركز علاج طبيعى
مادة ٣٩ من قانون البناء رقم ١١٩ لسنة ٢٠٠٨	إدارة الحماية المدنية بالمحافظة التابع لها المنشأة	شهادة مطابقة اشتراطات الحماية المدنية
المادة الخامسة من قانون إصدار قانون البناء رقم ١١٩ لسنة ٢٠٠٨	الوحدة المحلية التابعة لها المنشأة	ترخيص المصاعد
المادة ٢ والمادة ٣ من القانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٧٧ فى شأن إقامة وإدارة الآلات الحرارية والمراجل البخارية	وزارة الكهرباء والطاقة أو الوحدة المحلية التابعة لها المنشأة بحسب الأحوال	ترخيص المولدات الكهربائية



[gahar.gov.eg](http://gahar.gov.eg)

   [gaharegypt](#)