



الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

دليل معايير الاعتماد المبدئي للمستشفيات

الناشر:

الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

إصدار: 2025

فهرس المحتويات

3.....	مقدمة
4.....	برنامج الاعتماد المبدئي لمنشآت الرعاية الصحية
7.....	مراجعة الفترة الزمنية السابقة
8.....	نظام حساب الدرجات
10.....	قواعد قرار الاعتماد المبدئي
11.....	اللغة والنسق المستخدم
12.....	القسم 1: المتطلبات الأساسية
14.....	القسم 2: متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
15.....	متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
16.....	السلامة العامة للمريض
30.....	الخدمات التشخيصية والمساعدة
34.....	سلامة الإجراءات التدخلية والجراحية
39.....	إدارة وسلامة الدواء
44.....	مكافحة ومنع انتشار العدوى
46.....	سلامة البيئة والمنشأة
55.....	إدارة وتكنولوجيا المعلومات
57.....	القسم 3: متطلبات الجودة الأساسية
58.....	متطلبات الجودة الأساسية
103.....	إدارة السجل الطبي للمريض
113.....	القسم 4: دليل التشغيل
175.....	الملحق

أصدرت هذه المعايير باللغة الإنجليزية وهذه النسخة العربية هي نسخة مترجمة لها ، حين الاختلاف في فهم و/ أو تفسير أي من محتويات هذه النسخة، يتم الرجوع إلى النص الإنجليزي.

مقدمة

إن الغاية الأسمى للرعاية الصحية هو تقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة لجميع المحتاجين إليها بطريقة مناسبة وفي الوقت المناسب. تعتمد جودة الرعاية الصحية على مستوى القيمة التي تُقدّمها منشآت الرعاية الصحية لجميع المعنيين ضمن نطاق خدماتها. تأتي متطلبات الاعتماد المبدئي للمستشفيات لعام 2025 كجزء من مجموعة من الكتب الصادرة عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، كجزء من التأكيد على جهود جميع أجهزة ومؤسسات الدولة للمضي قدماً نحو تحقيق رؤية مصر 2030 وأهدافها، وخاصةً الارتقاء بجودة حياة المواطن المصري وتحقيق العدالة في الحقوق والفرص. يتحقق ذلك من خلال الوصول إلى مستوى مقبول من الجودة في الرعاية الصحية وسلامة الإنسان في جميع المستشفيات في مصر. تعتمد متطلبات الاعتماد المبدئي للمستشفيات لعام 2025 على أربعة محاور رئيسية: المتطلبات الأساسية، ومتطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (GSRs)، ومتطلبات الجودة الأساسية، ودليل التشغيل. كما تعتمد في مرجعيتها بشكل أساسي على القوانين واللوائح ذات الصلة في رؤية مصر 2030، بالإضافة إلى معايير اعتماد المستشفيات 2025 الصادرة عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، والمُعتمدة من الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQua) في ديسمبر 2024. تجدر الإشارة إلى أن الحصول على الاعتماد المبدئي وفقاً لهذه المتطلبات هو الخطوة الرئيسية نحو الوصول إلى المرحلة الأكبر والأكثر أهمية في تحقيق جودة الرعاية الصحية، وهي الحصول على الاعتماد وفقاً لمعايير اعتماد المستشفيات 2025.

برنامج الاعتماد المبدئي لمنشآت الرعاية الصحية

استنادًا إلى القانون رقم 2 لسنة 2018 بشأن نظام التأمين الصحي الشامل الصادر في يناير 2018 ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار من مجلس الوزراء في مايو 2018 والقرار رقم 2040 لسنة 2018 بتشكيل مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

ملاحظة: تعريف المنشآت الطبية كما ورد في القانون رقم 2 لسنة 2018

في إطار الخطوات المتتالية والمستمرة المتخذة نحو تنظيم القطاع الصحي لضمان سلامته واستقراره وتحسين جودته، وتأكيد الثقة في جودة مخرجات الرعاية الصحية في جمهورية مصر العربية على جميع المستويات المحلية والإقليمية والدولية؛ قرر مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ما يلي:

أولاً: وضع قواعد وشروط الاعتماد المبدئي لمنشآت الرعاية الصحية كتمهيد لاعتمادها من قبل الهيئة، والذي يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- (أ) تحقيق المتطلبات الأساسية لمنشآت الرعاية الصحية.
- (ب) تحقيق متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في منشآت الرعاية الصحية لضمان سلامة المرضى والمرافقين والزوار والعاملين في هذه المنشآت.
- (ج) تحقيق متطلبات الجودة الأساسية لضمان كفاءة وفاعلية خدمات الرعاية الصحية ورضا المستفيدين عن الخدمة.
- (د) تحقيق متطلبات دليل تشغيل المنشأة الصحية لتحقيق أداء مهني مستقر للمنشأة في جميع أقسامها وعلى جميع مستويات تقديم الخدمة في جميع الأوقات وفي جميع الحالات.

ثانياً: تلتزم المنشآت التي حصلت على اعتماد مبدئي من الهيئة بالتقدم بطلب للحصول على اعتماد الهيئة خلال مدة أقصاها ثلاث سنوات من تاريخ دخول المحافظة حيز تنفيذ قانون التأمين الصحي الشامل أو ثلاث سنوات من تاريخ الاعتماد المبدئي للمنشآت في المحافظات التي لم تدخل نطاق تطبيق القانون، اعتبارًا من تاريخ الاعتماد المبدئي، وإلا اعتبر الاعتماد المبدئي لاغياً.

ثالثاً: تكون مدة الاعتماد المبدئي للمنشأة سنة ميلادية واحدة قابلة للتجديد وفقاً لأحكام الفقرة السابقة.

رابعاً: تُحدّد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وتطلع الأطراف المعنية بإجراءات الاعتماد المبدئي لمنشآت الرعاية الصحية وفقاً لخطة مُحدّدة وشاملة لا تتعارض بأي حال من الأحوال مع أي من القواعد التي تحكم مبادئ الشفافية وتجنب تضارب المصالح.

خامساً: متطلبات الاعتماد المبدئي للمستشفيات:

- (أ) المتطلبات الأساسية.
- (ب) متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.
- (ج) متطلبات الجودة الأساسية.

(د) دليل التشغيل.

سادساً:

يصدر الاعتماد المبدئي للمنشأة وفقاً لنطاق الخدمات المقدمة مع طلب الاعتماد المبدئي. ويجب إخطار الهيئة خطياً بأي تغيير في نطاق الخدمات المقدمة (إضافة خدمة جديدة، أو إلغاء خدمة قائمة، أو زيادة حجم خدمة قائمة بأكثر من 20%) عبر البريد الإلكتروني إلى reg@gahar.gov.eg قبل شهر واحد على الأقل من تنفيذ هذا التغيير.

سابعاً:

في حالة حدوث حدث جسيم، يجب إخطار الإدارة العامة لتسجيل واعتماد منشآت الرعاية الصحية في غضون 48 ساعة من وقوعه أو الإخطار به عبر البريد الإلكتروني إلى Sentinel.Event@gahar.gov.eg. ويجب تزويد الإدارة العامة للتسجيل والاعتماد بتحليل السبب الجذري لأسباب حدوث الحدث الجسيم خلال فترة أقصاها 45 يوماً من تاريخ حدوث الحدث الجسيم (كما هو محدد في المعيار QPI.11)، مرفقاً بخطة الإجراءات التصحيحية لمنع / تقليل تكراره وفقاً لطبيعة الحدث.

ثامناً:

تلتزم المنشأة بتسجيل ما لا يقل عن 30% من إجمالي عدد المهن الطبية قبل الزيارة التقييمية، ويجب استكمال التسجيل المتبقي خلال ثلاثة أشهر من تاريخ الاعتماد المبدئي.

تاسعاً:

سيتم تعليق الاعتماد المبدئي للمنشأة لمدة لا تتجاوز ستة أشهر في الحالات التالية:

1. وقوع أحداث جسيمة تتعلق بسلامة المرضى أو العاملين أو الزوار لم يتم إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بها كما هو مذكور في الفقرة (السابعة).
2. عدم اجتياز المنشأة الحاصلة على اعتماد مبدئي لزيارة تقييم غير مُعلنة وفقاً لقواعد اتخاذ القرار.
3. عدم تطابق بيانات المنشأة الحاصلة على اعتماد مبدئي في طلب الاعتماد المبدئي والوضع الحالي للمنشأة خلال زيارات التقييم غير المُعلنة.
4. عدم إخطار الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بأي تغيير في نطاق الخدمات المقدمة (إضافة خدمة جديدة، أو إلغاء خدمة قائمة، أو زيادة حجم خدمة قائمة بأكثر من 15%) قبل شهر واحد على الأقل من تنفيذ هذا التغيير.
5. عدم الامتثال لمتطلبات التسجيل الأساسية.
6. عدم الامتثال لأحكام الفقرة (الثامنة).

عاشراً:

مع عدم الإخلال بأحكام القانون رقم 2 لسنة 2018، يجوز إلغاء الاعتماد المبدئي للمنشأة في الحالات التالية:

1. اكتشاف أي تلاعب أو تزوير أثناء أو بعد عملية التقييم أو ثبوت عدم دقة المستندات المُرفقة والمُقدّمة من المنشأة.
2. عرقلة المنشأة لعمل فريق الرقابة الصحية، مثل عرقلة الحصول على المستندات والبيانات المتعلقة بعمل الرقابة الصحية أو الوصول إلى الأماكن والخدمات ضمن نطاق المراجعة والتفتيش.
3. عدم اجتياز المنشأة لزيارة الفرصة الثانية في حالة الاعتماد المبدئي المشروط.
4. رفض المنشأة الحاصلة على اعتماد مبدئي استقبال المراجعين في زيارات التقييم المُعلنة/غير المُعلنة.
5. إلغاء ترخيص المنشأة أو صدور قرار إداري أو حكم قضائي بإغلاقها مؤقتاً أو نهائياً.
6. نقل المنشأة من موقعها المُثبت في نموذج الاعتماد المبدئي أو في حالة هدم أو إعادة بناء المنشأة.
7. تجاوز الفترة المُحددة لتعليق الاعتماد المبدئي كما هو مذكور في الفقرة (التاسعة) دون تصحيح أسباب تعليق الاعتماد المبدئي.

خطوات الاعتماد المبدئي لمنشأة رعاية صحية في الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية:

1. تُقدّم المنشأة طلب اعتماد مبدئي إلى الهيئة عن طريق ملء وتقديم النموذج المُخصّص.
2. تُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الطلب المُقدّم من المنشأة وترد ببيان يوضح متطلبات ورسوم الاعتماد المبدئي لتلك المنشأة.
3. تدفع المنشأة المُتقدّمة رسوم الاعتماد المبدئي وتُقدّم المستندات اللازمة إلى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وفقاً لمتطلبات الاعتماد المبدئي المذكورة في رد الهيئة في الخطوة السابقة.
4. تُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المستندات المُستلمة من المنشأة، وتتأكد من اكتمالها، وتتواصل مع المنشأة لاستكمال وتصحيح أي مستندات ترى الهيئة أنها ضرورية لإتمام عملية الاعتماد المبدئي.
5. بعد التأكد من اكتمال جميع المستندات المطلوبة في الخطوة (3)، تُحدّد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية موعداً لزيارة المنشأة للتحقق من ومراجعة الهيكل والعمليات المتعلقة بالمستندات المُقدّمة من المنشأة.
6. يقوم فريق من المراجعين بإجراء زيارة تقييم للمنشأة.

تجديد الاعتماد المبدئي:

- إذا لم تُقدّم المنشأة التي حصلت على اعتماد مبدئي طلباً للاعتماد خلال السنة الأولى من تاريخ قبول الاعتماد المبدئي، فيحق لها طلب تجديد الاعتماد المبدئي لسنة أخرى، بشرط أن تُحسب الفترة الزمنية بدءاً من تاريخ الاعتماد المبدئي للمنشأة (إذا لم تكن من المحافظات التي دخلت نطاق تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل) أو تاريخ دخول المحافظة التي تتبعها المنشأة في نظام التأمين الصحي الشامل.

- وفقاً للقانون رقم 2 لسنة 2018، تُقِيم المنشآت التي انتهت اعتمادها المبدئي لدى الهيئة لإعادة الاعتماد المبدئي لفترة (فترات) إضافية تصل إلى ثلاث سنوات من تاريخ دخول المحافظة في نطاق تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل أو من تاريخ الاعتماد المبدئي الأول مع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (أيهما أقرب).

متطلبات عامة:

1. تلتزم المنشأة بدقة المستندات والبيانات المُقدّمة في جميع مراحل عملية الاعتماد المبدئي. إذا ثبت أن المستندات المُقدّمة غير دقيقة في أي مرحلة من مراحل الزيارة، تخضع المنشأة لإلغاء زيارة التقييم.
2. تلتزم المنشأة بعدم استخدام أي شهادة أو شعار للهيئة بطريقة مُضلّلة.
3. تلتزم المنشأة بعدم تقديم بيانات مُضلّلة تُضر بشهادة الاعتماد المبدئي الصادرة عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.
4. تلتزم الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإبلاغ المنشأة بالقرار خلال مدة لا تتجاوز 15 يوم عمل من تاريخ الانتهاء من أعمال التقييم.
5. يحق للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إبلاغ المجتمع بنتائج الاعتماد المبدئي أو تعليقه أو إلغائه، على النحو الذي يقتضيه القانون رقم 2 لسنة 2018.

مراجعة الفترة الزمنية السابقة

يُطلب من المراجعين مراجعة امتثال المستشفى لمتطلبات الاعتماد المبدئي خلال الفترة الزمنية السابقة. مراجعة الفترة الزمنية السابقة هي مراجعة الفترة التي تسبق زيارة المراجعة والتي يجب على أي مستشفى خلالها الامتثال لمتطلبات الاعتماد المبدئي. عدم الامتثال لهذه القاعدة سيؤثر على قرار الاعتماد المبدئي. يجب على المستشفى الذي يسعى للحصول على الاعتماد المبدئي الأولي الامتثال لمتطلبات الاعتماد المبدئي لمدة شهر واحد على الأقل قبل زيارة المراجعين. يجب على المستشفى الذي يسعى لإعادة الاعتماد المبدئي الامتثال لمتطلبات الاعتماد المبدئي طوال الفترة من الاعتماد المبدئي الأولي حتى مراجعة إعادة الاعتماد المبدئي.

نظام حساب الدرجات

حساب درجات المتطلبات الأساسية

تُعتبر المستشفيات إما مطابقة أو غير مطابقة للمتطلبات الأساسية. يتم تقييم المطابقة قبل المراجعة. قد يؤدي عدم المطابقة إلى عدم استحقاق الحصول على الاعتماد المبدئي / مراجعة الاعتماد من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

حساب درجات متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (GSRs) ومتطلبات الجودة الأساسية (EQRs):

- خلال زيارة المراجعة، يتم تسجيل كل مطلب من متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بناءً على دليل التوافق (EOC). هذه قواعد رياضية تعتمد على الجمع وحساب النسبة المئوية لدرجات كل دليل امتثال على النحو التالي:
- **مطابق:** عندما يُظهر المستشفى تطابقًا بنسبة 80% أو أكثر للمتطلبات خلال الفترة الزمنية السابقة المطلوبة بإجمالي درجة 2.
 - **مطابق جزئيًا:** عندما يُظهر المستشفى تطابقًا بنسبة أقل من 80% ولكن أكبر من أو يساوي 50% للمتطلبات خلال الفترة الزمنية السابقة المطلوبة بإجمالي درجة 1.
 - **غير مطابق:** عندما يُظهر المستشفى تطابقًا بنسبة أقل من 50% للمتطلبات خلال الفترة الزمنية السابقة المطلوبة بإجمالي درجة 0.
 - **غير قابل للتطبيق:** عندما يقرر المراجع أن متطلبات المعيار خارج نطاق المنشأة (يتم حذف الدرجة من البسط والمقام).
- في حين أن معظم أدلة التوافق هي وحدات قياس مستقلة بذاتها تُمثّل الهيكل و/أو العملية و/أو النتيجة، فإن عددًا قليلًا من أدلة التوافق يعتمد على بعضها البعض. يعني الاعتماد أنه لا يمكن تحقيق (أو تسجيل) التوافق مع أحد أدلة التوافق دون ضمان التوافق مع أدلة أخرى.

أمثلة:

أدلة التوافق مع GSR.01:

1. يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات معتمدة لتعريف المريض على أن تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. جميع متخصصي الرعاية الصحية على دراية بسياسة المستشفى.
3. يتم تعريف المريض وفقًا للسياسة.

في هذا المثال، يعتمد دليلًا التوافق مع المعيار رقم 2 و3 على دليل التوافق المعيار رقم 1.

حساب درجات كل معيار:

- **مطابق:** عندما يكون متوسط درجة أدلة التوافق مع المعيار القابلة للتطبيق لهذا المعيار 80% أو أكثر.
- **مطابق جزئياً:** عندما يكون متوسط درجة أدلة التوافق مع المعيار القابلة للتطبيق لهذا المعيار أقل من 80% ولكن ليس أقل من 50%.
- **غير مطابق:** عندما يكون متوسط درجة أدلة التوافق مع المعيار القابلة للتطبيق لهذا المعيار أقل من 50%.
- **غير قابل للتطبيق:** عندما يُحدّد المراجع أن جميع أدلة التوافق مع المعيار غير قابلة للتطبيق.

حساب درجات دليل التشغيل

يقوم المراجعون بمراجعة عينة عشوائية لا تقل عن 10 مستندات بخلاف تلك المطلوبة لمتطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (GSRs) ومتطلبات الجودة الأساسية (EQRs) لتقييم النسبة المئوية للمحتويات الدنيا المغطاة في دليل التشغيل (حسب الحاجة) على النحو التالي:

- **مطابق:** عندما يُظهر المستشفى تطابقاً بنسبة 80% أو أكثر للمحتويات الدنيا بإجمالي درجة 2.
- **مطابق جزئياً:** عندما يُظهر المستشفى تطابقاً بنسبة أقل من 80% ولكن أكبر من أو يساوي 50% للمحتويات الدنيا بإجمالي درجة 1.
- **غير مطابق:** عندما يُظهر المستشفى تطابقاً بنسبة أقل من 50% للمحتويات الدنيا بإجمالي درجة 0.
- **غير قابل للتطبيق:** عندما يُحدّد المراجع أن المتطلبات خارج نطاق المنشأة (يتم حذف الدرجة من البسط والمقام).

ملاحظة هامة: تُعتبر المستندات الحالية المُعتمدة فقط صالحة للتقييم.

حساب الدرجة الإجمالية

الوزن النسبي للأجزاء المختلفة:

- تمثل متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (GSRs) 45% من الدرجة الإجمالية.
- تمثل متطلبات الجودة الأساسية 45% من الدرجة الإجمالية.
- يمثل دليل التشغيل 10% من الدرجة الإجمالية.

قواعد قرار الاعتماد المبدئي

القرار الأول: حالة الاعتماد المبدئي لمدة عام واحد

- التطابق مع المتطلبات الأساسية، و
- التطابق العام لأقسام المتطلبات الثلاثة (القسم 2 إلى القسم 4) هو 80% أو أكثر، و
- درجة تطابق كل قسم من أقسام المتطلبات الثلاثة (القسم 2 إلى القسم 4) لا تقل عن 80%، و
- عدم تسجيل "غير مطابق" لأي من متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (المعيار بأكمله).

القرار الثاني: حالة الاعتماد المبدئي الذي يتطلب اجتياز زيارة المراجعة الثانية في غضون 9 أشهر (الاعتماد المبدئي المشروط)

- التطابق مع المتطلبات الأساسية، و
- التطابق العام لأقسام المتطلبات الثلاثة (القسم 2 إلى القسم 4) من 70% إلى أقل من 80%، أو
- درجة تطابق كل قسم من أقسام المتطلبات الثلاثة (القسم 2 إلى القسم 4) من 70% إلى أقل من 80%، أو
- عدم تسجيل "غير مطابق" لأكثر من مطلب واحد من متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (المعيار بأكمله).

ملاحظة هامة: يمكن منح المستشفى اعتمادًا مبدئيًا بموجب شروط "الاعتماد المبدئي المشروط" مرة واحدة فقط.

القرار الثالث: حالة الاعتماد المبدئي الذي يتطلب اجتياز زيارة المراجعة الثانية في غضون 6 أشهر (اعتماد مبدئي مشروط)

- التطابق مع متطلبات الأساسية، و
- التطابق العام لأقسام المتطلبات الثلاثة (القسم 2 إلى القسم 4) من 60% إلى أقل من 70%، أو
- درجة تطابق كل قسم من أقسام المتطلبات الثلاثة (القسم 2 إلى القسم 4) من 60% إلى أقل من 70%، أو
- عدم تسجيل "غير مطابق" لأكثر من مطلبين من متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (المعايير بأكملها).

ملاحظة هامة: يمكن منح المستشفى اعتمادًا مبدئيًا بموجب شروط "الاعتماد المبدئي المشروط" مرة واحدة فقط.

القرار الرابع: رفض الاعتماد المبدئي

- عدم التطابق مع للمتطلبات الأساسية، أو
- التطابق العام لأقسام المتطلبات الثلاثة (القسم 2 إلى القسم 4) أقل من 60%، أو
- درجة تطابق كل قسم من أقسام المتطلبات الثلاثة (القسم 2 إلى القسم 4) أقل من 60%، أو
- تسجيل "غير مطابق" لأكثر من مطلبين من متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (المعايير بأكملها)، أو
- وجود أي وضع وشيك يُهدّد الحياة يكتشفه فريق المراجعة وتوافق عليه لجنة الاعتماد.

اللغة والنسق المستخدم

- استخدم هذا الكتاب نسقاً ومفردات مُحدّدة لضمان التوحيد والوضوح؛ هذه هي أهمها التي ستساعد المستشفيات على تفسير المعايير:
- العملية، السياسة، الإجراء، البرنامج، الخطة، الإرشادات، البروتوكول.
 - عندما تُستخدم كلمة "العملية" في معيار ما، فإنها تُشير إلى متطلب من الضروري اتباعه.
 - "عملية"
 - سلسلة من الإجراءات أو الخطوات المتخذة من أجل تحقيق غاية مُحدّدة.
 - "عملية موثقة"
 - مستند يصف العملية ويمكن أن يكون في شكل سياسة أو إجراء أو برنامج أو خطة أو إرشاد أو بروتوكول.
 - سياسة:
 - مبدأ عمل تتبناه منظمة.
 - عادةً ما تُجيب على سؤال ما هي العملية.
 - تُعتبر أكثر صرامة من الدليل الإرشادي أو البروتوكولات.
 - لا تتضمن أهدافاً يجب تحقيقها في إطار زمني مُحدّد.
 - إجراء:
 - طريقة مُثبتة أو رسمية لفعل شيء ما.
 - عادةً ما تُجيب على سؤال كيف تحدث العملية.
 - تُعتبر أكثر صرامة من الأدلة الإرشادية أو البروتوكولات.
 - لا تتضمن أهدافاً يجب تحقيقها في إطار زمني مُحدّد.
 - خطة:
 - اقتراح مُفصّل لفعل شيء ما أو تحقيقه.
 - عادةً ما تُجيب على سؤال ما هو الهدف، ولماذا، وكيف سيتم تحقيقه، ومتى.
 - تتضمن أهدافاً يجب تحقيقها في إطار زمني مُحدّد.
 - دليل إرشادي:
 - قاعدة عامة أو مبدأ أو نصيحة.
 - عادةً ما تُجيب على سؤال ما هي العملية وكيف يجب أن تحدث.
 - عادةً ما تكون أكثر سُرّداً من البروتوكول.
 - برنامج رعاية إكلينيكية:
 - نهج منظم ومُنسّق لتقديم خدمات الرعاية الصحية وإدارة رعاية المرضى أو الأفراد الذين يُعانون من حالات طبية مُحدّدة وفقاً للإرشادات والبروتوكولات الإكلينيكية.

- بروتوكول:
- بروتوكول أفضل الممارسات للتعامل مع حالة مُعَيَّنة، يتضمن خطة علاج تستند إلى استراتيجيات قائمة على الأدلة وبيانات توافق الآراء.
- عادةً ما يحتوي على رسومات بيانية ومخططات انسيابية وخرائط ذهنية وتفكير تسلسلي.

o المستند مقابل السجل:

- المستند: يتم إنشاؤه من خلال تخطيط ما يجب القيام به.
- السجل: يتم إنشاؤه عند إنجاز شيء ما.

o الطبيب مقابل عضو الطاقم الطبي:

- الطبيب: متخصص يمارس الطب.
- عضو الطاقم الطبي: متخصص يمارس الطب وطب الأسنان وغيرهم من الممارسين المستقلين.

القسم 1: المتطلبات الأساسية

قراءة وتفسير المتطلبات الأساسية

- على المنشأة التي تسعى إلى الاعتماد أو إعادة الاعتماد المبدئي من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، وكذلك الاعتماد أو إعادة الاعتماد الكامل، تقديم ما يثبت التطابق مع المتطلبات التنظيمية الأساسية إلى البريد الإلكتروني التالي reg@gahar.gov.eg للمراجعة قبل الزيارة الميدانية.
- يوضح هذا القسم المتطلبات التنظيمية الأساسية للمشاركة في عملية الاعتماد المبدئي من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية كخطوة أولية للوصول إلى الاعتماد الكامل.

الامتثال للقوانين واللوائح الحالية ذات الصلة وتحديثاتها على النحو التالي:

المستشفيات الحكومية

1. رخصة معالجة النفايات الخطرة
2. رخصة بنك الدم

الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

3. رخصة أجهزة الإشعاع المؤين
4. رخصة استخدام الليزر
5. رخصة وحدة غسيل الكلى
6. رخصة قسم قسرة القلب
7. رخصة استخدام المواد المشعة
8. شهادة مطابقة الدفاع المدني
9. رخصة المصعد
10. رخصة المولد الكهربائي

مستشفى خاص أو مستشفى تابع لجهة غير حكومية

1. رخصة مستشفى
2. رخصة معالجة النفايات الخطرة
3. رخصة صيدلية
4. رخصة معمل
5. رخصة بنك الدم
6. رخصة أجهزة الإشعاع المؤين
7. رخصة استخدام الليزر
8. رخصة وحدة غسيل الكلى
9. رخصة قسم قسرة القلب
10. رخصة استخدام المواد المشعة
11. رخصة مركز العلاج الطبيعي
12. شهادة مطابقة الدفاع المدني
13. رخصة المصعد
14. رخصة المولد الكهربائي

مستشفى حكومي أو خاص به قسم أمراض نفسية

موافقة المجلس الإقليمي للصحة النفسية

القسم 2: متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

الهدف من الفصل:

تُعتبر سلامة المرضى، وتقليل وتخفيف الإجراءات غير الآمنة داخل نظام الرعاية الصحية، ركيزة ثابتة لتقديم رعاية صحية عالية الجودة. يُؤدّي التفاعل المُعقّد بين العوامل البشرية والأنظمة والتكنولوجيا داخل أماكن الرعاية الصحية إلى خلق بيئة عُرضة للأخطاء، التي قد يكون لبعضها عواقب وخيمة. على الرغم من وجود ضمانات مثل أجهزة الإنذار والإجراءات الموحدة والمُتخصّصين المهرة، فإن نقاط الضعف الكامنة في طبقات الحماية هذه تتطلب التزامًا مُستمرًا بالتحسين. بدأ التركيز على سلامة المرضى يكتسب زخمًا كبيرًا في أواخر التسعينيات، مما أدى إلى إحداث تحول في كيفية تعامل مؤسسات الرعاية الصحية مع رعاية المرضى. ومنذ ذلك الحين، ظهرت ثقافة السلامة، التي تُسلط الضوء على أهمية التواصل المفتوح والإبلاغ عن الأخطاء والتعلم منها. عزز هذا التغيير في طريقة التفكير نهجًا أكثر استباقية ومنهجية لمنع الضرر. من خلال وضع توقعات واضحة وإجراء تقييمات مُنتظمة، تُعزّز هيئات الاعتماد ثقافة السلامة والمساءلة. يُعتبر وضع متطلبات سلامة قوية للاعتماد أمرًا ضروريًا لضمان بقاء سلامة المرضى على رأس الأولويات في جميع أماكن الرعاية الصحية. لوضع متطلبات سلامة فعالة، من الضروري فهم شامل لأهم مجالات الخطر. تُعتبر سلامة الأدوية ومكافحة العدوى والتواصل وتحديد هوية المريض من بين المجالات ذات الأولوية القصوى. يجب أن تستند هذه المتطلبات إلى ممارسات قائمة على الأدلة لضمان فاعليتها. كجزء من عملية الاعتماد في الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، يجب على المستشفيات إظهار التزامها بسلامة المرضى. يتطلب ذلك الامتثال لكل من متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (GSRs). خلال المراجعات، يُقيّم المراجعون الحفاظ على التنفيذ الآمن والفعال لكل من متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في جميع الممارسات ذات الصلة. يجب أن يتم تطبيق المعايير وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.

الغرض من الفصل:

(1) تقديم نظرة عامة شاملة لمتطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

(2) تحديد المكونات الأساسية لبرنامج سلامة فعال للمرضى.

(3) دعم الجهود التنظيمية لإنشاء ثقافة سلامة.

(4) تحسين نتائج المرضى عن طريق تقليل المخاطر والأحداث السلبية.

متطلبات السلامة الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

الكود	الكلمة الرئيسية	كود المعيار
	السلامة العامة للمرضى	
GSR.01	تعريف المريض	ACT.03
GSR.02	الأوامر الشفهية والهاثفية	ICD.18
GSR.03	النتائج الحرجة	ICD.19
GSR.04	التواصل عند التسليم والتسلم	ACT.08
GSR.05	تقييم ومنع السقوط	ICD.10
GSR.06	الوقاية من قرح الفراش	ICD.11
GSR.07	الوقاية من الجلطات الوريدية	ICD.12
GSR.08	الإنذارات الحرجة	CSS.02
GSR.09	التوصيلات الخاطئة للقسرة والأنابيب	CSS.03
GSR.10	التعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له	ICD.22
GSR.11	الإنعاش القلبي الرئوي	CSS.05
	الخدمات التشخيصية والمساعدة	
GSR.12	برنامج السلامة من الإشعاع	DAS.09
GSR.13	برنامج سلامة المختبر	DAS.23
	سلامة الإجراءات التدخلية والجراحية	
GSR.14	وضع علامات على موقع الجراحة	SAS.05
GSR.15	قائمة التحقق قبل الجراحة	SAS.06
GSR.16	الوقت المستقطع وتسجيل الخروج	SAS.07
GSR.17	الوقاية من احتجاز الأدوات الجراحية داخل الجسم	SAS.09
	إدارة وسلامة الدواء	
GSR.18	توافق الأدوية، أفضل تاريخ دوائي مُمكن	MMS.10
GSR.19	تخزين ووضع العلامات على الأدوية	MMS.04
GSR.20	الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة	MMS.06
GSR.21	الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق	MMS.07

	مكافحة العدوى ومنع انتشارها	
IPC.04	نظافة الأيدي	GSR.22
	سلامة البيئة والمنشأة	
EFS.03	السلامة من الحرائق والدخان	GSR.23
EFS.04	تدريبات الإطفاء	GSR.24
EFS.06	السلامة من المواد الخطرة	GSR.25
EFS.07	خطة إدارة السلامة	GSR.26
EFS.10	خطة المعدات الطبية	GSR.27
EFS.11	خطة إدارة المرافق	GSR.28
	إدارة المعلومات والتكنولوجيا	
IMT.04	الاختصارات	GSR.29

السلامة العامة للمريض

GSR.01 (ACT.03) التعريف الدقيق للمريض من خلال وسيلتين على الأقل لتعريف المريض والعناصر الأخرى المرتبطة بخطة رعايته.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تعريف المريض

الغرض:

يُعدّ تقديم الرعاية أو إجراء التدخلات على المريض الخطأ من الأحداث الجسيمة التي قد تكون لها عواقب وخيمة. إن استخدام وسيلتين مميزتين لتعريف كل مريض هو المفتاح لتقليل هذه الأخطاء التي يمكن منعها، وهو أمر مهم بشكل خاص عند إعطاء أدوية عالية الخطورة أو إجراء عمليات أو جراحات عالية الخطورة.

ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية تحديد هوية المريض. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- وسيلتان مميزتان (شخصيتان) لتعريف المريض.
- المواقف التي تتطلب التحقق من هوية المريض.
- العناصر المرتبطة بالرعاية وتشمل الأدوية والعينات الإكلينيكية والدم ومشتقات الدم وغيرها.
- طريقة توثيق وسائل التعريف مثل الأساور وبطاقات الهوية وغيرها.
- العناصر المحظورة لتحديد هوية المريض، مثل رقم سرير المريض ورقم الغرفة وغيرها.

(و) الحالات الخاصة التي قد لا يتبع فيها تحديد هوية المريض نفس الإجراء، مثل الأطفال حديثي الولادة والمرضى مجهولي الهوية والكوارث وغيرها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه عملية تعريف المريض.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بسياسة المستشفى والتأكد من استخدامهم لوسيلتي تعريف مميزتين على الأقل لكل مريض قبل الإجراءات مثل أخذ عينات الدم وإعطاء الأدوية وما إلى ذلك.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للتحقق من وجود وسيلتي تعريف مذكورتين في السياسة في كل ورقة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أساور تعريف المرضى باستخدام وسيلتي تعريف مميزتين، والتأكد من الالتزام بعملية تعريف المريض قبل الإجراءات أو تقديم الرعاية.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية العاملين في المناطق الخاصة للتحقق من كيفية القيام بتعريف المرضى، على سبيل المثال، تعريف الأطفال أو حديثي الولادة عند الولادة والخروج من المستشفى وما إلى ذلك.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات معتمدة لتعريف المريض على أن تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) على (و).
2. كل متخصصي الرعاية الصحية على دراية بسياسة المستشفى.
3. يتم تعريف المريض قبل القيام بالإجراءات التشخيصية وتقديم الرعاية وتنفيذ أي إجراءات.
4. يتم تسجيل وسائل تعريف المريض في السجل الطبي للمريض.
5. يتابع المستشفى البيانات الموضحة في التقارير بخصوص تعريف المريض ويتخذ الإجراءات للتحكم في العملية وتحسينها إذا كان ذلك ممكناً.

GSR.02 (ICD.18) إبلاغ الأوامر الشفهية والهاتفية وتوثيقها وفقاً للعملية المحددة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأوامر الشفهية والهاتفية

الغرض:

يعتبر سوء التواصل السبب الجذري الأكثر شيوعًا خلف الأحداث الضارة. إن تدوين وقراءة الأمر بالكامل من قبل الشخص المتلقي يُقلل من سوء التواصل ويقلل من الأخطاء الناتجة عن الكلام غير الواضح أو المصطلحات غير المألوفة أو النطق غير الواضح. كما يتيح ذلك فرصة للتحقق.

ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ سياسة وإجراءات لتلقي الاتصالات الشفوية والهاتفية.

تتناول السياسة عملية الإبلاغ:

- أ) متى يمكن استخدام الأوامر الشفهية والهاتفية.
- ب) يتم توثيق الأوامر الشفهية والهاتفية من قبل المتلقي.
- ج) يتم قراءة الأوامر الشفهية والهاتفية مرة أخرى من قبل المتلقي.
- د) يتم تأكيدها من قبل الطبيب المرسل للأمر.
- هـ) متطلبات التوثيق والمصادقة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه إبلاغ الأوامر الشفهية والهاتفية.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من تسجيل الأوامر الشفهية والهاتفية.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه إبلاغ الأوامر الشفهية والهاتفية التي تتناول على الأقل كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى هـ).
2. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر السياسة.
3. يتم توثيق كل الأوامر الشفهية والهاتفية، وإعادة قراءتها بواسطة المتلقي، وتأكيدها بواسطة الطبيب المرسل للأمر.
4. يتم تسجيل كل الأوامر الشفهية والهاتفية في السجل الطبي للمريض في إطار زمني محدد مسبقًا.
5. يتابع المستشفى البيانات المبلغ عنها بشأن الأوامر الشفهية والهاتفية ويتخذ الإجراءات للتحكم في العملية وتحسينها حسب الحاجة.

GSR.03 (ICD.19) يتم إبلاغ النتائج الحرجة في الوقت المناسب وتوثيقها وفقًا للعملية المحددة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

النتائج الحرجة

الغرض:

يمكن أن تتعرض سلامة المريض وجودة الرعاية للخطر في حالة حدوث تأخير في إكمال الاختبارات الحرجة أو في إبلاغ نتائج الاختبارات أو الفحوصات الحرجة إلى مقدم الطلب. يُعد سوء التواصل السبب الجذري الأكثر شيوعًا خلف الأحداث الضارة. إن تدوين وقراءة النتائج من قبل الشخص المتلقي يُقلل من سوء التواصل ويقلل من الأخطاء الناتجة عن عدم وضوح الكلام أو المصطلحات غير المألوفة أو النطق غير الواضح. كما يتيح ذلك فرصة للتحقق. تحدد المعامل وخدمات التصوير الطبي ومعامل القلب غير التداخلية وبرامج فحص نقطة الرعاية القيم الحرجة لاختبارات/دراسات محددة. تشمل العملية تعليمات بوجوب الإخطار الفوري للشخص المصرح له والمسؤول عن المريض بأي نتائج تتجاوز القيم الحرجة.

ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية تحديد وإبلاغ النتائج الحرجة. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) قوائم بالنتائج والقيم الحرجة.

(ب) عملية الإبلاغ عن نتائج الاختبارات الحرجة بما في ذلك الإطار الزمني وقراءة النتائج من قبل المتلقي.

(ج) عملية التسجيل:

i. تاريخ ووقت الإخطار.

ii. تحديد الموظف المسؤول عن الإخطار.

iii. تحديد الشخص الذي تم إخطاره.

iv. وصف تسلسل نقل النتيجة.

v. نتائج الفحص التي تم الإخطار بها.

vi. أي صعوبات تمت مواجهتها في عملية الإخطار.

(د) الإجراءات الواجب اتخاذها في حالة النتائج الحرجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه الإبلاغ عن النتائج الحرجة.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى والسجلات المخصصة ذات الصلة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة لوجيه الإبلاغ عن النتائج الحرجة على أن تتناول على الأقل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر السياسة.
3. يتم تسجيل كل النتائج الحرجة في إطار زمني محدد مسبقاً، بما في ذلك العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى vii).
4. يتابع المستشفى البيانات المبلغ عنها بشأن النتائج الحرجة ويتخذ الإجراءات للتحكم في العملية وتحسينها حسب الحاجة.

GSR.04 (ACT.08) يتم تطبيق نهج موحد للتواصل من أجل تسليم وتسليم الرعاية، بما في ذلك إتاحة الفرصة لطرح الأسئلة والإجابة عليها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التواصل من أجل تسليم وتسليم الرعاية

الغرض:

الهدف الأساسي من "التسليم والتسلم" هو النقل المباشر لمعلومات دقيقة عن رعاية المرضى بين أعضاء الفريق لضمان استمرارية الرعاية. علاوة على ذلك، فإنه يوفر فرصة للتوضيح، مما يقلل لاحقاً من الأخطاء الطبية. ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية التواصل أثناء التسليم والتسلم على أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) طرق موحدة للتواصل، مثل SBAR (الموقف والخلفية الطبية والتقييم والتوصيات) أو ISOBAR (التعريف والموقف والملاحظات والخلفية الطبية والخطوة المتفق عليها ثم التحقق من البيانات) و I PASS the BATON وغيرها.
- ب) المناسبات التي تُستخدم فيها هذه الطريقة؛ يشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، بين المناوبات المختلفة (في نفس القسم) وبين مستويات الرعاية المختلفة (أقسام/خدمات مختلفة).
- ج) شروط حضور الموظفين.
- د) مسؤوليات الموظفين.
- هـ) البيئة الموصى بها.
- و) وسائل تسجيل العملية، مثل سجل التسليم والتسلم، أو نموذج الإقرار، أو وسيلة تسليم وتسليم إلكترونية، و/أو طرق أخرى، كدليل للتوافق مع المعيار؛ ولا يشترط تضمين هذا التوثيق في الملف الطبي للمريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه عملية التواصل للتسليم والتسلم للتحقق من وجود إطار العمل الموصى به (مثل SBAR) (الموقف والخلفية الطبية والتقييم والتوصيات) أو ISOBAR (التعريف والموقف والملاحظات والخلفية الطبية والخطة المتفق عليها ثم التحقق من البيانات) و I PASS the BATON وغيرها) والطاقت المسئول والبيئة الموصى بها والتسجيل.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتأكد من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية، ودفاتر التسليم والتسلم، ونماذج الإقرار، ووسائل التسليم والتسلم الإلكترونية، و/أو الوسائل الأخرى كدليل على التطبيق.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. جميع متخصصي الرعاية الصحية على دراية بسياسة المستشفى.
3. يتم التواصل للتسليم والتسلم بين المناوبات المختلفة وبين مختلف مستويات الرعاية (الأقسام/الخدمات المختلفة).
4. يتم توثيق التواصل للتسليم والتسلم باستخدام وسيلة أو نموذج محدد ويكون متاحًا عند الحاجة إليه.
5. يتابع المستشفى التقارير المتعلقة بالتواصل للتسليم والتسلم، ويتخذ الإجراءات للتحكم في العملية أو تحسينها إذا كان ذلك ممكنًا.

GSR.05 (ICD.10) يتم تقييم مخاطر سقوط المريض وإعادة تقييمه دوريًا والتعامل مع المخاطر.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقييم السقوط والوقاية منه.

الغرض:

جميع المرضى معرضون للسقوط، ومع ذلك، فإن بعضهم أكثر عرضة من الآخرين. يتم عادةً تحديد الأشخاص الأكثر عرضة من خلال عملية تقييم المخاطر من أجل تقديم تدابير وقائية مخصصة لمنع السقوط. التدابير الوقائية الفعالة لتقليل السقوط هي تلك التي يتم تصميمها خصيصًا لكل مريض وتوجه ناحية المخاطر التي تم تحديدها من خلال تقييم المخاطر.

ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية تقييم مخاطر السقوط والوقاية منها. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ) تقييم مخاطر سقوط المريض عند الحجز في المستشفى.

ب) محتوى التقييم يعتمد على الإرشادات.

- (ج) الإطار الزمني لاستكمال تقييم السقوط ومعدل إعادة التقييم.
- (د) معايير المسح في العيادات الخارجية ومواقع الرعاية المتنقلة والأوضاع والظروف التي قد تزيد من خطر السقوط.
- (هـ) استراتيجيات الوقاية من السقوط للمرضى المعرضين لخطر السقوط.
- (و) التدابير العامة المستخدمة لتقليل خطر السقوط، مثل أنظمة الاتصال والإضاءة وقضبان الممرات وقضبان الحمامات ودرازين السرير والكراسي المتحركة والعربات ذات الأقفال.
- (ز) خطط الرعاية المخصصة بناءً على تقييم مخاطر السقوط لكل مريض بشكل فردي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه تقييم خطر السقوط لدى المريض.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتأكد من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع أسر المرضى المعرضين لخطر السقوط بشكل كبير لتقييم درايتهم ومشاركتهم في إجراءات الوقاية من السقوط.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من أدوات تقييم وإعادة تقييم خطر السقوط وتوثيقه.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من تسجيل الإجراءات العامة وخطط الرعاية المخصصة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الإجراءات الوقائية العامة على مستوى المؤسسة مثل أنظمة الاتصال والإضاءة وقضبان الممرات وقضبان الحمامات ودرازين السرير والكراسي المتحركة والعربات ذات الأقفال.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة لتوجيه تقييم خطر سقوط المريض الذي يتضمن العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر السياسة المعتمدة.
3. يقيم المستشفى ويعيد تقييم خطر السقوط كل مريض الأقسام الداخلية باستخدام الأدوات الملائمة لكل فئة من المرضى ويتم توثيقه في السجل الطبي للمريض.
4. يتم مسح مرضى العيادات الخارجية الذين يعانون من حالات أو مواقف أو مواقع معينة لخطر السقوط.
5. أسر المرضى الذين يعانون من خطر سقوط مرتفع على دراية بالإجراءات الوقائية ويشاركون فيها.
6. تُسجل الإجراءات العامة وخطط الرعاية المخصصة في السجل الطبي للمريض.

GSR.06 (ICD.11) تقييم مخاطر إصابة المريض بقرح الفراش وتقييمها وإعادة تقييمها دوريًا والتعامل معها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الوقاية من قرح الفراش

الغرض:

يُعد استخدام أدوات أو مقاييس تقييم خطر قرح الفراش جزءًا من عملية التقييم المستخدمة لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بقرح الفراش. يُوصى باستخدام أداة تقييم المخاطر من قبل العديد من الإرشادات الدولية لمنع قرح الفراش؛ حيث يُعد تحديد المرضى الأكثر عرضة للإصابة بقرح الفراش استراتيجية وقائية أفضل من محاولة علاجها. وقد ثبت أن تصميم تدابير الوقاية من قرح الفراش لكل مريض على حدة فعال.

ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية فحص قرح الفراش والوقاية منها. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) يتم إجراء تقييم خطر قرح الفراش عند دخول المستشفى.
- ب) محتوى التقييم يعتمد على الإرشادات.
- ج) الإطار الزمني لإكمال تقييم قرح الفراش.
- د) معدل إعادة تقييم خطر الإصابة بقرحة الفراش.
- هـ) يتم استخدام تدابير عامة لتقليل خطر الإصابة بقرح الفراش، مثل أجهزة تخفيف الضغط والمراتب.
- و) خطط الرعاية المخصصة بناءً على تقييم مخاطر قرح الفراش الفردي للمريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي وجه تقييم خطر قرح الفراش.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بعناصر تقييم خطر قرح الفراش والإجراءات الوقائية.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع أسر المرضى المعرضين للخطر بدرجة كبيرة للتحقق من درايتهم ومشاركتهم في الإجراءات الوقائية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق تقييم خطر قرحة الفراش وخطة الرعاية المخصصة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الإجراءات العامة بالمستشفى لتقليل خطر قرح الفراش، مثل أجهزة تقليل الضغط والمراتب.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه تقييم خطر قرح الفراش، على أن تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر تقييم خطر قرح الفراش والإجراءات الوقائية.
3. يقيم المستشفى خطر الإصابة بقرح الفراش لكل مريض عند حجزه في المستشفى كما يعيد التقييم باستخدام الأدوات الملائمة لكل فئة من المرضى.
4. عائلات المرضى المعرضين لخطر كبير على دراية ويشاركون في الإجراءات الوقائية.
5. تُسجل الإجراءات العامة وخطط الرعاية المخصصة في السجل الطبي للمريض.

GSR.07 (ICD.12) يتم تقييم مخاطر إصابة المريض بالجلطات الدموية الوريدية (جلطات الأوردة العميقة والانسداد الرئوي) وتقييمها وإعادة تقييمها دوريًا والتعامل معها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الوقاية من الجلطات الدموية الوريدية

الغرض:

تعتبر الجلطات الدموية الوريدية قاتلاً صامتاً بارزاً في المستشفيات. يعد اعتماد الإرشادات لتقليل خطر الإصابة بهذا المرض أمراً مهماً للحد من الأحداث الضارة والوفيات التي يمكن الوقاية منها. ينبغي على المستشفى اعتماد وتنفيذ إرشادات للوقاية من الجلطات الدموية الوريدية. تتناول الإرشادات على الأقل ما يلي:

- أ) تقييم مخاطر المريض عند الحجز في المستشفى.
- ب) محتوى وإطار زمني لإكمال تقييم الجلطات الدموية الوريدية.
- ج) إعادة تقييم خطر الجلطات الدموية الوريدية.
- د) الوقاية المناسبة مثل الوقاية الحركية أو الدوائية أو كليهما وفقاً لشدة المخاطر.
- هـ) خطط الرعاية المخصصة بناءً على تقييم مخاطر الجلطات الدموية الوريدية لكل مريض على حدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة إرشادات تقييم خطر الجلطات الدموية الوريدية والتعامل معه.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بعناصر عملية تقييم خطر الجلطة الدموية الوريدية وإجراءات الوقاية.

- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع المرضى ذوي الخطورة العالية للجلطات الدموية الوريدية وأسرهم لتقييم درايتهم ومشاركتهم في إجراءات الوقاية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق تقييم خطر الجلطات الدموية الوريدية وخطط الرعاية المخصصة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الالتزام بإرشادات الجلطة الدموية الوريدية في المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى إرشادات معتمدة لتقييم خطر الجلطة الدموية الوريدية والتعامل معها، على أن تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى هـ).
2. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر عملية تقييم الجلطة الدموية الوريدية وإجراءات الوقاية.
3. استكمال تقييم خطر الجلطة الدموية الوريدية وتسجيلها في الإطار الزمني المعتمد.
4. عائلات المرضى ذوي الخطورة العالية للجلطات الدموية الوريدية على دراية ويشاركون في إجراءات الوقاية.
5. يتم وضع خطط الرعاية المخصصة وفقاً لتقييم خطر الجلطة الدموية الوريدية لكل مريض وتسجيلها في ملف المريض.

GSR.08 (CSS.02) يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات معتمدة للتعامل مع الإنذارات الحرجة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الإنذارات الحرجة

الغرض:

يتم تزويد الأجهزة الطبية خاصة تلك المتعلقة بالوظائف الحيوية بإنذارات تنبه العاملين إلى حدوث أعطال بالجهاز أو إلى حالة المريض الحرجة. تعطل هذه الإنذارات يؤدي إلى زيادة تعرض المرضى لمخاطر الإصابة بالأمراض والوفاة. تهدف الإنذارات إلى حث العاملين على اتخاذ إجراء مناسب فوري إما بفحص عطل الجهاز أو بدء إجراء من شأنه أن يعكس الموقف. يمكن ضمان حدوث ذلك عندما يصبح جميع العاملين على دراية كاملة بإعدادات الإنذار (القيم وشدة الصوت) ودلالته، ويتم 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. ينبغي أن يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات بشأن الاستخدام والتعامل مع الإنذارات الحرجة بشكل آمن. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. جرد الإنذارات الحرجة وصيانتها الوقائية.
- ب. اختبار الإنذارات الحرجة وتنشيطها بالإعدادات المناسبة.

- ج. أولويات الإطلاق في حالة الإنذارات المتعددة، وأولويات السماح للعاملين بتعطيل أجهزة الإنذار أو تغيير إعداداتها، ومتابعة الاستجابة لإطلاق الإنذار.
- د. مسؤولية العاملين وإجراءات التحكم وإجراءات التأكد والإجراءات العلاجية التصحيحية.
- هـ. أجهزة الإنذار مسموعة بدرجة كافية فيما يتعلق بالمسافات والإنذارات المتعددة والضجيج داخل الوحدة.
- و. التوثيق المطلوب، بما في ذلك تحديد الموظفين المعنيين، والشركة المسؤولة، والجدول، والإعدادات المتفق عليها، وإثبات عمل الجهاز.
- ز. الإبلاغ عن الأعطال والإجراءات التصحيحية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه التعامل والاستخدام الآمن للإنذارات الحرجة، وكذلك مراجعة جرد كل الأجهزة ذات الإنذارات الحرجة، بما في ذلك إرشادات الإعدادات.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة جداول اختبار الإنذارات وتوثيق الإعدادات الحالية النشطة في مناطق الرعاية المختلفة.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين حول الأجهزة ذات الإنذارات الحرجة للتحقق من درايتهم بإعدادات الإنذار الحرج والاستجابة لإطلاق الإنذار، وقد يجري كذلك مقابلات مع طاقم الصيانة للتحقق من درايتهم بإعدادات الإنذارات الحرجة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (يستمع) أو ينشط الإنذارات الحرجة للتحقق من ملائمة صوت الإنذار لبيئة العمل.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات الصيانة للتحقق من وجود إثبات للموظفين المعنيين، والشركة المسؤولة، والجدول، والإعدادات المتفق عليها، وإثبات عمل الجهاز، والإبلاغ عن الأعطال، والإجراءات العلاجية التصحيحية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. المسؤولون عن استخدام الإنذارات الحرجة والتعامل معها مؤهلون.
3. يتم التعامل مع الإنذارات الحرجة واستخدامها وفقاً للسياسة المعتمدة.
4. يتم تسجيل التعامل مع الإنذارات الحرجة واستخدامها وفقاً للسياسة.
5. يتم الإبلاغ عن الأحداث والأعطال المتعلقة بالإنذار، واتخاذ إجراءات لضمان سلامة الإنذارات الإكلينيكية.

GSR.09 (CSS.03) يوجد نظام محدد لمنع التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب.

الكلمات الرئيسية:

التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب

الغرض:

الأنابيب والقسطر هي خطوات مهمة في تقديم الرعاية الصحية اليومية من أجل إعطاء الأدوية والسوائل للمرضى. يتصل المرضى، خاصة في مناطق الرعاية الحرجة والمتخصصة، بالعديد من الأنابيب والقسطر، ولكل منها وظيفة خاصة (المتابعة والوصول والتصريف). وقد يتم توصيل هذه الأنابيب والقسطر بشكل خاطئ أثناء الرعاية مما يؤدي إلى إعطاء مادة خاطئة عبر الطريق الخطأ وهذا بدوره يؤدي إلى عواقب وخيمة.

عند شراء قسطر أو أنابيب جديدة، يقوم المستشفى بإجراء اختبارات قبول وتقييم للمخاطر لتحديد احتمال حدوث أخطاء في الوصلات. ينبغي أن يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات توجه عملية منع التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- (أ) ينبغي عدم ترك مسؤولية توصيل وفصل الأنابيب للعاملين غير الإكلينيكين أو الأسر أو الزوار.
- (ب) وضع ملصق على القسطرة عالية الخطورة (مثل القسطرة الشريانية، وقسطرة فوق الجافية، وقسطرة قناة النخاع الشوكي) وتجنب استخدام القسطر مع منافذ الحقن في هذه الأماكن.
- (ج) 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.
- (د) توحيد عملية تتبع القسطر وعملية إعادة الفحص وخرائط القسطر كجزء من التواصل عند تسليم المناوبة.
- (هـ) 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 العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه منع التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع الموظفين المعنيين لوصف عمليات توصيل القسطر والأنابيب.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من سجلات التعامل مع الأنابيب والقسطر واستخدامها وتوصيلها بشكل آمن ومتابعتها.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات الموظفين المعنيين للتحقق من تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ه).
2. المسؤولون عن التعامل مع الأنابيب والقساطر واستخدامها مؤهلون.
3. يتم التعامل مع الأنابيب والقساطر واستخدامها وفقاً لسياسة المستشفى.
4. يتم تسجيل التعامل مع الأنابيب والقساطر واستخدامها في السجل الطبي للمريض.

GSR.10 (ICD.22) يوجد بالمستشفى عملية للتعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له على نطاق المستشفى.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له

الغرض:

يؤدي الكشف المبكر عن علامات التحذير وتقديم الرعاية العاجلة في الوقت المناسب إلى نتائج وظيفية أفضل ولمدة أطول من نتائج إنعاش المرضى الذين يعانون من توقف القلب والتنفس. أظهرت الدراسات أن هذه الاستراتيجية لها تأثير إيجابي على تقليل الوفيات داخل المستشفى وتحسين سلامة المرضى.

ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ سياسة وإجراءات لضمان عملية آمنة للتعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) معايير محددة للتعرف على التدهور الإكلينيكي.
- ب) تثقيف أعضاء الفريق الطبي بالمعايير المحددة.
- ج) تحديد أعضاء الفريق الطبي المشاركين في الاستجابة.
- د) آليات لاستدعاء أعضاء الفريق الطبي للاستجابة، بما في ذلك الرموز التي يمكن استخدامها لاستدعاء حالات الطوارئ.
- هـ) الإطار الزمني للاستجابة.
- و) توحيد الاستجابة على مدار 24 ساعة في اليوم وسبعة أيام في الأسبوع.
- ز) تسجيل الاستجابة وطريقة التعامل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه العملية الآمنة للتعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المعنيين في الرعاية المباشرة للمرضى للتأكد من درايتهم بسياسة المستشفى.

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من تسجيل الملاحظات مثل معدل التنفس وتشبع الدم بالأكسجين وضغط الدم ومعدل نبض القلب ودرجة الحرارة ودرجة الوعي وما إلى ذلك من أجل التعرف على التدهور الإكلينيكي وللتحقق من سجلات الاستجابة.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات العاملين المعنيين بالرعاية المباشرة للمرضى للتحقق من سجلات تدريبهم.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. جميع العاملين المشاركين في الرعاية المباشرة للمريض مدربون على التعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له.
3. يتم التعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له وفقًا لسياسة المستشفى باستخدام المعايير الخاصة بالعمر.
4. يتم تسجيل التعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له في السجل الطبي للمريض.

GSR.11 (CSS.05) يتم الاستجابة إلى حالات السكتة القلبية الرئوية بالمستشفى لكل من المرضى البالغين والأطفال على حد سواء .

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الإنعاش القلبي الرئوي

الغرض:

من المحتمل أن يعاني أي مريض يتلقى الرعاية داخل المستشفى من حالة طوارئ طبية تتطلب استجابة سريعة وفعالة. يعتبر الوقت والمهارات عنصران أساسيان في خدمة الطوارئ لضمان نتائج مرضية. لذا يجب أن يتوفر عاملون مدربون على الدعم الأساسي للحياة، على الأقل، خلال ساعات العمل وأن يكونوا على استعداد للاستجابة لأي موقف طارئ. كما أن توفر مستلزمات ومعدات كافية وتعمل طوال الوقت يعد ركيزة أساسية لإنعاش المرضى في حالات الطوارئ.

ينبغي أن يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات للتأكد من التعامل الآمن مع السكتة القلبية الرئوية. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) معايير محددة للتعرف على حالات الطوارئ والسكتة القلبية الرئوية بين البالغين والأطفال.
- ب) المؤهلات المطلوبة وتدريب دعم الحياة المتقدم لفرق الأكود في المستشفى.
- ج) تعريف العاملين بالمعايير المحددة.
- د) حديد العاملين المعنيين الذين سيستجيبون.
- هـ) آليات استدعاء العاملين للاستجابة، بما في ذلك الأكود التي قد تستخدم لاستدعائهم في حالات الطوارئ.
- و) الإطار الزمني للاستجابة.

ز) الاستجابة بشكل منتظم على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع.

ح) تسجيل الاستجابة والتعامل مع الحالة.

ط) التعامل مع معدات ومستلزمات الطوارئ، بما في ذلك:

i. تحديد قائمة معدات ومستلزمات الطوارئ المطلوبة وفقاً للقوانين واللوائح ومعايير الممارسة.

ii. معدات ومستلزمات الطوارئ متوفرة عبر المستشفى ويتم التحقق من جاهزيتها يومياً.

iii. معدات ومستلزمات الطوارئ ملائمة للعمر.

iv. يتم استبدال معدات ومستلزمات الطوارئ على الفور بعد استخدامها أو عند انتهاء صلاحيتها أو تلفها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه العلاج الآمن للسكتة القلبية الرئوية، ويجري مقابلات مع العاملين للتأكد من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من سجلات التعامل مع السكتة القلبية الرئوية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين المعنيين للتحقق من المؤهلات وسجلات التدريب.
- قد يقيم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية توفر وعمل معدات وأدوية ومستلزمات الطوارئ عبر المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ط).
2. كل العاملين المعنيين بالإنعاش القلبي الرئوي على دراية بسياسة المستشفى.
3. يبدأ فريق دعم الحياة الأساسي العملية على الفور، بينما يبدأ دعم الحياة المتقدم خلال 5 دقائق بحد أقصى.
4. تتوفر معدات وأدوية ومستلزمات الطوارئ الملائمة للعمر عبر المستشفى.
5. يتم التحقق من معدات الطوارئ يومياً واستبدالها بعد الاستخدام.

يتم تسجيل التعامل مع السكتة القلبية الرئوية في السجل الطبي للمريض.

الخدمات التشخيصية والمساعدة

GSR.12 (DAS.09) يتم وضع وتنفيذ برنامج السلامة من الإشعاع.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج السلامة من الإشعاع

الغرض:

يضمن برنامج السلامة من الإشعاع إجراء جميع الأنشطة التي تتضمن الإشعاع المؤين وغير المؤين بطريقة آمنة وامتثالها للقوانين واللوائح والمعايير والإرشادات المعمول بها.

يُشرف على البرنامج مسؤول السلامة من الإشعاع ويصمم البرنامج لحماية الموظفين والمرضى والجمهور من التعرض المحتمل للإشعاع من المصادر المشعة والأجهزة الباعثة للإشعاع. علاوة على ذلك، يتحكم برنامج السلامة من الإشعاع في إطلاق المواد المشعة في البيئة. يجب أن يُحافظ البرنامج على استخدام جميع المعدات الإشعاعية بأمان.

يتابع المستشفى صحة الموظفين بإجراء تحليل صورة دم كاملة بشكل نصف سنوي منتظم وجمع تقارير جرعاتهم باستخدام مقياس الجرعات بطريقة التآلق الحراري (TLD) و/أو أفلام قياس التعرض الشخصي التراكمي (badge films). عندما تتجاوز نتائج صورة الدم الكاملة الحد الفاصل، تُطلب فحوصات إضافية.

ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ برنامج للسلامة من الإشعاع يتناول جميع مكونات خدمات الأشعة. ويجب توضيحه بشكل صحيح لجميع الموظفين وتنفيذه ومراجعته وتحديثه سنويًا. ينبغي أن يتضمن البرنامج على الأقل ما يلي:

أ) توافر وإمكانية تطبيق أدوات المتابعة الذاتية للموظفين.

ب) توافر وإمكانية تطبيق معدات الحماية الشخصية المناسبة.

ج) احتياطات سلامة المرضى من الإشعاع.

د) طرق لضمان عدم تجاوز المرضى الذين يتلقون جرعات إشعاع مؤين (مثل الأشعة المقطعية أو في وحدات القسطرة) للمراجع الدولية للوكالة الدولية للطاقة الذرية (IAEA).

هـ) تتم صيانة ومعايرة جميع معدات الإشعاع المؤين وغير المؤين.

و) برنامج سلامة التصوير بالرنين المغناطيسي، الذي يشمل الفحص المسبق للتعرض للمعادن والغرسات المعدنية والأجهزة واستخدام الأجهزة المتوافقة مع التصوير بالرنين المغناطيسي.

ز) تدابير الحماية والسلامة من الإشعاع في الطب النووي والأشعة المقطعية بالإصدار البوزيتروني (PET CT):

i. التخلص الآمن من النفايات والصرف الصحي المعزول للمواد المشعة وفقًا للقانون واللوائح الوطنية.

ii. معمل ساخن آمن لمعالجة النظائر المشعة.

iii. منطقة انتظار معزولة للمرضى الذين تم حقنهم.

iv. يتم وضع علامات على كل منطقة في وحدة الطب النووي وعزلها.

v. يجب معايرة جهاز المسح وجهاز معايرة الجرعة.

ح) تدابير السلامة من الليزر:

i. معدات الوقاية الشخصية للسلامة من الليزر.

II. سطح غير عاكس في الغرفة المثبت بها الليزر.

III. علامات تحذير الليزر.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج السلامة من الإشعاع للتحقق من المستوى المعتمد من التعرض للإشعاع وفقاً للقوانين واللوائح الوطنية، وكذلك وسائل استخدام الدروع الواقية ومراعاة متطلبات السلامة.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة مقياس الإشعاع البيئي ومقياس الجرعات بطريقة التألق الحراري و/أو أفلام قياس التعرض الشخصي التراكمي (badge films) للعاملين، ونتائج صورة الدم الكاملة، وفحص الغطاء الواقي من الرصاص (lead).
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إجراءات السلامة من الإشعاع المطبقة.

أدلة التتطبيق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى برنامج مكتوب ومحدث ومعتمد للسلامة من الإشعاع على أن يتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ح).
2. العاملون المعنيون بالتصوير الطبي على دراية ببرنامج السلامة من الإشعاع.
3. يتأكد المستشفى من أن المرضى المعرضين لا يتخطون الحد الأقصى المسموح به.
4. تتوفر إجراءات السلامة من الإشعاع البيئي، ونتائج أجهزة المراقبة الشخصية، ونتائج تعداد الدم الكامل الدورية ويتم توثيقها.
5. يتم تطبيق إجراءات السلامة للطب النووي من خلال تطبيق العناصر من أ) إلى و) في الغرض.
6. يتم تنفيذ إجراءات السلامة من الليزر من خلال تطبيق العناصر من أ) إلى III) في الغرض.

GSR.13 (DAS.23) يتم تنفيذ برنامج شامل وموثق لسلامة المعمل.

Safety

الكلمات الرئيسية:

برنامج سلامة المعمل

الغرض:

قد تكون بيئة المعمل مكاناً خطراً للعمل.

يتعرض موظفو المعمل للعديد من المخاطر المحتملة بما في ذلك المخاطر الكيميائية والبيولوجية والفيزيائية والإشعاعية، بالإضافة إلى الإجهاد العضلي الهيكلي. تخضع سلامة المعمل للعديد من اللوائح وأفضل الممارسات. على مر السنين، تم نشر العديد من الأدلة لجعل المعامل أكثر أمانًا للموظفين. يجب على إدارة المعمل تصميم برنامج سلامة يحافظ على بيئة آمنة لجميع موظفي المعمل والمرضى والعائلات. يجب أن يكون لدى المعمل برنامج موثق يصف تدابير السلامة لمنشآت المعمل وفقًا للمتطلبات الوطنية. يجب إبلاغ هذا البرنامج بشكل صحيح لجميع الموظفين، وتنفيذه، ومراجعته، وتحديثه سنويًا. يجب أن يتضمن البرنامج على الأقل ما يلي:

أ) تدابير السلامة لمحترفي الرعاية الصحية.

ب) تدابير السلامة للعينات.

ج) تدابير السلامة للبيئة والمعدات.

د) قائمة بالمواد الكيميائية والمواد الخطرة في المعمل.

هـ) التعامل مع الحوادث واتخاذ الإجراءات التصحيحية عند الحاجة.

و) التخلص السليم من نفايات المعمل.

ز) متطلبات صحيفة بيانات السلامة (SDS).

ح) التعامل مع انسكاب المواد الكيميائية/تنظيف الانسكاب.

ط) تعليمات استخدام معدات الحماية الشخصية.

ي) عملية إدارة المخاطر.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج سلامة المعمل الذي ينبغي أن يتضمن على الأقل: قائمة بالمواد الكيميائية والمواد الخطرة، والتعامل مع الانسكاب، ومتطلبات السلامة، ومعدات الحماية الشخصية المناسبة، وتقييم المخاطر في المعمل، ومتطلبات صحيفة بيانات السلامة (SDS)، وصيانة ومعايرة المعدات الطبية، وتوعية العاملين، والتخلص من المخلفات بطريقة ملائمة.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لمراجعة تقارير سلامة المعمل، ومتطلبات معدات المعمل، وعمليات تخزين المواد الكيميائية، ووضع الملصقات عليها، والتخلص من المخلفات.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين في المعمل للاستفسار عن خبرتهم بشأن برنامج السلامة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يتم توثيق برنامج مكتوب ومصدق يصف إجراءات السلامة لخدمات ومنشآت المعمل على أن يتضمن العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ي).
2. العاملون في المعمل مدربون على برنامج السلامة.
3. يتم إجراء تقييم لمخاطر المعمل وإصدار تقارير السلامة بشكل نصف سنوي على الأقل من لجنة سلامة بيئة المستشفى والمرافق.
4. تتوفر أدوات التعامل مع الانسكاب، ودش السلامة، وأحواض غسل العين وتعمل ويتم اختبارها.
5. يتم تطبيق احتياطات السلامة.
6. يتابع المستشفى البيانات الواردة في التقارير بشأن برنامج سلامة المعمل ويتخذ الإجراءات للتحكم في العملية أو تحسينها إذا كان ذلك ممكناً.

سلامة الإجراءات التدخلية والجراحية

GSR.14 (SAS.05) يضع الطبيب علامة واضحة على الموضع المحدد لإجراء الجراحة أو الإجراء التداخلي و ذلك بمشاركة المريض و/أو العائلة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

وضع علامة على موضع الجراحة

الغرض:

- إن الهدف الأساسي للسلامة الجراحية هو إجراء الجراحة الصحيحة للمريض الصحيح وفي المكان الصحيح من الجسم بدون ترك أي أداة داخل الجسم. يعتبر وضع علامة على موضع الجراحة إحدى استراتيجيات تقليل الخطأ. إن وضع السياسات والإجراءات ذات الصلة، والمعروفة باسم البروتوكول العالمي، يعد الخطوة الأولى لإجراء جراحة آمنة. يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات لعملية وضع علامة على موضع الجراحة وتتضمن على الأقل ما يلي:
- أ) علامة موحدة على الموضع الأقرب للجراحة.
 - ب) دلالة العلامة الموضوعة على الموقع.
 - ج) الطبيب الذي سيجري العملية الجراحية / الإجراء التداخلي مسؤول عن وضع علامة على موضع الإجراء.
 - د) إشراك المريض.
 - هـ) العمليات والإجراءات الجراحية المستثناة من وضع علامة على موضع الإجراء.
 - و) التوقييت الملائم لوضع لامة على موضع الجراحة قبل العملية الجراحية.
 - ز) متابعة الالتزام بالعملية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى في توجيه عملية وضع علامة على موضع الإجراء.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المشاركين للتحقق من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يتحقق مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من وجود علامة واضحة ومعتمدة وغير قابلة للغسيل في موضع الجراحة / الإجراء التداخلي (حسب الاقتضاء).

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يمتلك المستشفى سياسة معتمدة توجه عملية وضع علامة على موضع الإجراء وتتضمن على الأقل العناصر من أ) إلى ز) المذكورة في الغرض.
2. العاملون المشاركون على دراية بتطبيق عملية وضع علامة على موضع الإجراء.
3. العلامة على موضع الإجراء الجراحي أو التداخلي هي علامة موحدة على مستوى المستشفى ويقوم بها الطبيب المسؤول عن الإجراء الجراحي أو التداخلي.
4. توضع علامة على موضع الجراحة قبل إرسال المريض إلى غرفة العمليات، بما في ذلك المريض وعائلته.
5. يتابع المستشفى البيانات المبلغ عنها بشأن عملية وضع علامة على موضع الجراحة، ويتخذ الإجراءات للتحكم في العملية وتحسينها حسب الاقتضاء.

GSR.15 (SAS.06) التحقق من أن الوثائق والمعدات اللازمة للتدخلات أو التخدير أو التهدئة في تناول 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 الجراحية الخاصة كأحد عمليات التحقق التي تتم قبل الجراحة وذلك لضمان سلامة المريض وتقديم الرعاية المناسبة. إن التأكد من أن المعدات اللازمة متوفرة وتعمل بشكل صحيح يقلل من خطر حدوث أخطاء عن طريق منع استخدام معدات معطلة أو إلغاء الجراحة أو الإجراء التداخلي بعد وصول المريض إلى غرفة العمليات أو وحدة الإجراءات التداخلية. كما يعتبر إجراء الفحص الدوري للمعدات إحدى عمليات تحسين الجودة التي يجب أن يقوم بها عاملون مدربون باستخدام قوائم تحقق معدة جيداً.

يجب على المستشفى التأكد من أن المعدات اللازمة للجراحة وللإجراء التداخلي متوفرة بالمستشفى وأنها تعمل بشكل جيد قبل استدعاء المريض. يمكن أن تختلف المعدات والأدوات وفقًا لنوع الجراحة والإجراء التداخلي أو استخدام التخدير والتهديئة. كما يجب أيضًا أن يضع المستشفى عملية تحقق قبل الجراحة للتأكد من توافر جميع الوثائق والعناصر اللازمة وغيرها من البنود قبل خضوع المريض لجراحة أو إجراء تداخلي. ينبغي أن تتضمن عملية التحقق قبل الجراحة ما يلي:

- تعريف المريض والإجراء المخطط له بمشاركة المريض / العائلة.
- توافر المعدات اللازمة وعملها بالشكل الصحيح.
- الموافقة المستنيرة وتثقيف المريض.
- وضع علامة على موضع الإجراء بدقة.
- نتائج الفحوصات والأشعات التشخيصية المطلوبة
- حجز الدم والتأكد من توفره.
- الأجهزة القابلة للزرع والتركيبيات الخاصة.
- الاحتياطات الخاصة من أجل الاستعداد لمكافحة العدوى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المشاركين للتحقق من معرفتهم بعملية التحقق قبل العملية داخل المستشفى، ويلي ذلك تتبع المريض الذي خضع أو سيخضع للعملية الجراحية / الإجراء التداخلي للتأكد من إجراء عملية التحقق بطريقة صحيحة سواء التحقق من الوثائق اللازمة أو الأوامر المطلوبة مثل حجز الدم أو الفحوصات.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تسليم المريض إلى غرفة العمليات أو وحدة الإجراءات التداخلية الأخرى.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثائق التسليم وقائمة التحقق الخاصة بتوفر المعدات اللازمة وعملها بشكل صحيح.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يمتلك المستشفى عملية للتحقق من كل الوثائق والمعدات اللازمة قبل العمليات الجراحية.
2. العاملون المشاركون مدربون على عملية التحقق ما قبل العمليات الجراحية داخل المستشفى.
3. يوجد دليل مسجل على التحقق من كل العناصر المذكورة في الغرض قبل كل عملية جراحية أو إجراء تداخلي.
4. يتابع المستشفى البيانات المبلغ عنها في عملية التحقق قبل العملية الجراحية، ويتخذ إجراءات للتحكم في العملية وتحسينها حسب الاقتضاء.

GSR.16 (SAS.07) يتم تطبيق وقت مستقطع قبل البدء في الإجراءات الجراحية والتداخلية، وتسجيل خروج قبل مغادرة موقع الإجراء.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء (Time-out) / تسجيل الخروج (Sign-out)

الغرض:

الوقت المستقطع للتحقق من المريض الصحيح، والجراحة أو الإجراء التداخلي الصحيح، والمكان والجانب الصحيح من الجسم للجراحة أو الإجراء التداخلي هي عملية واحدة ثبت أنها تقلل من احتمال إجراء جراحة في المكان الخطأ. يشارك فريق الجراحة أو الإجراء التداخلي، بما في ذلك الطبيب المسؤول والممرضة وطبيب التخدير كلما كان ذلك ممكناً، في عملية الوقت المستقطع.

عند إجراء جراحة أو إجراء تدخلي، يجب أن يتحقق متخصصو الرعاية الصحية من أن المريض هو المريض الصحيح، وأنها الجراحة الصحيحة، وفي الموضع الصحيح، والجانب الصحيح من الجسم؛ وأنه تم إعطاء المريض مضاد حيوي وقائي عند الاقتضاء. ينبغي ألا يبدأ الفريق الإجراء الجراحي أو التداخلي قبل حل أي خلاف أو لبس يطرحه أعضاء الفريق.

يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات للتأكد من أن المريض هو المريض الصحيح، والجراحة أو الإجراء التداخلي الصحيح، والمكان الصحيح والجزء الصحيح من الجسم حيث سيتم إجراء الجراحة أو الإجراء التداخلي. ينبغي تطبيق عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء (Time-out) قبل بدء الجراحة أو الإجراء التداخلي مباشرة (بعد تحريض التخدير).

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تسجيل الخروج (Sign-out) جزء من قائمة تحقق السلامة في الجراحة، والذي يتضمن مراجعة فريق العملية لجميع العمليات حتى هذه اللحظة قبل مغادرة غرفة العمليات، بما في ذلك اسم الإجراء، والتأكد من استكمال عملية العد، والتحقق من العينة المستخرجة مقارنة بالملصق الموضوع عليها، وطرح أي مخاوف أو مشكلات أخرى خلال الإجراء).

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه عملية الوقت المستقطع، ويجري مقابلات مع الموظفين المشاركين للتأكد من إدراكهم.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية حالة خلال عملية الوقت المستقطع ويتأكد من تنفيذ الإجراء قبل البدء في الإجراء الجراحي أو التداخلي (إن وجد).
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى الذين خضعوا لجراحة / إجراء تداخلي والوثائق ذات الصلة للتحقق من توثيق عملية الوقت المستقطع / تسجيل الخروج.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يمتلك المستشفى سياسة معتمدة للتأكد من وجود المريض الصحيح، والإجراء الصحيح، والجزء الصحيح من الجسم قبل الإجراء الجراحي أو التداخلي.
2. يتم إجراء عملية الوقت المستقطع قبل بداية الإجراء الجراحي أو التداخلي مباشرة.
3. يتم إجراء تسجيل الخروج في نهاية كل الإجراءات الجراحية والتداخلية، وذلك قبل مغادرة غرفة العمليات.
4. يتابع المستشفى البيانات المبلغ عنها بخصوص عمليتي الوقت المستقطع وتسجيل الخروج، ويتخذ إجراءات للتحكم في العملية وتحسينها حسب الاقتضاء.

17. GSR (SAS.09) التحقق من الإحصاء الدقيق لأعداد الإسفنج (قطع الشاش) ، والإبر ، والأدوات قبل وبعد الإجراء .

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الوقاية من ترك الأدوات داخل جسم المريض

الغرض:

إن الإسفنج / قطع الشاش أو بكرات الخيوط أو الإبر أو المشارط أو المناشف أو الأدوات المتروكة داخل جسم المريض تعد جسمًا غريبًا ويتسبب في أعراض مرضية خطيرة مثل شعور بالألم وإصابة الأعضاء وتعفن الدم، مما يستلزم إعادة فتح جسم المريض وقد يصل الأمر إلى حدوث وفاة.

يجب على فريق الجراحة أن يبذل قصارى جهده لمنع نسيان أي جسم غريب أثناء الجراحة/ الإجراء التداخلي وذلك عن طريق الإحصاء الدقيق لعدد أي عنصر مستخدم قبل وأثناء غلق كل تجويف بالجسم وبعد إغلاق الجرح. بمجرد التعرف على خطأ في الإحصاء، ينبغي أن يقوم الفريق بإعادة الإحصاء، ويتحقق من العنصر المفقود، ويحكم بناءً على الأشعة، ويقدم تقريرًا بالخطأ في الإحصاء.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية المستشفى فيما يتعلق بتوجيه الإحصاء الدقيق لأعداد الإسفنج (قطع الشاش)، والإبر، والأدوات قبل وبعد الإجراء، يلي ذلك إجراء مقابلات مع أعضاء الفريق المشاركين للتحقق من إدراكهم، وقد يستفسر حول الإجراءات التي ستتخذ في حالة التعرف على خطأ في الإحصاء.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية حالة خلال الجراحة أو الإجراء التداخلي أو بعده.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى الذين خضعوا لعملية جراحية / إجراء تداخلي للتحقق من صحيفة الإحصاء.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يمتلك المستشفى عملية للتعامل مع الإحصاء الجراحي.
2. قيام اثنين من العاملين بإحصاء عدد الإسفنجة (قطع الشاش) أو الإبر أو المناشف أو الأدوات قبل وأثناء وبعد الجراحة أو الإجراء التداخلي حيث يكون الثاني شاهداً على الأول.
3. تسجيل الأعداد قبل وأثناء وبعد العملية، ويوقع الطبيب المسؤول على السجل.
4. توجد عملية للتعامل مع أخطاء الإحصاء بمجرد التعرف عليها.
5. يتابع المستشفى البيانات المبلغ عنها بشأن عملية الإحصاء ويتخذ الإجراءات للتحكم في العملية وتحسينها حسب الاقتضاء.

إدارة وسلامة الدواء

GSR.18 (MMS.10) التحقق من التوافق بين الأدوية في جميع مناطق التقاء الرعاية في المستشفى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التوافق بين الأدوية، أفضل تاريخ دوائي ممكن

الغرض:

عادة ما يتلقى المرضى أدوية جديدة أو تُجرى تعديلات على أدويتهم الحالية في أوقات الانتقال في الرعاية (الدخول إلى المستشفى، أو النقل من وحدة إلى أخرى أثناء الإقامة في المستشفى، أو الخروج من المستشفى، أو أثناء تلقي خدمات الرعاية المتقدمة). نتيجة لذلك، قد يؤدي النظام الدوائي الجديد الموصوف عند الخروج من المستشفى سهواً إلى حذف أدوية ضرورية، أو تكرار علاجات موجودة دون داعٍ، أو احتواء جرعات غير صحيحة. تضع هذه التناقضات المرضى في خطر التعرض لأحداث دوائية ضارة (ADEs). تتطلب عملية التوافق بين الأدوية وضع قائمة بالأدوية الحالية والأدوية التي سيتم وصفها، ومقارنة الأدوية في القائمتين، واتخاذ قرارات إكلينيكية بناءً على المقارنة. تُعد عملية التوافق بين الأدوية نشاطاً متعدد التخصصات تتوزع مسؤولياته بين الأطباء والمرضى والصيادلة وغيرهم من الأطباء المشاركين في رعاية المريض.

ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية التوافق بين الأدوية التي تتناول على الأقل ما يلي:
(أ) الحالات التي تتطلب التوافق بين الأدوية:

- i. عند الدخول (مطابقة أوامر الأدوية الحالية مع أفضل تاريخ دوائي ممكن (BPMH) قبل طلب أي دواء جديد).
 - ii. أثناء فترة الرعاية (التحقق من أن القائمة الحالية للأدوية يتم توصيلها بدقة في كل مرة يتم فيها نقل الرعاية وعند تسجيل الأدوية).
 - iii. عند الخروج (التحقق من أن الأدوية المطلوبة في وصفة الخروج تتطابق مع تلك الموصوفة قبل وأثناء فترة الرعاية).
 - iv. أثناء خدمات الرعاية المتقدمة (إذا كانت تشمل أدوية) قبل الوصف.
- ب) تحديد مسؤولية إجراء التوافق بين الأدوية.

(ج) إشراك المرضى والأسر.

(د) خطوات عملية توافق الأدوية مثل جمع قائمة الأدوية الموصوفة وغير الموصوفة (مثل الفيتامينات والمكملات الغذائية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية واللقاحات) التي يستخدمها المرضى، وتوضيح ما إذا كانت هذه الأدوية وجرعاتها مناسبة، ومطابقتها مع قائمة أدوية جديدة وتسجيل التغييرات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى وإجراء مقابلات مع العاملين والصيدلة والتمريض للاستفسار عن عملية التوافق بين الأدوية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى لتقييم سجل الأدوية الحالية عند الدخول.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع عدد مناسب من المرضى للاستفسار عن تقييم التاريخ الدوائي.
- قد يتحقق مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مما إذا كانت أدوية المريض الخاصة تتطابق مع الأدوية الحالية المسجلة عند الدخول، وما إذا كانت مُدرجة في عملية توافق الأدوية.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة للتوافق بين الأدوية على أن تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. العاملون المسؤولون عن التوافق بين الأدوية مدربون على الحصول على أفضل تاريخ دوائي ممكن وإجراء توافق بين الأدوية.
3. يتم إجراء التوافق بين الأدوية في المواقف المذكورة في الغرض من أ) إلى د) خلال إطار زمني محدد.
4. يقارن المسؤولون عن وصف الأدوية قائمة الأدوية الخالية بقائمة الأدوية التي سيتم وصفها، ويتخذ إجراءات إكلينيكية وفقاً للمقارنة.
5. يتم تسجيل الأدوية التي تم التأكد من توافقها والمعلومات ذات الصلة بوضوح وإبلاغ متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في وصف الأدوية للمريض بها.

GSR.19 (MMS.04) يتم تخزين الأدوية بطريقة تضمن أمان وجودة الأدوية وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تخزين ووضع ملصقات على الأدوية

الغرض:

يمكن ان يقلل التخزين المناسب للأدوية من الهدر، وصرف الأدوية والتعامل معها بشكل غير صحيح، والأحداث الناتجة عن الجرعات الفائتة. عادة ما يتم تخزين الأدوية في الصيدليات أو مناطق التخزين أو مناطق رعاية المرضى في المستشفى وفقاً لتوصيات الشركة

المصنعة ووفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.

يعتمد استقرار/فاعلية بعض الأدوية على تخزينها في الظروف الصحيحة، مثل الضوء والرطوبة ودرجة الحرارة. يجب على المستشفى الحفاظ على ظروف تخزين مناسبة في مناطق تخزين الأدوية لحماية ثبات الأدوية (درجة الحرارة والضوء والرطوبة) على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع.

ينبغي على المستشفى تقييد الوصول إلى مناطق تخزين الأدوية بمستوى الأمان المطلوب لحمايتها من الفقد أو السرقة، اعتماداً على أنواع الأدوية المخزنة.

يُعدّ وضع الملصقات على جميع الأدوية وحاويات الأدوية والمحاليل الأخرى نشاطاً لتقليل المخاطر يتفق مع الإدارة الآمنة للأدوية. تُعالج هذه الممارسة أحد عوامل الخطر المُعترف بها في إعطاء الأدوية. إن الأدوية أو المحاليل الأخرى الموجودة في حاويات ليس عليها ملصق تعريف لا يمكن تحديدها. نتجت أخطاء مأساوية في بعض الأحيان عن إزالة الأدوية والمحاليل الأخرى من حاوياتها الأصلية ووضعها في حاويات ليس عليها ملصق تعريف. تهمل هذه الممارسة غير الآمنة المبادئ الأساسية للإدارة الآمنة للأدوية، ومع ذلك فهي روتينية في العديد من المستشفيات.

يتم وضع ملصقات واضحة على الأدوية وحاويات الأدوية والمحاليل الأخرى والمكونات المستخدمة في تحضيرها (إذا لم تكن مُوضحة بوضوح في العبوات أو الصناديق الأصلية) مع الاسم والتركيز/القوة وتاريخ انتهاء الصلاحية ورقم التشغيل وأي تحذيرات قابلة للتطبيق.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تخزين الأدوية ومناطق التحضير، بما في ذلك مناطق إجراء الجراحة والتدخلات، لتقييم ظروف التخزين ووضع الملصقات التعريفية.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يتم تخزين الأدوية بصورة آمنة ومحمية وفقاً لتوصيات الشركة المُصنعة/الشركة حاملة الترخيص مع الحفاظ عليها نظيفة ومنظمة.
2. يوجد بالمستشفى عملية معتمدة لاستخدام وتخزين الأدوية متعددة الجرعات للتأكد من استقرارها وسلامتها.
3. يوجد بالمستشفى عملية واضحة للتعامل مع انقطاع التيار الكهربائي للتأكد من سلامة أي أدوية متأثرة قبل استعمالها.
4. يتم فحص الأدوية في المخازن والصيدليات ومناطق رعاية المرضى دورياً (مرة كل شهر على الأقل) للتأكد من مطابقتها لظروف التخزين الملائمة.
5. يتم وضع ملصقات تعريفية واضحة على الأدوية وحاويات الأدوية والمحاليل الأخرى والمكونات المستخدمة في تحضيرها (إذا لم تكن موضحة جيداً على العبوة أو العلبة الأصلية) مع توضيح الاسم والتركيز/القوة وتاريخ الانتهاء ورقم التشغيل وأي تحذيرات حسب الحاجة.

GSR.20 (MMS.06) يتم تحديد الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة وتخزينها وصرفها بطريقة تضمن تقليل الخطر المحتمل.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأدوية عالية الخطورة والإلكتروليات المركزة

الغرض:

تُعدّ الأدوية عالية الخطورة هي تلك التي تحمل خطرًا متزايدًا للتسبب في ضرر كبير للمرضى عند استخدامها عن طريق الخطأ. على الرغم من أن الأخطاء قد تكون أكثر شيوعًا أو لا مع هذه الأدوية، إلا أن عواقب الخطأ تكون مدمرة بشكل واضح للمرضى. تشمل أمثلة الأدوية عالية الخطورة، على سبيل المثال لا الحصر، مضادات التجلط، وعوامل خفض السكر في الدم، والأدوية ذات المدى العلاجي الضيق، وأدوية التخدير، والعوامل المقوية للقلب.

تشمل الإلكترونيات المركزة، على سبيل المثال لا الحصر، كلوريد البوتاسيوم [يتركيز يساوي أو يزيد عن اثنين مل مكافئ/مل]، وفوسفات البوتاسيوم [يتركيز يساوي أو يزيد عن ثلاثة مليمول/مل]، وكبريتات الماغنيسيوم [يتركيز يساوي أو يزيد عن 50٪]. هناك العديد من التقارير عن حالات وفاة غير متعمدة بسبب الإعطاء غير المقصود للإلكتروليات المركزة. يُعدّ تجنب تخزين الإلكترونيات المركزة في مناطق رعاية المرضى إحدى طرق تقليل خطر الوفاة أو الإصابة المرتبطة بهذه الأدوية.

ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية الاستخدام الآمن للأدوية عالية الخطورة والإلكتروليات المركزة التي تتناول على الأقل ما يلي:

- أ) قوائم الأدوية عالية الخطورة والإلكتروليات المركزة بناءً على بيانات المستشفى الخاصة والمنظمات المعترف بها على الصعيدين الوطني والدولي (مثل معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP) ومنظمة الصحة العالمية (WHO)).
- ب) وجود استراتيجيات لمنع الاستخدام غير المقصود لهذه الأدوية.
- ج) عملية موحدة للتخزين والإعطاء الآمنين للأدوية عالية الخطورة والإلكتروليات المركزة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه عملية الاستخدام الآمن للأدوية عالية الخطورة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق رعاية المرضى، ويقمّ إجراءات التأكد من التخزين الآمن للأدوية عالية الخطورة (مثل وضع الملصقات التعريفية)، والإلكتروليات المركزة (مثل إزالتها عند الحاجة، ووضع ملصق تحذيري للتنكير، وعزلها في مناطق آمنة).
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع الصيادلة/التمريض في مناطق رعاية المرضى المختلفة لتقييم درايتهم بالاستراتيجيات الوقائية للتعامل مع هذه الأدوية والإلكتروليات المركزة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ج) في الغرض.

2. يوجد بالمستشفى قائمة/قوائم معتمدة ويتم تحديثها سنوياً من الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة.
3. ينفذ المستشفى عملية/عمليات لمنع الاستخدام غير المقصود للأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة.
4. يدرّب المستشفى متخصصي الرعاية الصحية المعنيين بالتعامل مع الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة واستعمالها.
5. يتابع المستشفى البيانات المذكورة في التقارير بخصوص التعامل مع الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة ويتخذ الإجراءات للتحكم في العملية وتحسينها حسب الاقتضاء.

GSR.21 (MMS.07) يتم تحديد الأدوية متشابهة الشكل والنطق وتخزينها بطريقة تقلل من خطر أخطاء صرف الأدوية وإعطاء الأدوية والأخطاء الإدارية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأدوية متشابهة الشكل والنطق

الغرض:

تُعدّ الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق (LASA) هي تلك المتشابهة بصرياً في المظهر الخارجي أو العبوة وأسماء الأدوية ذات التشابه الإملائي و/أو الصوتي. قد يؤدي أي لبس بين هذه الأدوية إلى أخطاء ضارة. يحتفظ معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP) بقائمة جارية من أسماء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق لتسليط الضوء على الأدوية التي قد تتطلب احتياطات خاصة.

إحدى الاستراتيجيات التي يوصي بها معهد الممارسات الدوائية الآمنة للحد من أخطاء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق هي تضمين كل من الاسم التجاري والاسم غير التجاري، والأشكال الصيدلانية، والتركيز، والتعليمات، ودواعي الاستعمال للمساعدة في تمييز أسماء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق. إذا كانت للأدوية المتشابهة في الشكل والنطق دواعي استعمال مختلفة، فإن ربط دلالة الاستعمال بدواء ما قد يساعد في تمييزه عن دواء آخر باسم مشابه. تركز التوصيات الأخرى على ضمان وضوح الوصفات الطبية من خلال تحسين الكتابة اليدوية والطباعة.

قد تستخدم بعض المستشفيات الفصل والعزل المادي بين هذه الأدوية في مناطق تخزين الأدوية لتقليل المخاطر. بالإضافة إلى ذلك، تستخدم بعض المستشفيات ملصقات مُصممة خصيصاً أو "الأحرف الكبيرة" (مثل DOPamine مقابل DoBUTamine) للتأكيد على اختلافات أسماء الأدوية.

يضع المستشفى استراتيجية لإدارة المخاطر لتقليل الأحداث الضارة مع الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق، وتعزيز سلامة المرضى. ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لضمان سلامة الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق على أن تتضمن على الأقل ما يلي:

أ) قائمة بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق

ب) متطلبات التخزين

ج) متطلبات وضع الملصقات

د) متطلبات الصرف

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه عملية الاستخدام الآمن للأدوية متشابهة الشكل والنطق.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة القائمة المحدثة للأدوية متشابهة الشكل والنطق.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع الصيادلة والتمريض للاستفسار عن العمليات المستخدمة لتقليل خطر استخدام الأدوية متشابهة الشكل والنطق.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الصيدلة وعربة الأدوية ومخزن الأدوية ومناطق تحضير الدواء للتحقق من وضع ملصقات تعريفية على الأدوية متشابهة الشكل والنطق.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. وجد قائمة بالأدوية متشابهة الشكل والنطق على أن يتم تحديثها سنويًا على الأقل.
3. يقدم المستشفى تدريبات لمتخصصي الرعاية الصحية المعنيين بالتعامل مع الأدوية متشابهة الشكل والنطق واستعمالها.
4. يتم تخزين الأدوية متشابهة الشكل والنطق وعزلها ووضع ملصقات عليها بصورة آمنة ومنظمة في كل المناطق.
5. يتابع المستشفى البيانات في التقارير المعنية بالتعامل مع الأدوية متشابهة الشكل والنطق، ويتخذ الإجراءات للتحكم في العملية أو تحسينها حسب الحاجة.

مكافحة ومنع انتشار العدوى

GSR.22 (IPC.04) تبني وتنفيذ إرشادات مهنية لتطهير ونظافة اليدين في جميع أنحاء المستشفى من أجل منع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تطهير ونظافة اليدين

الغرض:

نظافة اليدين هي حجر الزاوية في الحد من انتقال العدوى في جميع أماكن الرعاية الصحية. إنها تعتبر الاستراتيجية الأكثر فاعلية وكفاءة لمكافحة ومنع انتشار العدوى وتتضمن:

- غسيل اليدين: غسيل اليدين باستخدام المياه والصابون العادي أو المضاد للميكروبات.

- فرك اليدين الصّحي: علاج اليدين باستخدام فرك اليدين بالمطهر لتقليل الميكروبات الانتقالية دون التأثير على ميكروبات الجلد الطبيعية بالضرورة. هذه التركيبات واسعة المجال وسريعة المفعول، كما أن النشاط المستمر ليس ضروريًا.
- تعقيم اليدين الجراحي / تجهيز اليدين الجراحي / تجهيز اليدين قبل العمليات الجراحية: غسيل اليدين للتعقيم أو فرك اليدين للتعقيم الذي يتم قبل العمليات الجراحية بواسطة فريق الجراحة للقضاء على الميكروبات الانتقالية وتقليل ميكروبات الجلد الطبيعية. أحيانًا تمتلك هذه المطهرات نشاطًا مستمرًا ضد الميكروبات.

يعتمد اختيار نوع تعقيم اليدين على نوع الإجراء وتقييم المخاطر. يجب أن تتوفر محطات غسيل اليدين الوظيفي (الأحواض، والمناشف النظيفة المخصصة للاستخدام مرة واحدة، وملصقات تطهير اليدين، وسلات القمامة العامة، والمنظفات المناسبة) بأعداد كافية وفي الأماكن الملائمة وفقًا لقوانين البناء الوطنية. يمكن استخدام أحواض فرك اليدين التي تعتمد على الكحول كبديل لغسيل اليدين في منشآت الرعاية الصحية للغلب على نقص الأحواض إلا إذا كانت اليدين ملوثتين بشكل واضح.

ينبغي أن يطور المستشفى وينفذ سياسة لتطهير اليدين على أن تتضمن التالي على الأقل:

- (أ) تقنيات نظافة اليدين.
- (ب) دواعي تطهير اليدين.
- (ج) معدات الوقاية الشخصية.
- (د) إتاحة مرافق نظافة اليدين.
- (هـ) رعاية الأظافر والمجوهرات.
- (و) التوعية والتدريب على نظافة اليدين.
- (ز) متابعة الامتثال للسياسة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة وإرشادات نظافة اليدين.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين بالمستشفى للاستفسار عن أساليب نظافة اليدين والمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية "اللحظات الخمس لنظافة اليدين".
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات تدريب متخصصي الرعاية الصحية.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مرافق غسيل اليدين في كل منطقة من مناطق رعاية المرضى، ويتحقق من توفر المستلزمات (الصابون والمناديل الورقية والكحول لفرك اليدين وما إلى ذلك) وملصقات نظافة اليدين.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التزام متخصصي الرعاية الصحية بأساليب نظافة اليدين والمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية: "اللحظات الخمس لنظافة اليدين" باستخدام أداة تدقيق منظمة الصحة العالمية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسات وإجراءات معتمدة لنظافة اليدين مرتكزة على الإرشادات المهنية الحالية على أن تتناول العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. متخصصو الرعاية الصحية مدربون على هذه السياسات والإجراءات.
3. يتم تنفيذ نظافة اليدين وفقاً للسياسة.
4. ملصقات التوعية بكيفية تنظيف اليدين موجودة بالأماكن ذات الصلة.
5. يتم توفير المرافق اللازمة لغسيل اليدين بالأعداد والأماكن المطلوبة.
6. تتابع المستشفى البيانات المتعلقة بعملية نظافة اليدين وتتخذ إجراءات للتحكم في العملية وتحسينها حسب الاقتضاء.

سلامة البيئة والمنشأة

GSR.23 (EFS.03) تتناول خطة السلامة من الحريق والدخان الوقاية والاكتشاف المبكر والاستجابة والإخلاء الآمن في حالات الحريق و/أو حالات الطوارئ الداخلية الأخرى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

السلامة من الحريق والدخان

الغرض:

واحدة من الاعتبارات الحرجة للتصميم الآمن للمستشفيات هو الوقاية من الحريق، خاصة فيما يتعلق بسهولة اشتعال مواد البناء والأثاث وانتشار النيران والدخان. يجب أن تكون أنظمة إنذار الحريق ومعدات الإطفاء في متناول اليد لمكافحة الحرائق العرضية أو المتعمدة. يجب أن يكون موظفو المستشفى على دراية باستخدام المعدات، والحفاظ على الهدوء، والتواصل بشكل فعال بناءً على الترتيبات والتدريب السابقين. إذا فشلت جميع محاولات إخماد الحريق بالكامل، يتم إخلاء المستشفى. الهدف الرئيسي من إخلاء المستشفى هو نقل جميع المرضى والزوار والموظفين من المناطق الخطرة أو المتضررة بأمان قدر الإمكان. يجب مراعاة الأولويات والاحترام أثناء إخلاء المستشفى بحيث نبدأ بالحالات المستقلة ثم الحالات غير المستقلة باستخدام أدوات بسيطة ومتاحة مثل المراتب وملاءات السرير والعربات المتحركة والكراسي المتحركة أو أدوات أخرى.

يجب إجراء تقييمات مخاطر سلامة البيئة استباقياً بشكل دوري للمستشفيات، مع اتخاذ تدابير تخفيف المخاطر المطلوبة لمختلف مناطق المستشفى.

خلال سيناريو الإخلاء، لن يكون الانتباه للتفاصيل والعمليات أمراً مثاليًا. يكفي فهم المبادئ الرئيسية لمساعدة الموظفين على اتخاذ قرارات جيدة خلال أي حدث فوضوي.

ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ خطة سلامة من الحريق والدخان وغير الحريق بناءً على تقييم مخاطر سلامة البيئة، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ) تدابير وقائية:

- التخزين والتعامل الآمن مع المواد شديدة الاشتعال.
- تقييم الالتزام بمتطلبات الدفاع المدني أو توصياته.
- عزل الحريق والدخان، والمناطق قيد الإنشاء، والمناطق عالية الخطورة الأخرى، مثل المخازن وخزانات الوقود والمطابخ بما في ذلك الأغذية والمولدات الكهربائية وغرف الغسيل وإمدادات الأكسجين وغرف الغازات الطبية ولوحات التحكم الكهربائية وغرفة السجلات الطبية وغرفة القمامة وما إلى ذلك، مع اتخاذ تدابير لتخفيف المخاطر.
- ب) نظام إنذار الحريق وكشف الدخان، بما في ذلك لوحة التحكم المركزية المتصلة بجميع المناطق في المستشفى وفقاً لوظيفتها، وضمان المراقبة المستمرة على مدار 24 ساعة في اليوم طوال أيام الأسبوع.
- ج) أنظمة إطفاء الحريق، مثل أنظمة المياه وأجهزة إطفاء الحريق الأوتوماتيكية أو اليدوية، وتوزيعها في المستشفى. يجب أن تكون هناك علامات تشرح كيفية تشغيل إنذار الحريق واستخدام طفاية الحريق وخرطوم المياه.
- د) الإخلاء الآمن من خلال مسار انتقال متصل وليس به عوائق من أي جزء مشغول من المبنى إلى منطقة آمنة خارج المبنى (مناطق التجمع). يجب أن يكون هذا المسار واضحاً ومميزاً بعلامات الخروج وخالياً من العوائق.
- هـ) خطة تدريب سنوية لجميع الموظفين، لضمان قدرة الجميع على إظهار مهارة في تطبيق إجراءات RACE (الإنقاذ، والإنذار، والتقييد، والإخلاء) و PASS (اسحب، اضغط، وجه، امسح) وغيرها من الأنشطة التي تضمن سلامة الجميع أثناء حالات الطوارئ الناتجة عن الحريق وغير الحريق، مع توثيق جميع النتائج بانتظام وفقاً لخطة التدريب.
- و) يتم تحديث خطة السلامة من الحريق والدخان سنوياً بناءً على التقييم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة السلامة من الحريق والوثائق المتعلقة بها، مثل تفتيشات السلامة من الحريق وصيانة نظام مكافحة الحريق وتدريب العاملين بالمنشأة (ينبغي تدريب كل العاملين على السلامة من الحريق).
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بملاحظة والتحقق من توفر وفاعلية وسهولة الوصول إلى إنذار الحريق ومكافحة الحريق وأنظمة احتواء الدخان، والالتزام بمتطلبات الدفاع المدني.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة الاختبار (التدريبات).

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى خطة معتمدة ومحدثة للسلامة من الدخان على أن تتضمن كل العناصر من أ) إلى و) المذكورة في الغرض.
2. يقدم المستشفى تدريباً على السلامة من الحريق والإخلاء لكل العاملين مرة سنوياً على الأقل.
3. إنذار الحريق ونظام احتواء الدخان بالمستشفى متوفر وفعال ويسهل الوصول إليه.

4. أنظمة مكافحة الحريق بالمستشفى متوفرة وفعالة ويسهل الوصول إليه.
5. يتم إجراء وتسجيل فحص وصيانة واختبار لأنظمة إنذار الحريق ومكافحة الحريق واحتواء الدخان.
6. مسار الإخلاء به علامات واضحة لاتجاهات الخروج وخالي من العوائق.

GSR.24 (EFS.04) يتم إجراء تدريبات الإخلاء في حالات الحريق في المناطق الإكلينيكية وغير الإكلينيكية المختلفة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تدريبات الإخلاء في حالات الحريق

الغرض:

يتم تصميم تدريبات الإخلاء في حالات الحريق لضمان استعداد الموظفين في حالة نشوب حريق أو حالات طوارئ داخلية أخرى. إنه يوفر للموظفين المعرفة والفهم اللازمين لخطة السلامة من الحريق من خلال إجراء جلسات تدريبية ومحاكاة بشكل مستمر للاستجابة بسرعة وبأمان وبطريقة مناسبة. تجعل التدريبات الدورية الموظفين واثقين من أنفسهم وقادرين على الوفاء بمسؤولياتهم في حالة نشوب حريق. يجب إجراء تدريبات الإخلاء في حالات الحريق في المستشفيات على الأقل كل ثلاثة أشهر، بما في ذلك تدريب واحد غير معن سنوياً، وينبغي على المستشفى تسجيل تفاصيل التدريب، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

(أ) التواريخ والأوقات.

(ب) الموظفون المشاركون في التدريب.

(ج) المناطق المتأثرة.

(د) الورديات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات تدريبات الإخلاء والحريق، بما في ذلك التواريخ والتوقيعات والموظفين المشاركين والمناطق المعنية في المستشفى.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة التصحيح الخاصة بالمستشفى والتي تعتمد على تقييم التدريب.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المعنيين للتحقق من درايتهم بخطة السلامة من الحريق والإجراءات الأساسية في مثل هذه الحالات كإجراءات RACE (الإنقاذ، والإنذار، والتقييد، والإخلاء) و PASS (اسحب، اضغط، وجه، امسح)

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم إجراء تدريبات الإخلاء في حالات الحريق كل 3 شهور على الأقل، بما في ذلك تدريب واحد غير معلن على الأقل.
2. يشارك كل العاملين في تدريبات الإخلاء في حالات الحريق مرة سنوياً على الأقل.
3. يتم تسجيل نتائج تدريبات الإخلاء في حالات الحريق، بما في ذلك العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
4. يتم إجراء تقييم لتدريبات الإخلاء في حالات الحريق بعد إجراء كل تدريب مع خطة تصحيح إذا استدعى الأمر.
5. يضمن طاقم المستشفى إخلاء آمناً للمرضى والعاملين والزوار.

GSR.25 (EFS.06) يضع المستشفى خطة للتعامل والتخزين والاستخدام والنقل الآمن للمواد الخطرة والمخلفات.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التعامل الآمن مع المواد الخطرة والمخلفات

الغرض:

المواد الخطرة هي مواد يمكن أن تهدد البيئة أو الحياة أو الصحة إذا تم إطلاقها أو إساءة استخدامها. تُستخدم هذه المواد الكيميائية في الصناعة والزراعة والطب والبحث والسلع الاستهلاكية. تتواجد المواد الخطرة في شكل متفجرات ومواد قابلة للاشتعال والاحتراق والسموم والمواد المشعة. غالباً ما يتم إطلاق هذه المواد بسبب حوادث النقل أو الحوادث الكيميائية في المستشفيات. نظراً لأن آثار المواد الخطرة يمكن أن تكون واسعة النطاق ومدمرة، فمن الضروري أن تخطط المستشفيات بعناية وتنشئ بيئة عمل آمنة لاستخدام هذه المواد. يشير مصطلح نفايات المستشفى إلى أي نفايات تنتج أثناء تشخيص أو علاج أو تحصين البشر أو في مجال البحث داخل مرفق مستشفى. وفقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO)، يتم تصنيف نفايات المستشفى إلى الفئات التالية:

- معدية
- باثولوجية وتشريحية
- دوائية
- كيميائية
- معادن ثقيلة
- حاويات مضغوطة
- أدوات حادة
- سامة للجينات/الخلايا
- مشعة

يمكن أن تكون هذه العناصر/الفئات مسببة للمرض وتؤثر سلباً على بيئة المستشفى.

تشمل العناصر غير الخطرة الأخرى التي يتم إخراجها في المستشفيات نتيجة لتقديم الخدمات الصحية علب الأدوية وتغليف المواد الطبية والأغذية وبقايا الطعام والنفايات المكتبية.

لضمان سلامة الموظفين والمرضى والأقارب والموردين والبيئة، من الضروري أن يحدد المستشفى المواد والنفايات الخطرة ويقوم بالتعامل معها في جميع أنحاء المبنى. يتضمن ذلك استخدام تقنيات التعامل مع النفايات الناتجة عن المستشفيات والتخلص منها بشكل صحيح لمنع انتشار الأمراض.

ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ خطة للتعامل مع المواد والنفايات الخطرة، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- أ) وجود قائمة محدثة ومستمرة بالمواد الخطرة المستخدمة في المستشفى؛ يجب أن تتضمن القائمة اسم المادة ونوع الخطر والموقع والاستخدام ومعدل الاستهلاك والمسؤولية.
- ب) يجب توفير صحيفة بيانات سلامة المواد (SDS) وتشمل معلومات مثل البيانات الفيزيائية ونوع المادة الخطرة (قابلة للاشتعال، سامة للخلايا، مسببة للتآكل، مسببة للسرطان، إلخ)، والتخزين الآمن، والتعامل، وإدارة الانسكابات والتعرض، والإسعافات الأولية، والتخلص.
- ج) وضع علامات مناسبة على المواد الخطرة.
- د) إجراءات للاستخدام الآمن والتعامل والتخزين للمواد الخطرة.
- هـ) العزل ووضع ملصقات التوضيح والتعامل والتخزين والنقل والتخلص من جميع فئات النفايات الخطرة بشكل ملائم.
- و) توفر معدات الحماية الشخصية وأطقم الاستجابة للانسكابات المطلوبة.
- ز) التحقيق وتوثيق الحوادث المختلفة، مثل الانسكابات والتعرض.
- ح) الامتثال للقوانين واللوائح المحلية.
- ط) توفر التراخيص أو التصاريح المطلوبة.
- ي) تدريب وتوجيه الموظفين.
- ك) يتم تحديث الخطة سنوياً بناءً على التقييم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة التعامل مع المواد الخطرة والمخلفات بالمستشفى للتأكد من أنها تغطي كل متطلبات السلامة الخاصة بالمواد الخطرة، والتخزين والتعامل الآمن، والانسكابات، ومعدات الحماية الشخصية، والتخلص من النفايات وفقاً للقوانين واللوائح المحلية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة المواد الخطرة ومخازن النفايات وصحيفة بيانات السلامة (SDS).
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ويتحقق من وضع ملصقات تعريف على المواد الخطرة وتخزينها بالإضافة إلى جمع وعزل وتخزين النفايات ثم التخلص منها.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى خطة معتمدة ومحدثة للتعامل مع المواد الخطرة والنفايات تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ك).
2. يتأكد المستشفى من توفر صحيفة بيانات السلامة (SDS) بالمستشفى.
3. العاملون مدربون على خطط التعامل مع المواد الخطرة والمخلفات.
4. يتأكد المستشفى من الاستخدام والتعامل والتخزين الآمن ووضع الملصقات التعريفية على المواد الخطرة.
5. يتأكد المستشفى من التعامل مع المخلفات وتخزينها ووضع ملصقات تعريفية عليها وفقاً للقوانين واللوائح.
6. يوجد بالمستشفى وثيقة معتمدة للتعامل مع الانسكابات والتحري وتسجيل مختلف الأحداث المتعلقة بالمواد الخطرة.

GSR.26 (EFS.07) وضع خطة لبيئة عمل آمنة تتناول المناطق والإجراءات عالية الخطوة، ومتطلبات وأدوات ومسؤوليات الحد من المخاطر.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة إدارة السلامة

الغرض:

تلتزم خدمات الرعاية الصحية بتوفير بيئة آمنة للمرضى والموظفين والزوار. تُحافظ ترتيبات السلامة في المستشفى على سلامة المرضى والموظفين والزوار من المخاطر غير المناسبة مثل الكهرباء والسلوك غير المناسب مثل العنف والعدوان. ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ خطة سلامة تغطي المبنى والممتلكات والمعدات الطبية والأنظمة لضمان بيئة مادية آمنة للمرضى والأسر والموظفين والزوار والموردين. يجب أن تتضمن خطة السلامة على الأقل ما يلي:

أ) تقييم المخاطر الاستباقي.

ب) تدابير السلامة بناءً على تقييم المخاطر، مثل التعرض للعوامل المعدية والمخاطر الكهربائية والإشعاعية والاهتزاز والضوضاء.

ج) تحديد المخاطر المحتملة بسبب عطل النظام و/أو سلوك الموظفين (على سبيل المثال، الأرضية الرطبة؛ وتسرب المياه من السقف

بجوار صناديق الكهرباء؛ والتعامل غير السليم مع الأدوات الحادة؛ وعدم الالتزام بمعدات الحماية الشخصية في حالة العمل على

ارتفاعات، والقطع، واللحام، والتعامل مع الجهد العالي؛ والتخزين غير الآمن).

د) إجراءات لمكافحة الآفات والقوارض.

هـ) الفحص الدوري مع توثيق النتائج، واتخاذ الإجراءات التصحيحية، والمتابعة المناسبة.

و) المسؤوليات وفقاً للقوانين واللوائح.

ز) تدريب السلامة بناءً على تحليل مخاطر الوظيفة.

(ح) يتم تحديث الخطة سنويًا بناءً على التقييم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة السلامة بالمستشفى للتأكد من احتوائها على تقييم مناسب للمخاطر.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة جولات المتابعة، وقائمة التحقق، والملاحظات المختلفة، والإجراءات التصحيحية الملائمة عند الاقتضاء.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تطبيق إجراءات السلامة في كل المناطق وجود ملصقات لتعليمات السلامة في كل المناطق عالية الخطورة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ويتحقق من توفر معدات الحماية الشخصية والتزام العاملين بها في مختلف المناطق مثل ورش العمل ومناطق جمع النفايات.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى خطة معتمدة ومحدثة للتأكد من أمان بيئة العمل، بما في ذلك العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ح).
2. يتم نشر ملصقات لتعليمات السلامة في كل المناطق عالية الخطورة.
3. العاملون على دراية بإجراءات السلامة وفقاً لمخاطر الوظيفة.
4. تتوفر معدات الحماية الشخصية وتستخدم عند الحاجة إليها.
5. إجراءات السلامة مطبقة في كل المناطق.

GSR.27 (EFS.10) تضمن خطة المعدات الطبية الاختيار والفحص والصيانة والاستخدام الآمن للمعدات الطبية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة المعدات الطبية

الغرض:

إن إدارة الأجهزة الطبية أمر بالغ الأهمية للتشخيص الدقيق والعلاج الفعال للمرضى. في المستشفيات، يشرف فريق هندسة طبية مدرب على جميع المعدات الطبية ويتحمل المسؤولية عن العامل مع المخاطر المتعلقة بهذه المعدات. يمكن أن يكون التعامل مع هذا العدد الكبير من الأجهزة تحديًا، خاصة عندما تكون المخاطر عالية. إن إهمال المتابعة والتعامل السليم لا يؤدي فقط إلى عدم الكفاءة ولكنه يشكل

خطرًا جسيمًا على نتائج المرضى. على سبيل المثال، يؤدي إهمال الصيانة إلى زيادة احتمالية تعطل المعدات، كما أن الصيانة غير الكافية قد يكون لها آثار ضارة على الأطباء والمرضى. وهذا يؤكد أهمية تنفيذ إرشادات السلامة والخدمة الخاصة بالأجهزة الطبية. ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ خطة للتعامل مع المعدات الطبية تتضمن على الأقل على ما يلي:

(أ) اختيار وفحص واختبار الأجهزة الطبية:

- i. وضع معايير لاختيار المعدات الطبية الجديدة.
- ii. فحص واختبار الأجهزة الطبية الجديدة عند الشراء وعلى فترات زمنية محددة مسبقًا.
- iii. تدريب الموظفين على الاستخدام الآمن للمعدات الطبية عند توظيفهم وعند تركيب الأجهزة الجديدة وبشكل منتظم على فترات محددة مسبقًا بواسطة شخص مؤهل.
- iv. جرد المعدات الطبية، بما في ذلك توفرها وعملها.
- v. تحديد المعدات الطبية الحرجة التي يجب أن تكون متوفرة للمشغل حتى من خلال توفير النسخ الاحتياطية مثل معدات إنقاذ الحياة، وجهاز التنفس الصناعي، وجهاز الصدمات الكهربائية للقلب.

(ب) الصيانة والاستخدام الآمن للأجهزة الطبية:

- i. الصيانة الوقائية الدورية وفقًا لتوصيات الشركة المصنعة، والتي توصي عادة باستخدام أنظمة الوسم لتحديد التواريخ والمواعيد المقررة للصيانة الوقائية الدورية أو وضع ملصقات تعريفية على الأجهزة المعطلة.
- ii. معايرة المعدات الطبية وفقًا لتوصيات الشركة المصنعة و/أو استخدامه.
- iii. الأعطال وإصلاح المعدات الطبية.
- iv. التعامل مع الأحداث الضارة المتعلقة بالمعدات، بما في ذلك الإجراءات المتخذة، النظام الاحتياطي، والإبلاغ.
- v. تحديث المعدات الطبية أو سحبها من الخدمة أو استبدالها بطريقة مخططة ومنهجية.

(ج) يتم تحديث الخطة سنويًا بناءً على التقييم

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة التعامل مع المعدات الطبية في المستشفى والوثائق المتعلقة بها، على سبيل المثال (جرد المعدات الطبية، وجدول الصيانة الوقائية، وجدول المعايرة، وسجلات تدريب العاملين).
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أداء المعدات الطبية لوظائفها.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى خطة معتمدة ومحدثة للتعامل مع المعدات الطبية على أن تتناول العناصر من أ) إلى ج) المذكورة في الغرض.
2. يوجد بالمستشفى شخص مؤهل للإشراف على التعامل مع الأجهزة الطبية.
3. يتأكد المستشفى من تدريب وكفاءة العاملين الذين يتعاملون مع المعدات المتخصصة.

4. يتم الاحتفاظ بسجلات جرد المعدات الطبية، وتدريب المستخدمين، وبطاقات تعريف المعدات، ووسائل التواصل مع الشركة في حالات الطوارئ، والاختبار عند التركيب.
5. يتم الاحتفاظ بسجلات المعدات الطبية، والصيانة الوقائية الدورية، والمعايرة، وسجل الأعطال.
6. يتم الإبلاغ عن الأحداث الضارة المتعلقة بالمعدات واتخاذ الإجراءات وفقاً لذلك.

GSR.28 (EFS.11) تتناول خطة المرافق الأساسية الفحص والصيانة والاختبار والإصلاح بشكل منتظم.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

إدارة المرافق

الغرض:

نظرًا لأن أنظمة المرافق في المستشفى تشكل البنية التحتية التشغيلية التي تتيح تقديم رعاية آمنة للمرضى، فمن الضروري للمستشفيات التخطيط وتنفيذ أنشطة الاستجابة والإصلاح الفعالة في حالة حدوث عطل في أنظمة المرافق الخاصة بها. تتضمن بعض المرافق الأساسية الأنظمة الميكانيكية (مثل التدفئة والتهوية والتكييف)؛ والأنظمة الكهربائية (مثل الطاقة العادية والطاقة الاحتياطية)؛ والمياه الساخنة والباردة المنزلية بالإضافة إلى أنظمة السباكة الأخرى؛ والنفايات؛ والأنظمة التكنولوجية، بما في ذلك أنظمة الاتصالات ونقل البيانات المتعددة؛ ومرافق النقل العمودي؛ وأنظمة الوقود؛ أنظمة التحكم في الدخول والتنبية والترصد؛ والغازات الطبية وأنظمة الهوية وشفط الهواء؛ وأنظمة الأنابيب الهوائية.

ينبغي أن يكون لدى المستشفى خطة لإدارة المرافق لضمان كفاءة وفعالية جميع المرافق. ينبغي أن تتضمن الخطة على الأقل ما يلي:

أ) جرد بجميع أنظمة المرافق الأساسية، مثل الكهرباء، وإمدادات المياه، والغازات الطبية، والتدفئة، والتهوية، وتكييف الهواء، وأنظمة الاتصال، والصرف الصحي، ومصادر الوقود، وأجهزة الإنذار الحريق، والمصاعد.

ب) مخطط لأنظمة المرافق.

ج) تدريب العاملين على خطة المرافق.

د) الفحص والاختبار الدوري والصيانة التصحيحية المنتظمة للمرافق.

هـ) اختبار أجهزة الإنذار بشكل منتظم (الثلاجات، وأجهزة إنذار نداء الممرضات، والغازات الطبية، وغيرها).

و) اختبار المولد الكهربائي بالأحمال وبدونها بشكل منتظم.

ز) توفير الوقود اللازم لتشغيل المولد في حالات الطوارئ.

ح) تنظيف وتطهير خزانات المياه واختبار جودة المياه عن طريق أخذ عينات منتظمة للفحص الكيميائي والبكتريولوجي مع توثيق النتائج كل ثلاثة أشهر على الأقل أو في كثير من الأحيان إذا طلبت ذلك القوانين واللوائح المحلية أو شروط مصدر المياه.

ط) خطة الصيانة الوقائية وفقاً لتوصيات الشركة المصنعة.

ي) تحديد أنظمة المرافق الحرجة وضمان توفر النسخ الاحتياطية.

- ك) يقوم المستشفى بجمع وتحليل البيانات الدورية والدقيقة (على سبيل المثال، تكرار الأعطال، والصيانة الوقائية، والالتزام بوسائل المتابعة المناسبة، وتحديث وتحسين الأنظمة المختلفة).
- ل) يتم تحديث الخطة سنوياً بناءً على التقييم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة إدارة المرافق في المستشفى للتأكد من تغطية كل الإجراءات المطلوبة مثل الفحص والصيانة والمرافق الاحتياطية دورياً في كل أنظمة إدارة المرافق الضرورية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات الفحص، وجدول الصيانة الوقائية، والعقود بالإضافة إلى نتائج اختبار المولدات والحاويات و/أو أنظمة المرافق الضرورية الأخرى للتأكد من تغطية المنشأة على مدار 7/24.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى خطة معتمدة ومحدثة لإدارة المرافق على أن تتضمن العناصر من أ) إلى ل) في الغرض.
2. يوجد بالمستشفى عاملون مدربون على الإشراف على التعامل مع المرافق.
3. يتم تطبيق خطة إدارة المرافق في المستشفى.
4. يتم الاحتفاظ بسجلات جرد نظام المرافق، والاختبارات، والصيانة الوقائية الدورية، وسجل الأعطال.
5. يتم تحديد أنظمة المرافق الحرجة والتأكد من توافر مرافق الاحتياطية لها.

إدارة وتكنولوجيا المعلومات

GSR.29 (IMT.04) يحدد المستشفى رموز واختصارات موحدة.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

الاختصارات

الغرض:

عادة ما تستخدم الأكواد والرموز والاختصارات لكتابة كلمات كثيرة في مساحة صغيرة. قد يتسبب هذا الأمر في سوء التواصل بين متخصصي الرعاية الصحية واحتمالية حدوث أخطاء في رعاية المرضى.

يضع 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) تسترشد قائمة الرموز/الاختصارات التي يحظر استخدامها بمراجع موثوقة مثل قائمة معهد ممارسات الدواء الآمن (ISMP).

ج) الاختصارات المكتوبة بلغة غير اللغة الإنجليزية والكتابة اليدوية غير المقروء

(د) الحالات التي يجب فيها عدم استخدام الرموز والاختصارات (حتى القائمة المعتمدة)، مثل الموافقة المبينة على المعرفة وأي سجل يتلقاه المرضى وأسره من المستشفى بشأن رعاية المريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للتحقق من الرموز/الاختصارات المستخدمة في الأوامر الدوائية والسجلات الطبية للمرضى المحجوزين في المستشفى.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع الطاقم الطبي للتحقق من درايتهم بمتطلبات الرموز/الاختصارات.

أدلة التوافق مع المعيار:

- (1) يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) حتى نقطة (د).
- (2) جميع العاملين الذين يكتبون في يقومون بالتسجيل في السجل الطبي للمريض على دراية بمتطلبات السياسة.
- (3) الرموز والاختصارات، بما في ذلك القائمة المعتمدة، تستخدم وفقاً للسياسة.
- (4) تتم متابعة أي انتهاك لقائمة الرموز/الاختصارات التي يمنع استخدامها واتخاذ إجراءات تصحيحية.

القسم 3: متطلبات الجودة الأساسية

الهدف من الفصل:

تعتمد متطلبات الجودة الأساسية، وهي أساس الرعاية الصحية المتميزة، على الالتزام بالتحسين المستمر والنهج الذي يركز على المريض. يتطلب التفاعل المُعقّد بين المرضى والموظفين والعمليات والتكنولوجيا في مجال الرعاية الصحية نظامًا قويًا لضمان رعاية آمنة وفعالة وعادلة. في حين أن المتخصصين المهرة والبروتوكولات المُثبتة أمر بالغ الأهمية، فإن المخاطر الكامنة داخل نظام الرعاية الصحية تتطلب نهجًا استباقيًا ومنهجيًا لتحسين الجودة. تطور التركيز على الجودة الأساسية بشكل كبير، مع التركيز على أهمية مشاركة المريض، واتخاذ القرارات القائمة على البيانات، وثقافة التعلم المستمر. تلعب هيئات الاعتماد دورًا محوريًا في تعزيز هذه المبادئ من خلال وضع توقعات واضحة وإجراء تقييمات مُنتظمة. يُعتبر وضع متطلبات جودة أساسية قوية أمرًا بالغ الأهمية لدفع تحسين الجودة في جميع أماكن الرعاية الصحية.

لوضع متطلبات جودة أساسية فعالة، من الضروري فهم شامل للمجالات الحيوية التي تؤثر على الجودة. وتشمل هذه حقوق المرضى، والوصول إلى الرعاية، وسلامة الأدوية، ومكافحة العدوى، وإدارة الموارد البشرية، وإدارة المعلومات، من بين أمور أخرى. يجب أن تستند هذه المتطلبات إلى ممارسات قائمة على الأدلة وتتوافق مع معايير الجودة الوطنية والدولية. كجزء من عملية الاعتماد في الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، يجب على المستشفيات إظهار التزامها بمتطلبات الجودة الأساسية. يتطلب ذلك الامتثال لكل من متطلبات الجودة الأساسية (EQRs) الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

الغرض من الفصل:

1. تقديم نظرة عامة شاملة لمتطلبات الجودة الأساسية للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.
2. تحديد المكونات الأساسية لنظام إدارة الجودة الفعال.
3. دعم الجهود التنظيمية لخلق ثقافة التحسين المستمر للجودة.
4. تحسين نتائج المرضى عن طريق تقليل المخاطر وزيادة قيمة خدمات الرعاية الصحية.

متطلبات الجودة الأساسية

الكود	الكلمة الرئيسية	الكود القياسي
ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض		
EQR.01	حقوق المريض والأسرة	PCC.02
EQR.02	عملية تثقيف المريض والأسرة	PCC.07
EQR.03	الموافقة المبينة على المعرفة	PCC.08
EQR.04	الشكاوى والاقتراحات	PCC.16
الوصول إلى الرعاية واستمراريتها وقواعد انتقالها		
EQR.05	الوصول إلى الخدمة (قبل تسجيل المريض)	ACT.01
EQR.06	إتاحة وحدات الرعاية الحرجة والتخصصية	ACT.13
تقديم الرعاية المتكاملة		
EQR.07	خدمات الطوارئ	ICD.03
EQR.08	خطة الرعاية	ICD.15
EQR.09	نقل الدم ومشتقاته	ICD.21
خدمات الرعاية الحرجة والتخصصية		
EQR.10	الرعاية الحرجة	CSS.01
EQR.11	التقييد والعزل	CSS.12
الخدمات التشخيصية والمساعدة		
EQR.12	ضمان جودة التصوير الطبي والتحكم فيها	DAS.05
EQR.13	تقييم الجودة الداخلي بالمعمل	DAS.18
EQR.14	تجميع الدم	DAS.27
الجراحة والتخدير والتهدئة		
EQR.15	تقرير العملية الجراحية	SAS.08
EQR.16	التقييم الفسيولوجي بواسطة طبيب التخدير	SAS.17
إدارة وسلامة الدواء		
EQR.17	شراء الأدوية، قائمة الأدوية	MMS.03
EQR.18	أدوية الطوارئ	MMS.05
مكافحة ومنع انتشار العدوى		
EQR.19	اجتماعات لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى	IPC.03

IPC.08	ممارسات الحقن الآمن	EQR.20
IPC.11	حزم الرعاية القائمة على الأدلة	EQR.21
IPC.12	احتياطات العدوى القائمة على طرق الانتقال	EQR.22
IPC.14	التعقيم / التطهير	EQR.23
IPC.20	خدمات الطعام	EQR.24
الإدارة والحوكمة المؤسسية		
OGM.01	هيكل ومسؤوليات الهيئة الحاكمة	EQR.25
OGM.02	رسالة المستشفى	EQR.26
OGM.05	لجان المستشفى	EQR.27
OGM.12	حسابات المرضى ونظام إعداد الفواتير	EQR.28
OGM.17	برنامج صحة العاملين	EQR.29
إدارة الموارد البشرية		
WFM.02	خطة التوظيف	EQR.30
WFM.06	ملفات العاملين	EQR.31
WFM.07	البرنامج التعريفي	EQR.32
WFM.09	تقييم أداء العاملين	EQR.33
إدارة وتكنولوجيا المعلومات		
IMT.06	سلامة البيانات والمعلومات	EQR.34
IMT.08	إدارة السجل الطبي للمريض	EQR.35
IMT.11	أوقات تعطل نظم البيانات	EQR.36
تحسين الجودة والأداء		
QPI.01	لجنة (لجان) الجودة	EQR.37
QPI.10	نظام الإبلاغ عن الأحداث	EQR.38
QPI.11	الأحداث الجسيمة	EQR.39
المستشفيات الجامعية والتعليمية		
ATH.04	حقوق المرضى خلال التعليم بجانب السرير	EQR.40
ATH.09	حقوق المرضى الخاضعين للأبحاث	EQR.41

01 EQR (PCC.02) حماية حقوق المريض والأسرة، وتعريف المرضى والأسر بهذه الحقوق.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

حقوق المريض وذويه

الغرض:

من الضروري أن يفهم المرضى ويمارسوا حقوقهم بفاعلية. عندما يفقر المرضى لهذا الفهم، يلتزم المستشفى بمساعدتهم في الحصول على المعرفة الضرورية. علاوة على ذلك، يتأكد المستشفى من التوجيه الصحيح للعاملين في مسؤولياتهم بخصوص حماية حقوق المرضى وأسره.

ينبغي تعريف حقوق المريض وذويه وفقاً للقوانين واللوائح، بالإضافة إلى آداب المهن الصادرة عن نقابات المهن الصحية. ينبغي أن يضع المستشفى ويطبق سياسة وإجراءات للتأكد من معرفة العاملين وتعاملهم بشكل ملائم مع مسائل حقوق المرضى وأسره خلال تفاعلهم مع المرضى داخل المستشفى. ينبغي أن تتناول السياسة الآتي على الأقل:

- أ) حق المريض والأسرة في الحصول على الرعاية التي تقدمها المستشفى.
- ب) حق المريض والأسرة في معرفة اسم عضو الطاقم الطبي المعالج و/أو المشرف و/أو المسؤول.
- ج) حق المريض والأسرة في الرعاية التي تحترم قيم ومعتقدات المريض الشخصية.
- د) حق المريض والأسرة في معرفة القرارات المتعلقة برعايتهم والمشاركة في اتخاذها.
- هـ) حق المريض والأسرة في رفض الرعاية ووقف العلاج.
- و) حق المريض والأسرة في الأمن والخصوصية والسرية والكرامة.
- ز) حق المريض والأسرة في تقييم وعلاج آلامه.
- ح) حق المريض والأسرة في تقديم شكوى أو اقتراح دون الخوف من الانتقام بشأن الرعاية والخدمات.
- ط) حق المريض والأسرة في معرفة سعر الخدمات والإجراءات.
- ي) حق المريض والأسرة 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 توجه حقوق المريض وذويه.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتأكد من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من إعلان حقوق المرضى بشكل مرئي في المستشفى.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية كيفية تلقي المرضى للمعلومات بشأن حقوقهم.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الحالات التي تتم فيها حماية حقوق المرضى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية تعريف حقوق المرضى وذويهم، بما في ذلك العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى (ي).
2. كل العاملين على دراية لحقوق المرضى وأسرهم.
3. حقوق المرضى منشورة ومرئية للمرضى وأسرهم والعاملين.
4. حقوق المرضى وذويهم محمية في كل المناطق وكل الأوقات.
5. يتعرف المرضى على حقوقهم بطريقة يمكنهم فهمها.

EQR.02 (PCC.07) يتم تقديم التثقيف للمرضى وذويهم.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

عملية تثقيف المريض وذويه

الغرض:

يساعد تعريف المريض والأسرة بالمعلومات على فهم عملية الرعاية وعلى تمكين المرضى والأسر من اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة. تشارك التخصصات المتعددة في عملية تعريف المرضى والأسر بالمعلومات أثناء عمليات الرعاية. يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات لتحديد عملية تعريف المريض والأسرة بالمعلومات. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ) تحديد احتياجات المريض والأسرة، والتي قد تختلف من مريض إلى آخر. على الرغم من ذلك، ينبغي تناول الاحتياجات التالية على الأقل لكل المرضى:

i. التشخيص وحالة المريض

ii. خطة الرعاية، ونتائج الرعاية المتوقعة، وبدائل خطة الرعاية.

iii. تعليمات الخروج من المستشفى.

ب) مسؤولية متعددة التخصصات في تعريف المرضى والأسر بالمعلومات.

ج) يتم تعريف المرضى بالمعلومات وفقاً لقيم المريض والأسرة ومستوى تعليمهم، وتقدم بالشكل واللغة التي يفهمونها.

د) توثيق أنشطة تثقيف المرضى، بما في ذلك المعلومات والتثقيف المقدم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي توجه عملية تثقيف المريض والأسرة.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتأكد من درايتهم بعملية تثقيف المرضى وذويهم وتوثيقها.

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من استكمال سجلات تثقيف المريض والأسرة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية تعريف المريض والأسرة بالمعلومات والتي تتضمن على الأقل النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
2. جميع العاملين على دراية بعملية تعريف المريض والأسرة بالمعلومات وتوثيقها.
3. يتم تعريف المرضى بالمعلومات الملائمة لحالتهم.
4. توثيق أنشطة تعريف المرضى بالمعلومات في سجل المريض الطبي.

EQR.03 (PCC.08) توجد بالمستشفى سياسة محددة للحصول على موافقة مبنية على المعرفة لإجراءات طبية معينة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الموافقة المبنية على المعرفة

الغرض:

إحدى الركائز الأساسية لضمان مشاركة المرضى في قرارات الرعاية الخاصة بهم هو الحصول على الموافقة المبنية على المعرفة. الموافقة المبنية على المعرفة هي عملية الحصول على إذن قبل إجراء تدخل متعلق بالرعاية الصحية للفرد، أو قبل الإفصاح عن معلومات شخصية. للحصول على موافقة المريض، يجب إبلاغه بالعديد من العوامل المتعلقة بالرعاية المخطط لها. هذه العوامل مطلوبة لاتخاذ قرار مبني على المعرفة. يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات لوصف كيف وأين يتم استخدام الموافقة المبنية على المعرفة وتوثيقها وفقاً للقوانين واللوائح. وتتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) قائمة الإجراءات الطبية التي تتطلب موافقة مبنية على المعرفة، وهذه القائمة تشمل:

- i. الجراحة والإجراءات التداخلية.
- ii. التخدير أو التهدئة المعتدلة أو العميقة.
- iii. استخدام الدم والتبرع بالدم.
- iv. إجراءات أو علاجات عالية الخطورة (ومن هنا على سبيل المثال لا الحصر: العلاج بالصدمات الكهربائية، والعلاج الإشعاعي، والعلاج الكيماوي).
- v. البحوث.
- vi. أنشطة التصوير الفوتوغرافي والترويجي حيث يمكن أن تكون الموافقة لوقت أو غرض محدد.

- (ب) احتمالية النجاح وخطر عدم القيام بالإجراء أو التدخل وفوائد وبدائل أداء تلك العملية الطبية المعنية.
- (ج) المواقف المحددة التي يمكن فيها أن الحصول على موافقة شخص آخر غير المريض، وآليات الحصول عليها وتسجيلها وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها والسياسات المعتمدة بالمستشفى.
- (د) توفر نماذج إقرار الموافقة في جميع الأماكن ذات الصلة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه عملية الحصول على موافقة مبنية على المعرفة من المريض.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة العمليات الطبية التي تتطلب موافقة مبنية على المعرفة.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من استكمال إقرار الموافقة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية توزيع وتوفر إقرارات الموافقة المبنية على المعرفة من خلال زيارة الأماكن التي تتطلب وجودها مثل غرفة العمليات وعيادة الأسنان ووحدة المناظير وغيرها.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة توجه عملية الموافقة المبنية على المعرفة وتحتوي على جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
2. يتم الحصول على الموافقة المبنية على المعرفة بطريقة ولغة يفهما المريض ولا تحتوي على اختصارات.
3. يقوم الطبيب المسؤول عن الحصول على الموافقة المبنية على المعرفة بالتوقيع على الموافقة بجانب المريض.
4. الموافقة المبنية على المعرفة التي يقوم بها شخص آخر غير المريض تمتثل للقوانين واللوائح المعمول بها.

EQR.04 (PCC.16) يستطيع المرضى والأسر تقديم شكاوى ومقترحات شفوية أو كتابية من خلال عملية محددة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الشكاوى والاقتراحات

الغرض:

في حين أن المستشفيات قادرة على قياس واستخدام التغذية الراجعة من المرضى بشكل استباقي، فقد يرغب المرضى والأسر 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 بناء عليها. يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات لإنشاء نظام موحد للتعامل مع مختلف شكاوى ومقترحات المرضى و/أو أسرهم من أجل تسهيل المتابعة والتعلم من الممارسات. تتناول سياسة المستشفى على الأقل ما يلي:
- أ) آليات إبلاغ المرضى والأسر بقنوات الاتصال لتقديم شكاوهم ومقترحاتهم.
 - ب) تتبع العمليات المتعلقة بشكاوى ومقترحات المرضى.
 - ج) المسؤولية عن الاستجابة لشكاوى ومقترحات المرضى.
 - د) الإطار الزمني لتقديم تغذية راجعة إلى المرضى والأسر حول الشكاوى أو المقترحات المقدمة.
 - هـ) متابعة البيانات المبلغ عنها حول شكاوى المرضى واتخاذ إجراءات حول التحكم في العملية وتحسينها.

دليل عملية المراجعة:

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

أدلة التوافق مع المعيار:

- 1) يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية التعامل مع شكاوى ومقترحات المرضى كما هو مذكور في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (هـ).
- 2) العاملون على دراية بسياسة الشكاوى والمقترحات.
- 3) يسمح المستشفى بإتاحة عملية تقديم الشكاوى للجمهور.
- 4) يقوم المستشفى ببحث وتحليل الشكاوى والمقترحات، وحلها خلال الإطار الزمني المحدد.
- 5) يتلقى المرضى وأسرهم تغذية راجعة بخصوص شكاوهم ومقترحاتهم خلال الإطار الزمني المحدد.

ACT.01 EQR.05 يتيح المستشفى للمرضى الوصول إلى الخدمات وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

إتاحة الوصول (قبل تسجيل المريض)

الغرض:

الوصول إلى الرعاية الصحية يعني استخدام خدمات الصحة الشخصية في الوقت المناسب لتحقيق أفضل النتائج الصحية. ينبغي على المستشفى وضع عملية ممنهجة وشفافة لمنح المرضى إمكانية الوصول إلى الخدمات المقدمة، وتعزيز الكفاءة والاتساق في عملية دخول المستشفى للحجز، وفي النهاية تحسين جودة الرعاية المقدمة في المنشأة.

يجب أخذ توافر الخدمات والعوائق التي تحول دون الوصول إليها في الاعتبار في سياق وجهات النظر المختلفة والاحتياجات الصحية والأوضاع المادية والثقافية لمختلف المجموعات في المجتمع، مثل عدم إعاقة النساء من خلال توفير متخصصات رعاية صحية إناث وقتما وحيثما يكون ذلك مناسباً.

سيُسهل تطبيق معايير الاستحقاق المحددة مسبقاً تحديد أولويات الأفراد الذين تتوافق احتياجاتهم مع خدمات المنشأة. يجب أن تكون هذه المعايير المحددة مسبقاً متاحة للمسؤولين عن منح المرضى إمكانية الوصول. سيُجري المستشفى فحصاً قبل الدخول لتحديد ما إذا كان الفرد مؤهلاً للدخول وما إذا كان المستشفى يستطيع تلبية احتياجاته من الرعاية.

قد يتضمن هذا الفحص مراجعة السجلات الطبية وإجراء تقييم لمرضى الأقسام الداخلية وإجراء مقابلات مع الفرد وعائلته. قد يختلف المرضى الذين لديهم نفس الاحتياجات من حيث العمر والقدرات واللغة والسياق الثقافي، أو قد يُظهرون عوائق أخرى تجعل عملية الوصول إلى الرعاية وتلقيها صعبة.

ينبغي أيضاً مراعاة البنية التحتية الميسرة للمرضى ذوي الاحتياجات الخاصة. قد يشمل ذلك مواقف سيارات مُخصصة للمعاقين، ومداخل مُجهزة للكراسي المتحركة، ودورات مياه للمرضى ذوي الإعاقة، وقضبان للمشي، وما إلى ذلك.

ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية إتاحة الوصول. ينبغي أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) تحديد النطاق الخدمي على مستوى المستشفى.

(ب) كيفية توفير معلومات كاملة عن الرعاية المقدمة والوصول إلى الخدمات التي يُقدمها المستشفى.

(ج) عملية فحص المرضى لتحديد ما إذا كان نطاق خدمات المستشفى يستطيع تلبية احتياجاتهم من الرعاية الصحية.

(د) الوصول إلى مناطق الطوارئ آمن ومناسب لحالات المرضى.

(هـ) الوصول إلى مناطق العيادات الخارجية يتضمن عملية جدولة وتحديد أدوار واضحة للمرضى.

(و) الإجراءات التي يجب اتخاذها إذا كانت احتياجات المريض لا تتطابق مع نطاق خدمة المنشأة.

(ز) إمكانية وصول خدمات المستشفى للمرضى ذوي أنواع الإعاقات المختلفة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى والوثائق المتعلقة التي توجه عملية إتاحة الوصول.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عملية إتاحة الوصول من خلال زيارة نقطة التواصل الأولى في المستشفى، مثل مكاتب الخدمة ومكتب الاستقبال ومراكز الاتصال وغرف الطوارئ والعيادات الخارجية.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع المرضى لتقييم درايتهم بالمعلومات المقدمة بخصوص الخدمات المتاحة وساعات العمل وتكلفة كل خدمة ومسار الوصول إلى الخدمة.

أدلة التظابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة بشأن إتاحة وصول المرضى للخدمات على أن تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. يقدم المستشفى معلومات كاملة حول الخدمات المتاحة، بما في ذلك ساعات العمل وأنواع الخدمات وتكلفة كل خدمة (عندما يكون ذلك ملائماً) وطريقة الحصول على الخدمة.
3. عندما لا تتوافق احتياجات الرعاية الصحية للمريض مع نطاق خدمات المستشفى، يتم تحويل المريض و/أو نقله إلى منشأة رعاية صحية أخرى أو مساعدته في تحديد موقع الخدمة.
4. يتاح للمرضى الذين يعانون من أنواع الإعاقة المختلفة الوصول إلى خدمات المستشفى.

ACT.13) EQR.06 يتيح المستشفى الوصول إلى الرعاية المركزة ووحدات الرعاية التخصصية، والخروج من هذه الوحدات وفقاً لمعايير واضحة.

العدالة

الكلمات الرئيسية:

إتاحة وحدات الرعاية الحرجة والتخصصية

الغرض:

تُشير وحدات الرعاية التخصصية إلى وحدات الأقسام الداخلية المصممة خصيصاً والمزودة بالموظفين والمجهزة للمتابعة المستمرة وعلاج المرضى ذوي الحالات الحرجة أو المعقدة، بما في ذلك جميع أنواع وحدات العناية المركزة، بالإضافة إلى وحدات الرعاية المتوسطة أو وحدات الرعاية شبه الحرجة. تخضع وحدات العناية المركزة ووحدات الرعاية التخصصية لزيادة الطلب ونقص العرض وانخفاض جودة الرعاية وارتفاع التكاليف الإدارية لتوفير الرعاية الصحية. ينبغي على المستشفيات الحفاظ على توافر خدمات الرعاية الحرجة والتخصصية الضرورية والمطلوبة لمعايرة نسبة الطلب إلى الحاجة على أكثر مستوياتها حساسية؛ يمكن الحفاظ على ذلك من خلال:

أ) معايير دخول محددة قائمة على أسس فسيولوجية لوحدات العناية المركزة والوحدات التخصصية و/أو ظروف محددة من قبل متخصصي الرعاية الصحية المناسبين في المستشفى.

ب) معايير خروج محددة قائمة على أسس فسيولوجية لوحدات العناية المركزة والوحدات التخصصية و/أو ظروف محددة من قبل متخصصي الرعاية الصحية المناسبين في المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملف تقديم المستشفى المقدم إلى الهيئة ليكون على دراية بالوحدات الخاصة في المستشفى.

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثيقة تصف العملية المعتمدة لدخول المرضى وخروجهم من وحدات الرعاية المركزة والرعاية الخاصة.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية المعنيين للتحقق من درايتهم بالعملية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية المفتوحة للمرضى خلال زيارة وحدات الرعاية المركزة، ووحدات الغسيل الكلوي، والوحدات الأخرى مع الفريق للتحقق من الفحص الإضافي الخاص الذي يستخدم لاتخاذ قرار الدخول والخروج من الرعاية المركزة ووحدات الرعاية الخاصة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ويتأكد من توزيع الموارد الخاصة مثل الأسرة أو المعدات أو الخبرات بحكمة وفقاً للاحتياجات الخاصة للمرضى خلال زيارة وحدات الرعاية المركزة ووحدات غسيل الكلى والوحدات الأخرى.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى معايير دخول وخروج معتمدة لوحدة الرعاية المركزة والوحدات الخاصة.
2. كل العاملين المعنيين بدخول وخروج المرضى من وحدة الرعاية المركزة والوحدات الخاصة على دراية بالمعايير المعتمدة.
3. يُسمح للعاملين الأكفاء فقط بإدخال أو إخراج المرضى من وحدات الرعاية المركزة أو الوحدات الخاصة.
4. يتم إدخال أو إخراج المرضى من وحدات الرعاية المركزة أو الوحدات الخاصة عند تحقيق المعايير.

(ICD.03) EQR.07 تقديم خدمات الرعاية الطارئة والرعاية العاجلة وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

خدمات الطوارئ

الغرض:

- لضمان الاتساق والتنسيق للخدمات مع المستويات الأعلى من الرعاية، يجب تقديم خدمات الطوارئ المقدمة للمجتمع ضمن قدرات المستشفى كما هو محدد بالقانون واللوائح.
- ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ سياسة وإجراءات لخدمات الطوارئ. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:
- أ) المؤهلات المطلوبة للموظفين لتقديم الرعاية الطارئة على مدار الساعة، بما في ذلك دعم الحياة المتقدم (ALS) للطواقم الطبي.
- ب) يتم تطوير معايير محددة لتحديد أولوية الرعاية وفقاً لعملية الفرز القائمة على الأدلة.
- ج) الحد الأدنى من المتطلبات لأطباء ومرضى الطوارئ وإعادة تقييمهم.

(د) تتبع عملية الرعاية الإرشادات والبروتوكولات الإكلينيكية المعتمدة، بما في ذلك طلب التحقيقات والاستشارات وإبقاء المرضى تحت الملاحظة.

(هـ) يجب أن تتضمن السجلات الطبية لمرضى الطوارئ على الأقل:

- i. تقييم الفرز ومستواه.
- ii. تقييم وإعادة التقييم الأطباء والمرضى.
- iii. الرعاية المقدمة.
- iv. وقت الوصول ووقت المغادرة.
- v. خروج المريض.
- vi. تشخيص المريض أو الاستنتاج عند إنهاء العلاج.
- vii. حالة المريض عند المغادرة.
- viii. تعليمات رعاية المتابعة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه خدمات الطوارئ.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين في الطوارئ للتحقق من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات العاملين في الطوارئ للتحقق من تقييم الكفاءة.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية لمرضى الطوارئ للتأكد من الالتزام بمتطلبات سياسة المستشفى.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية للتأكد من ترتيب أولويات مرضى الطوارئ وفقاً لاستعجال الحالة وذلك وفقاً لمعايير الفرز القائمة على الأدلة الخاصة بالمستشفى لمختلف الفئات.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة لخدمات الطوارئ كما هو موضح في الغرض من أ) إلى هـ).
2. تُقدّم خدمات الطوارئ بواسطة موظفين أكفاء وفقاً لسياسة خدمات الطوارئ.
3. يتم تحديد أولويات المرضى وفقاً لاستعجال الحالة باستخدام معايير الفرز القائمة على الأدلة لمختلف الفئات، مثل البالغين والأطفال، و/أو وفقاً لنطاق الخدمة.
4. يتلقى مرضى الطوارئ التقييم الطبي والتمريضي وفقاً لاحتياجاتهم وحالتهم.
5. تتضمن السجلات الطبية لمرضى الطوارئ العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى (viii).

ICD.15) EQR.08 (يتم وضع خطة رعاية مخصصة لكل مريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

خطة الرعاية

الغرض:

توفر خطة الرعاية توجيهات حول نوع الرعاية الصحية التي قد يحتاجها المريض/الأسرة/المجتمع. يركز الاهتمام على تسهيل الرعاية الموحدة القائمة على الأدلة والشاملة.

يتم تطوير خطة رعاية شاملة لكل مريض، تحدد العلاجات الطبية والأدوية والعلاجات المطلوبة على وجه التحديد. بالإضافة إلى ذلك، تضع الخطة في الاعتبار الدعم النفسي والاجتماعي والاحتياجات الغذائية وخدمات التأهيل لمعالجة جميع جوانب صحة المريض. يُعد التواصل الفعال أمرًا بالغ الأهمية لتنسيق الرعاية. يتبادل أعضاء الفريق بانتظام المعلومات حول تقدم حالة المريض وتحديثات العلاج وأي تغييرات في حالته.

يضمن تسجيل خطة الرعاية قيام أعضاء الطاقم الطبي وطاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية بدمج نتائجهم والعمل معًا مع فهم مشترك لأفضل نهج تجاه حالة المريض. ينبغي لخطة الرعاية أن:

(أ) يتم تطويرها من قبل جميع التخصصات ذات الصلة التي تقدم الرعاية تحت إشراف الطبيب المعالج.

(ب) تستند إلى تقييمات المريض التي أجرتها مختلف التخصصات الصحية ومتخصصو الرعاية الصحية، بما في ذلك نتائج الاختبارات التشخيصية ذات الصلة.

(ج) يتم تطويرها بمشاركة المريض و/أو الأسرة من خلال اتخاذ القرارات المشتركة، مع مناقشة الفوائد والمخاطر التي قد تنطوي على مساعدات اتخاذ القرار.

(د) يتم تطويرها وتحديثها وفقًا للإرشادات، واحتياجات وتفضيلات المريض.

(هـ) تتضمن الاحتياجات المحددة والتدخلات والنتائج المرجوة مع الإطار الزمني.

(و) يتم تحديثها حسب الاقتضاء بناءً على إعادة تقييم المريض.

(ز) تتم متابعة تقدم المريض في تحقيق النتائج المرجوة للرعاية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق خطة الرعاية بما يتوافق مع متطلبات المعيار.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع المرضى والأسر للتأكد من مشاركتهم في اتخاذ قرار تطوير خطة الرعاية.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية للتأكد من الالتزام بمتطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم تطوير خطة الرعاية بواسطة كل التخصصات ذات الصلة وفقاً للتقييمات الخاصة بهم.
2. تتناول خطة الرعاية كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز) ويتم توثيقها في السجل الطبي للمريض.
3. يتم وضع خطة الرعاية بمشاركة المريض و/أو الأسرة في اتخاذ القرار.
4. يتم تغيير/تحديث خطة الرعاية، حسب الاقتضاء، وفقاً لإعادة تقييم المريض.

ICD.21) EQR.09 يتم نقل الدم و/أو مشتقاته وفقاً لإرشادات الممارسة المهنية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نقل الدم ومشتقاته

الغرض:

تؤدي أخطاء نقل الدم ومشتقاته إلى مخاطر كبيرة على المرضى. ترجع حوادث إعطاء الدم الخاطئ بشكل رئيسي إلى الخطأ البشري الذي يؤدي إلى سوء تحديد هوية المريض ويمكن أن يؤدي إلى تفاعل انحلال الدم المهدد للحياة وحالات مرضية شديدة أخرى. يجب الإبلاغ عن جميع التفاعلات الناتجة عن نقل الدم على الفور إلى مدير بنك الدم وقسم الجودة للتحقيق الفوري في سبب التفاعل الضار.

ينبغي على المستشفى تطوير وتنفيذ سياسة وإجراءات لنقل الدم ومشتقاته. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) فحص الكيس بصرياً للتأكد من سلامته.
- ب) نقل الدم في حالات الطوارئ.
- ج) الظروف التي يجب التخلص فيها من الكيس.
- د) معدل نقل الدم.
- هـ) تسجيل عملية نقل الدم.
- و) المتابعة والإبلاغ عن أي حدث ضار.
- ز) الاعتبارات الخاصة لاستخدام مشتقات الدم.
- ح) التعامل مع مضاعفات نقل الدم.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توضح كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ح).
2. متخصصو الرعاية الصحية المعنيون بنقل الدم و/أو مشتقاته على دراية بسياسة المستشفى.
3. يتم فحص أكياس الدم ومشتقاته بصرياً قبل النقل.
4. يتم تسجيل متابعة حالة المريض خلال النقل في السجل الطبي للمريض.
5. يتم تطبيق نظام لمنع مضاعفات النقل والتعامل معها.

EQR.10 (CSS.01) يتم تقديم خدمات الرعاية الحرجة وفقاً للقوانين واللوائح والإرشادات الإكلينيكية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الرعاية الحرجة

الغرض:

تتناول خدمات الرعاية الحرجة حالات الطوارئ التي تهدد الحياة مباشرة، حيث تكون الأعضاء الحيوية معرضة لخطر الانهيار. باستخدام تكنولوجيا العلاج والمتابعة والتشخيص المتقدمة، تهدف هذه الخدمات إلى الحفاظ على وظائف الأعضاء وتثبيت حالة المرضى للمعالجة المستقبلية. توفر فرق الرعاية الصحية المتخصصة هذه الخدمات الأساسية، مما يجعل وحدات الرعاية الحرجة محورية في مستشفيات الرعاية الحادة. تعتبر خدمات الرعاية الحرجة مكلفة ومحدودة. عندما تتعرض هذه الوحدات للضغط الشديد بسبب الزيادة المفاجئة في عدد المرضى، قد تؤدي ذلك إلى إلغاء العمليات الجراحية وزيادة أوقات الانتظار في قسم الطوارئ. قد يحتوي المستشفى على أكثر من وحدة رعاية حرجة، مثل وحدة العناية المركزة، ووحدة العناية القلبية، ووحدة العناية المركزة لحديثي الولادة، أو وحدة العناية المركزة للأطفال، اعتماداً على نطاق عملها والجمهور الذي تخدمه. يشير برنامج الرعاية الإكلينيكية إلى نهج منظم ومُنسق لتقديم خدمات الرعاية الصحية وإدارة رعاية المرضى أو الأفراد الذين يعانون من حالات طبية محددة وفقاً للمبادئ التوجيهية والبروتوكولات الإكلينيكية. يتضمن برنامج الرعاية الإكلينيكية لوحدات العناية المركزة الرعاية المتخصصة وعلاج المرضى الذين يعانون من حالات حرجة تتطلب متابعة وعلاج مكثف، بما في ذلك ما يلي:

- أ) الفريق متعدد التخصصات
- ب) معايير الدخول والخروج
- ج) متطلبات التقييم المبدئي، بما في ذلك الدورة الدموية والتنفس ووصول الأكسجين
- د) المتابعة المستمرة ودعم الحياة
- هـ) تخطيط الرعاية ووضع الأهداف
- و) الإرشادات / البروتوكولات الإكلينيكية التي تتناول العناصر التالية على الأقل:
 - الإنعاش واستقرار الحالة
 - دعم التهوية والتنفس

- الإجراءات التدخلية وتقنيات التدخل
- إعادة التأهيل والحركة المبكرة

(ز) الدعم التغذوي

(ح) الدعم النفسي وإشراك العائلة، حسب الحاجة

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج الرعاية الإكلينيكية الخاص بوحدة الرعاية الحرجة في المستشفى.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية المعنيين للتحقق من درايتهم ببرنامج المستشفى.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق التقييم، وخطة الرعاية، ومتابعة تطور الحالة.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة جداول منوبات وحدات الرعاية الحرجة وملفات الأطباء المعنيين للتأكد من وجود طبيب واحد على الأقل مدرب على دعم القلب المتقدم في كل مناوبة.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من تقييم الكفاءة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى برنامج رعاية إكلينيكية لوحدات الرعاية الحرجة على أن يتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ح).
2. متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في الرعاية الحرجة أكفاء في التعامل مع البرنامج.
3. يوجد طبيب واحد على الأقل مدرب على دعم القلب المتقدم في كل مناوبة.
4. تتم إدارة واستخدام خدمات الرعاية الحرجة وفقاً للإرشادات الإكلينيكية.
5. يتم توثيق التقييم وخطة الرعاية ومتابعة تقدم الحالة في السجل الطبي للمريض.

EQR.11 (CSS.12) استخدام التقييد والعزل وفقاً للمعايير والقوانين واللوائح المحددة وبطريقة تحترم حقوق المريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

التقييد والعزل

الغرض:

القسر، المعرّف بأنه استخدام التدخل ضد إرادة الشخص، هو أمر مهم على الصعيد العالمي. في الطب النفسي، غالبًا ما تنطوي التدابير القسرية على تقييد حرية الحركة لاحتواء السلوك العدواني ولكنها تستخدم أيضًا في سياقات طبية أخرى. ينشر القسر تساؤلات أخلاقية وقانونية من خلال تقييد الحقوق الإنسانية الأساسية مثل الحرية والحرية الشخصية والسلامة الجسدية، مما يتطلب تنظيمًا صارمًا.

إن تحديد الآثار الإكلينيكية للقسر أمر صعب بسبب المخاوف الأخلاقية والقانونية والمنهجية. على الرغم من محدودية الأدلة على الفاعلية، يتم استخدام التدابير القسرية بشكل شائع، خاصة في الطب النفسي. يجب أن تكون هذه التدخلات حلاً أخيرًا، مع مراعاة تفضيلات المرضى. يمكن أن يؤدي تعزيز العلاقة العلاجية إلى تحسين النتائج ومفهوم القسر.

ينبغي أن يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات من أجل الاستخدام الآمن للتقييد والعزل. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) استخدام التقييد أو العزل وفقًا للمعايير والقوانين واللوائح المحددة.

(ب) طلب وجود أمر طبي واضح لاستخدام التقييد والعزل.

(ج) تطبيق وإزالة آمنة وفعالة من قبل موظفين مؤهلين.

(د) استخدام أقل الطرق تقييدًا حسب الاقتضاء.

(هـ) حماية حقوق وكرامة ورفاهية المريض أثناء الاستخدام.

(و) المتابعة وإعادة التقييم أثناء الاستخدام.

(ز) تجديد أمر القيد وفقًا للاحتياجات المستمرة ووفقًا للقوانين واللوائح.

(ح) إدارة ورعاية احتياجات المريض أثناء التقييد والعزل.

(ط) إنهاء التقييد والعزل وفقًا للمعايير المحددة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى بشأن الاستخدام الملائم والآمن للتقييد والعزل.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتأكد من درايتهم.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من سجلات التقييد والعزل.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات العاملين المعنيين للتحقق من تقييم الكفاءة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية للتحقق من الالتزام بسياسة المستشفى.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول كل العناصر المذكورة في العرض من (أ) إلى (ط).

2. جميع العاملين المشاركين في التقييد والعزل على دراية بسياسة المستشفى.
3. الأفراد المسؤولون عن استخدام العزل والتقييد أكفاء.
4. يتم استخدام التقييد والعزل وفقاً للسياسة.
5. يتم تسجيل التقييد والعزل في السجل الطبي للمريض.

12. EQR (DAS.05) يتم وضع برنامج لمراقبة جودة التصوير الطبي.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

ضمان ومراقبة جودة التصوير الطبي

الغرض:

تُجرى تدابير مراقبة الجودة لمتابعة وضمان موثوقية نتائج الفحوصات التي تُنتجها خدمة التصوير الطبي. يمكن أن تُحدد عمليات مراقبة الجودة مشكلات الأداء وتساعد خدمة التصوير الطبي على تحديد دقة الصور. تُعد إدارة مراقبة الجودة الروتينية لمعدات التصوير الطبي مسؤولية رئيسية لمتخصصي التصوير الطبي. تشمل إدارة مراقبة الجودة الروتينية وضع بروتوكولات مراقبة الجودة، وتنفيذ البرنامج، والإشراف على البرنامج، والمسؤولية عن تحديد الحاجة إلى إجراء تصحيحي.

تُراجع بيانات مراقبة الجودة على فترات منتظمة وتُسجل. تُحلل القيم الشاذة أو الاتجاهات في أداء الفحص، التي قد تُشير إلى مشاكل في نظام الفحص، وتتابع وتتخذ إجراءات وقائية وتُسجل قبل ظهور مشاكل كبيرة.

تضع خدمة التصوير الطبي وتنفذ إجراءات لمراقبة الجودة تتضمن على الأقل ما يلي:

- أ) عناصر مراقبة الجودة التي تُجرى وفقاً للإرشادات وتعليمات الشركة المصنعة لكل فحص/طريقة.
- ب) يُحدد المستشفى معدل تكرار اختبار مراقبة الجودة وفقاً للإرشادات وتعليمات الشركة المصنعة أيهما أكثر صرامة.
- ج) طرق مراقبة الجودة التي سيتم استخدامها. يمكن التعامل معها واختبارها بنفس الطريقة ومن قبل نفس عضو فريق التصوير الطبي.
- د) يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة والنتائج المقبولة وأن تكون متاحة بسهولة للموظفين حتى يتمكنوا من التعرف على النتائج غير المقبولة من أجل الاستجابة بشكل مناسب.
- هـ) يُوافق المسؤول المكلف على برنامج مراقبة الجودة قبل التنفيذ.
- و) يُراجع عضو الفريق المكلف المسؤول بيانات مراقبة الجودة على فترات منتظمة (شهرياً على الأقل).
- ز) الإجراءات العلاجية المتخذة لعلاج أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير مراقبة الجودة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يزور مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المناطق التي تُجرى فيها خدمات التصوير الطبي بما في ذلك قسم الأشعة أو الأقسام الأخرى حيث يتم تقديم خدمات التصوير الطبي المحمولة للتحقق من إجراءات وسجلات مراقبة الجودة.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع طاقم خدمات التصوير الطبي ومتخصصي الرعاية الصحية الآخرين للتحقق من درايتهم بأداء مراقبة الجودة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى إجراءات معتمدة تصف عملية مراقبة الجودة الخاصة بكل اختبارات التصوير الطبي تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. أعضاء طاقم التصوير الطبي المعنيين بمراقبة الجودة أكفاء في أداء مراقبة الجودة.
3. يتم إجراء وتسجيل كل عمليات مراقبة الجودة.
4. يراجع عضو الطاقم المسؤول والمكلف وظائف مراقبة الجودة ويتحقق من البيانات شهرياً على الأقل.
5. يتم تنفيذ خطة تصحيحية عند عدم تحقيق الأهداف.

EQR.13 (DAS.18) يتم وضع وتنفيذ عملية لضمان الجودة الداخلية لكل الفحوصات.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تقييم الجودة الداخلية بالمعمل

الغرض:

تُجرى اختبارات مراقبة الجودة الداخلية داخل المعمل لمتابعة وضمان موثوقية نتائج الاختبار التي يُنتجها المعمل. تُستخدم مواد التحكم لمراقبة نظام الاختبار والتحقق من تحقيق نتائج اختبارات مرضى ذات جودة. التحكم هو عينة مُثبتة بنطاق مُحدّد مُسبقاً لقيم النتائج يُحاكي عينة مريض. يجب تحليل أي قيم متطرفة أو اتجاهات في أداء الفحص، التي قد تُشير إلى مشاكل في نظام الفحص، ومتابعتها واتخاذ إجراءات وقائية وتسجيلها قبل ظهور مشكلات كبيرة. يضع المعمل وينفذ إجراء لمراقبة الجودة الداخلية يجب أن يتضمن على الأقل ما يلي:

أ) عناصر مراقبة الجودة الداخلية.

ب) يتم تحديد تكرار اختبار مراقبة الجودة من قبل المستشفى وفقاً للإرشادات وتعليمات الشركة المُصنّعة أيهما أكثر صرامة.

ج) مواد مراقبة الجودة التي سيتم استخدامها. يجب التعامل معها واختبارها بنفس الطريقة ومن قبل نفس عضو فريق المعمل الذي يختبر عينات المرضى.

د) يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة والنطاقات المقبولة وإتاحتها بسهولة للموظفين حتى يتمكنوا من التعرف على النتائج والاتجاهات غير المقبولة من أجل الاستجابة بشكل مناسب.

هـ) قواعد قبول/رفض نتائج مراقبة الجودة الداخلية.

و) تتم مراجعة بيانات مراقبة الجودة على فترات منتظمة (مرة واحدة على الأقل شهرياً) من قبل عضو فريق مُرخص مسؤول.

ز) الإجراءات العلاجية المتخذة لعلاج أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير مراقبة الجودة والإجراءات التصحيحية المتخذة وفقاً لذلك.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بزيارة المعمل للتحقق من إجراءات وسجلات مراقبة الجودة، وتوثيق بيانات مراقبة الجودة المنتظمة والإجراءات المتخذة في القيم والتوجهات الشاذة.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين في المعمل للتحقق من درايتهم بأداء مراقبة الجودة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى إجراءات معتمدة تصف عملية مراقبة الجودة الداخلية لكل فحوصات المعمل التي تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. العاملون في المعمل المشاركون في مراقبة الجودة الداخلية أكفاء في إجراءات ضمان الجودة الداخلية.
3. يتم إجراء كل عمليات مراقبة الجودة وفقاً لإجراءات مراقبة الجودة الداخلية.
4. يتم تسجيل كل عمليات مراقبة الجودة.
5. يراجع عضو الطاقم المسؤول عمليات مراقبة الجودة ويتحقق من البيانات شهرياً على الأقل، ويتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية عند الحاجة.

EQR.14 (DAS.27) يتم إجراء عمليات لجمع عينات الدم ومشتقات الدم والتعامل معها وإجراء الفحوصات وفقاً للمتطلبات الوطنية/الدولية.

السلامة

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تجميع الدم

الغرض:

يُمَارَس تجميع الدم منذ قرون وما زال إجراءً جراحياً بسيطاً في الرعاية الصحية.

تؤثر كل خطوة في عملية تجميع الدم ومناولته واختباره على جودة العينة، لذلك من المهم منع حدوث أخطاء في عينات المعمل، وما يتبع ذلك من إصابة المريض أو حتى وفاته. على سبيل المثال، لمس الإصبع للتحقق من مكان الوريد قبل إدخال الإبرة يزيد من فرصة تلوث العينة. هذا يمكن أن يُسبب إطالة مدة الإقامة في المستشفى، وتأخير التشخيص، والتسبب في استخدام غير ضروري للمضادات الحيوية. يضع المستشفى وينفذ سياسة للتعامل مع الدم ومكونات الدم.

تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) التجميع:

i. التبرع بالدم: نظافة وراحة منطقة التبرع، وردود الأفعال التي تصيب المتبرع، وحملات التبرع بالدم الخارجية.

ii. احتياطات مكافحة العدوى.

(ب) التسليم:

i. تحديد هوية أكياس وأنابيب الدم/مكونات الدم.

ii. التحكم في درجة الحرارة.

iii. نقل الدم.

(ج) الاختبار:

i. تحديد فصيلة الدم.

ii. تحديد نوع عامل ريسس Rh (D) من السجلات السابقة.

iii. الاختبارات المعملية للأمراض المعدية.

iv. مخزن العزل (منع الصرف للمرضى).

(د) التحضير:

i. التعقيم.

ii. غلق الأكياس بإحكام.

iii. تعليمات وبروتوكولات تحضير مكونات الدم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة خدمات نقل الدم خلال جلسة مراجعة الوثائق.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة لتتبع شخص يتبرع بوحدة دم أو عملية التبرع لمراجعة التقييم وتجميع الدم وتسليمه وإجراء الفحوصات وخطوات التجهيز.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي نقل الدم للتحقق من درايتهم بمتطلبات التعامل مع وحدات الدم.
- قد يزور مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المناطق التي يتم فيها تجميع الدم للتحقق من استيفائها للمتطلبات.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تصف كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د) وفقًا للإرشادات الوطنية.
2. العاملون في بنك الدم على دراية بسياسة المستشفى.
3. يتم تجميع وتسليم الدم/مشتقات الدم وفقًا للعناصر من أ) إلى ب) وفقًا للإرشادات الوطنية.
4. يتم اختبار وتجهيز الدم/مشتقات الدم وفقًا للعناصر من ج) إلى د) وفقًا للإرشادات الوطنية.

15 EQR (SAS.08) يتم تسجيل تفاصيل الإجراءات الجراحية أو التداخلي بعد الإجراء مباشرة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقرير الجراحة

الغرض:

إن تقديم تقرير فوري عن الإجراء يلعب دورًا مهمًا 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. ينبغي 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 بعد طبي وقانوني وذو أهمية للتواصل، ويجب توثيق وتوضيح أي تشابه أو تباين في تشخيص المريض قبل وبعد الإجراء.

يجب تسجيل تفاصيل الإجراء بشكل واضح، بما في ذلك مكان الجرح، إن أمكن، وخطوات إجراء الجراحة خطوة بخطوة، وأخيرًا تسجيل كيفية غلق الجرح أو إنهاء الإجراء. يجب أن يتضمن التقرير تسجيل أي تركيبات أو جهاز تم زرع 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. كما يجب أيضًا تسجيل أي عينة مستخرجة من الجسم بشكل واضح في تقرير الإجراء.

ينبغي أن يتناول 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 المتخذ بالتفصيل مع ذكر الملاحظات.

هـ) التفاصيل المتعلقة باستخدام أي تركيبات أو الأجهزة القابلة للزرع في جسم الإنسان مع تسجيل رقم التشغيل الخاص بالجهاز

(Batch number).

- و) ما إذا حدثت مضاعفات أم لا.
- ز) ما إذا تم أخذ عينة أم لا.
- ح) الدم المفقود المقدّر و/أو الدم المنقول.
- ط) توقيع الطبيب الذي قام بالإجراء.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية / إجراءات تداخلية للتحقق من اكتمال كل المكونات اللازمة في تقرير الإجراء.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. تقرير الإجراء لجميع المرضى الذين خضعوا لإجراء متاح بسهولة قبل مغادرة المريض للوحدة التي تم فيها الإجراء.
2. يتضمن التقرير، على الأقل، العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ط).
3. يُحفظ التقرير في السجل الطبي للمريض.

EQR.16 (SAS.17) يتابع طبيب تخدير كفاء حالة المريض الفسيولوجية باستمرار 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 جدًا. لذا يجب متابعة حالة المريض الفسيولوجية بشكل مستمر بداية من تلقي التخدير وذلك لتحديد حالة المريض الأولية، والتي تستخدم في تحديد معايير خروج المريض من وحدة رعاية ما بعد التخدير. يتم تحديد نوع المتابعة وفقًا لحالة المريض وعمره، ونوع التخدير، ونوع ومدة الجراحة، وذلك وفقًا لإرشادات الممارسة الإكلينيكية. تسمح المتابعة المستمرة لطبيب التخدير بالتدخل في الوقت المناسب عند حدوث أي تغيرات في حالة المريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضًا خلال تلقي التخدير لتقييم عملية متابعة المريض والفريق المشارك فيها.

- قد يقوم الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى الذين تلقوا التخدير للتأكد من تسجيل نتائج متابعة المريض خلال التخدير في السجل الطبي للمريض بانتظام وفقًا لإرشادات / بروتوكولات الممارسة المهنية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. متابعة الحالة الفسيولوجية للمريض أثناء التخدير وفقًا لإرشادات الممارسة المهنية المعتمدة من المستشفى.
2. متابعة حالة المريض الفسيولوجية بواسطة طبيب تخدير مؤهل.
3. تسجيل نتائج متابعة الحالة الفسيولوجية للمريض في السجل الطبي للمريض بانتظام وفقًا لإرشادات / بروتوكولات الممارسة المهنية المعتمدة من المستشفى.

EQR.17 (MMS.03) يتم اختيار وإعداد قائمة وشراء أدوية المستشفى وفقًا لمعايير معتمدة.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

شراء الأدوية، قائمة الادوية

الغرض:

عملية اختيار وشراء الأدوية هي عملية متعددة التخصصات، وتشمل (إذا لم يتم إجراؤها من خلال سلطة أعلى خارج المستشفى) جهودًا لتحديد كمية الأدوية المطلوبة، واختيار طرق الشراء المناسبة، والتقييم المسبق للموردين والمنتجات. كما أنها تشمل إدارة المناقصات، ووضع شروط العقد، وضمان جودة الأدوية، والحصول على أفضل الأسعار، ويتم إجراؤها بناءً على عملية شفافة وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.

ينبغي على المستشفى (ممثلًا في لجنة الدواء والعلاج) وضع قائمة (تُعرف باسم قائمة الأدوية الأساسية) لجميع الأدوية التي يُخزنها. يتم اختيار قائمة الأدوية الأساسية بناءً على انتشار الأمراض، ودليل الفاعلية، والسلامة، ومقارنة الفاعلية بالتكلفة. قد تُحدد القوانين واللوائح الأدوية الموجودة في القائمة. يجب أن تتضمن قائمة الأدوية الأساسية (على سبيل المثال لا الحصر):

(أ) أسماء الأدوية،

(ب) قوة/تركيزات الدواء/الأدوية،

(ج) الأشكال الصيدلانية للدواء/الأدوية،

(د) دواعي الاستعمال،

(هـ) المخاطر/الآثار الجانبية للأدوية.

يسترشد تحديث قائمة الأدوية بمعايير (على سبيل المثال دواعي الاستعمال، والفاعلية، والتفاعلات الدوائية، والأحداث الدوائية الضارة، والأحداث الجسيمة، والسكان الذين يتم خدمتهم (مثل طب الأطفال، وطب الشيخوخة)). يضع المستشفى وينفذ عملية لتقييم استخدام الأدوية في المستشفى لمتابعة وتحديث قائمة الأدوية (مثل تحليل ABC، وتحليل حيوي/أساسي/غير أساسي (VEN)). يُعدّ تقييم الأدوية، بهدف إضافتها أو حذفها من قائمة الأدوية الأساسية، معيارًا ضروريًا لتحديث قائمة الأدوية الأساسية وصيانتها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة الأدوية بالمستشفى ويتحقق من توفرها.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع أعضاء لجنة الدواء والعلاج حول عملية إضافة الأدوية أو حذفها من قائمة الأدوية بالمستشفى.
- قد يسأل مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عن الإجراء المتخذ في حالة وجود نقص في الأدوية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى عملية ملائمة لاختيار وشراء الأدوية الصحيحة وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها ورؤية المستشفى واحتياجات المريض والخدمات المقدمة.
2. يوجد بالمستشفى قائمة معتمدة بالأدوية تتضمن على الأقل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى هـ).
3. تتوفر نسخة مطبوعة و/أو إلكترونية خاضعة للرقابة من قائمة الأدوية المعتمدة ويمكن الوصول إليها بواسطة كل المعنيين بإدارة الدواء.
4. توجد عملية للإشراف على استخدام الأدوية في المستشفى لمتابعة قائمة الأدوية والحفاظ عليها وتحديثها.
5. يوجد بالمستشفى عملية معتمدة لتوجيه إضافة الأدوية أو حذفها من قائمة الأدوية.
6. يوجد بالمستشفى عملية معتمدة للتواصل مع المسؤولين عن وصف الأدوية ومتخصصي الرعاية الآخرين عند نقص الأدوية أو انقطاعها.

(MMS.05) EQR.18 أدوية الطوارئ متوفرة ويسهل الوصول إليها ويتم تأمينها طوال الوقت.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

أدوية الطوارئ

الغرض:

عند تعرض المريض لحالة طوارئ، يُعدّ الوصول السريع إلى أدوية الطوارئ أمراً بالغ الأهمية وقد يكون منقذاً للحياة. يجب أن تكون أدوية الطوارئ في متناول اليد ومخزنة بشكل منظم لتسهيل الوصول السريع إلى الدواء المناسب لتلبية احتياجات الطوارئ. على سبيل المثال، في كل عربة طوارئ في المستشفى، توجد أدوية الطوارئ في نفس الدرج وموضوعة بنفس الطريقة داخل درج كل عربة. ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لضمان توفر أدوية الطوارئ في مناطق رعاية المرضى على أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) يجب أن تكون أدوية الطوارئ في متناول اليد ومخزنة بشكل منظم.
- ب) منع إساءة استخدام أدوية الطوارئ أو فقدانها أو سرقتها لضمان توفرها عند الحاجة.
- ج) استبدال أدوية الطوارئ في الوقت الأنسب عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحيتها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى لإدارة أدوية الطوارئ.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين عن تخزين وسهولة الوصول إلى أدوية الطوارئ والتخزين الآمن واستبدال الأدوية عند الحاجة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أماكن تخزين أدوية الطوارئ.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه توفير أدوية الطوارئ على أن تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ج) على الأقل.
2. تتوفر أدوية الطوارئ بشكل مناسب ويسهل الوصول إليها في المناطق الإكلينيكية عند الحاجة.
3. يتم تخزين أدوية الطوارئ بشكل منظم في كل المناطق.
4. يتم استبدال أدوية الطوارئ في الإطار الزمني المحدد مسبقاً عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحيتها.

EQR.19 (IPC.03) يشكل المستشفى لجنة عاملة متعددة التخصصات لمكافحة ومنع انتشار العدوى على أن تجتمع مرة كل شهر على الأقل.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

اجتماعات لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى

الغرض:

تظهر تحديات مكافحة ومنع انتشار العدوى باستمرار في مختلف أقسام المستشفى، والتي بدورها توفر مدخلات لفريق مكافحة ومنع انتشار العدوى لتقييمهم المستمر للوضع. ثم يتم إشراك الأطراف المعنية ومسؤولي العمليات في مرحلة اتخاذ القرار؛ وبالتالي فإن وجود لجنة متعددة التخصصات لمكافحة ومنع انتشار العدوى أمر بالغ الأهمية من أجل التواصل المستمر بين الإدارة العليا وفريق مكافحة ومنع انتشار العدوى وجميع أقسام المستشفى الأخرى.

توجد لجنة لها هيكل محدد لمكافحة العدوى، والتي يجب أن تكون جميع التخصصات ذات الصلة ممثلة بها، بما في ذلك (على سبيل المثال لا الحصر): القسم الطبي، وخدمات التمريض، والإشراف الداخلي، والمعمل، والصيدلة، وخدمات التعقيم، ويجب أن يكون للجنة الحق في استدعاء من تراه مناسباً عند الحاجة.

لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى مسؤولة على الأقل عما يلي:

أ) وضع معايير لتعريف العدوى المصاحبة للرعاية الصحية (HAIS).

ب) طرق وعملية الرصد.

- ج) استراتيجيات لمنع العدوى والتحكم في المخاطر.
- د) رفع تقارير عن أنشطة مكافحة ومنع انتشار العدوى.
- هـ) مراجعة وتقييم الأوبئة أو مجموعات العدوى المصاحبة للرعاية الصحية، وتقديم توصيات بإجراءات منع انتشار العدوى.
- و) التعاون مع الأقسام المعنية للتأكد من الامتثال لمعايير ولوائح مكافحة العدوى.
- ز) المراجعة والتقييم السنوي للبرنامج.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وجود قرار تشكيل معتمد للجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى، وتسجيل تقارير الاجتماعات الشهرية (خلال آخر 6 شهور)، والتوصيات بالإضافة إلى سجلات لتأكيد عملية المتابعة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى شروط مرجعية واضحة للجنة مكافحة العدوى والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
 2. يشارك في اللجنة ممثلين من جميع التخصصات ذات الصلة.
 3. تجتمع اللجنة مرة على الأقل كل شهر.
 4. يتم تسجيل اجتماعات اللجنة.
- متابعة تنفيذ القرارات التي تتخذها اللجنة في نهاية كل اجتماع.

EQR.20 (IPC.08) يتأكد المستشفى من ممارسات الحقن الآمن.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

ممارسات الحقن الآمن

الغرض:

يحتاج كلاً من مرضى الأقسام الداخلية ومرضی العيادات الخارجية بالمستشفى الحقن باستمرار سواء لأغراض التشخيص أو العلاج، ولكن لسوء الحظ فإنه ينطوي على مخاطر إصابة المرضى بالعدوى. تعد أجهزة الوصول للأوعية مثل الكانيولا أو الأدوات الأخرى المستخدمة للوصول الشرياني أو الوريدي ضمن الأسباب الرئيسية للعدوى المصاحبة للرعاية الصحية. يقل خطر العدوى بشكل كبير عند الالتزام بعملية الإدخال الآمن، والحفاظ على الجهاز، وإزالته بمجرد انتهاء الحاجة إليه.

علاوة على ذلك، فإن الوخز بالإبر بين متخصصي الرعاية الصحية من الحوادث الشائعة، لذا فإن ممارسات الحقن الآمن ضرورية من أجل ضمان سلامة كلاً من المريض ومتخصصي الرعاية الصحية. يجب على متخصصي الرعاية الصحية دائماً استخدام أدوات حقن معقمة أحادية الاستخدام، وإبرة لكل حقنة يتم إعطاؤها، والتأكد من أن جميع معدات الحقن والأمبولات خالية دائماً من التلوث كما يجب على متخصصي الرعاية الصحية الأخذ في الاعتبار دائماً أن كل الأمبولات أحادية الاستخدام بشكل افتراضي، وليست كل الأمبولات متعددة الاستخدام، كما يجب عدم استخدام السرنجات كوعاء لتخزين الأدوية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية للتحقق من توفر الزجاجات الوريدية والتأكد من الاستخدام الصحيح للأمبولات أحادية الاستخدام والأمبولات متعددة الاستخدام.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية للتأكد من التزام متخصصي الرعاية الصحية المسؤولين بالإدخال الآمن والحفاظ على إجراءات أجهزة الوصول الوعائي.

أدلة التتابق مع المعيار:

1. عدم استخدام زجاجات/حقائب المحاليل الوريدية بالتبادل بين المرضى.
2. استخدام أدوات حقن أحادية الاستخدام والأمبولات متعددة الجرعات يتبع اللوائح وأدلة العمل الإكلينيكية المعتمدة بالمستشفى.
3. تضمن المستشفى الاستخدام الأحادي لأدوات ضخ/إعطاء المحاليل.
4. تتأكد المستشفى من تعقيم أي سائل يحقن وريدياً.

EQR.21 (IPC.11) يتأكد المستشفى من تنفيذ حزم الرعاية القائمة على الأدلة و/أو أفضل الممارسات.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

حزم الرعاية

الغرض:

"حزم" الرعاية هي مجموعات بسيطة من الممارسات القائمة على الأدلة والتي تحسن، عند تنفيذها بشكل جماعي، من مصداقية تقديم الرعاية وتحسن نتائج المرضى. يتوفر عدد من الحزم المخصصة والتي يمكن تنفيذها في منشآت الرعاية الصحية ذات الموارد المحدودة. تساهم حزم الرعاية هذه في مكافحة العدوى، وتقلل من وصف المضادات الحيوية غير الضرورية، وقد تحد من تطور مقاومة المضادات الحيوية في منشآت الرعاية الصحية.

كما تساعد الحزم في خلق أنظمة رعاية موثوقة ومتسقة داخل المستشفى حيث إنها بسيطة (ثلاث إلى خمس عناصر) وواضحة ودقيقة. علاوة على ذلك، يعزز تنفيذ الحزم من تعاون مختلف التخصصات حيث يجب تكوين الحزم بشكل تعاوني، وينبغي الوصول إلى اتفاق بمشاركة وتصديق من الأطباء.

من أجل تنفيذ الحزم بنجاح، يجب تنفيذ كل عنصر من عناصر الحزمة بشكل جماعي ومتسق لتحقيق أفضل النتائج (نهج "الكل أو لا شيء").

يتطلب التنفيذ الفعال لحزمة الرعاية أن تم مواءمة التدابير مع البيئة المحلية واتباعها بشكل مناسب وترسيخها في ثقافة رعاية المرضى وتسجيلها وتقييمها لضمان الامتثال من قبل جميع أعضاء فريق الرعاية الصحية المعنيين.

ينبغي أن يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات توجه حزم الرعاية القائمة على الأدلة لتتناول الإجراءات على أن تتناول على الأقل ما يلي:

- أ) حزمة الوقاية من عدوى مجرى الدم المصاحبة لتركيب خط مركزي (CLABSI)
- ب) حزمة الوقاية من عدوى مجرى البول المصاحبة للقسرة (CAUTI)
- ج) حزمة الوقاية من الالتهاب الرئوي المصاحب للتوصيل بجهاز التنفس الصناعي (VAP)
- د) حزمة الوقاية من عدوى موضع الجراحة (SSI)

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه حزم الرعاية القائمة على الأدلة ومراجعة الإجراءات المختارة القائمة على الأدلة لكل حزمة.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتأكد من درايتهم بكيفية متابعة كل عنصر من عناصر الحزمة لكل مريض.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من تنفيذ الحزم وسجلات متابعة تنفيذ الحزم.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تأثير حزم الإجراءات وكيفية تحسين "ثقافة" سلامة المرضى وتعزيز العمل الجماعي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى عملية معتمدة لتنفيذ كل عناصر حزم الرعاية الوقائية بشكل جماعي.
2. الموظفون المعنيون على دراية وعلم بكل عناصر الحزم.
3. يتابع المستشفى تنفيذ الحزم والالتزام بها.

EQR.22 (IPC.12) المرضى المشتبه و/أو المؤكد إكلينيكيًا إصابتهم بأمراض معدية يتبعون الاحتياطات القائمة على طريقة انتقال العدوى وفقًا لطريقة (أنماط) انتقال العدوى المحتملة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

احتياطات السلامة على أساس طرق نقل العدوى

الغرض:

يتم استخدام الاحتياطات القائمة على طرق نقل العدوى (TBPs) بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية عندما تكون الاحتياطات القياسية وحدها غير كافية لمنع انتقال العدوى. تستخدم الاحتياطات القائمة على طرق نقل العدوى للمرضى المؤكد أو المشتبه في إصابتهم أو حملهم مسببات الأمراض الوبائية أو شديدة العدوى والتي يمكن أن تنقل العدوى أو تسببها. تخلق الاحتياطات القائمة على طرق نقل العدوى حواجز بين الأشخاص والكائنات الدقيقة مما يساعد في الوقاية من انتشار الجراثيم في المستشفى. كما تتضمن اختيار المكان المناسب للمريض، واختيار معدات الوقاية الشخصية، واستخدامها وفقًا لتقييم المخاطر. توجد ثلاث فئات رئيسية للاحتياطات القائمة على طرق نقل العدوى: احتياطات التلامس، واحتياطات الرذاذ، واحتياطات الانتقال عبر الهواء.

بمجرد معرفة أن المريض معرض لخطر انتقال الكائنات الدقيقة بدرجة مرتفعة، يجب وضع المريض في غرفة العزل القياسي. غرفة العزل القياسي بالمستشفى هي غرفة منفصلة جيدة التهوية مجهزة بحوض لغسيل اليدين، وحمام خاص، وباب يغلق ذاتيًا، وشفاف لطرد الهواء خارج المنشأة. علاوة على ذلك، ينبغي أن تكون هذه الغرفة بعيدة عن بقية أماكن رعاية المرضى، دون مواصفات ضغط خاصة لنظام التهوية.

ينبغي أن تتوفر غرفة عزل قياسية واحدة على الأقل في قسم الطوارئ تحسبًا لحالات العدوى المشتبه بها.

عندما لا تتوفر غرفة/غرف العزل القياسية، ينبغي عزل المريض في غرف/مساحات مخصصة أخرى.

بخصوص المرضى الذين يعانون من متلازمات تنفسية، فإنه يتم إعطاؤهم تعليمات بممارسة النظافة التنفسية وآداب السعال وإعطاؤهم قناع جراحي لارتدائه حتى يتم توفير غرفة للفحص.

يجب تحديد المرضى الذين تم تشخيصهم أو يشتبه في إصابتهم بعدوى منقولة عبر الهواء. يتم وضع هؤلاء المرضى الذين يحتاجون إلى احتياطات الانتقال عبر الهواء في غرفة ذات ضغط سلبي (AIIR). إذا كانت الغرفة ذات الضغط السلبي مشغولة، يبقى المريض في غرفة ذات فلتر جزيئات الهواء عالي الفاعلية محمول (HEPA). إذا لم يتوفر فلتر جزيئات الهواء عالي الفاعلية محمول، يجب أن يتأكد المستشفى من ارتداء المريض للقناع الجراحي.

يجب أن يوجد بالمستشفى غرفة ذات ضغط سلبي (AIIR) واحدة على الأقل من أجل العدوى المنقولة عبر الهواء.

كما يجب أن يوجد بالمستشفى غرفة عزل قياسية واحدة على الأقل من أجل الاحتياطات القائمة على طريقة انتقال العدوى (الرذاذ والتلامس). 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) طوال مدة رعاية المريض، وتطهير الأسطح كثيرة اللمس بانتظام بشكل قياسي.

الاحتياطات التجريبية هي احتياطات العزل أثناء انتظار التشخيص الواضح. يمكن البدء في مثل هذه الاحتياطات عندما تكون الاختبارات التأكيدية قيد الانتظار (على سبيل المثال مزارع المعمل)، بما في ذلك احتياطات الانتقال المعوي للمرضى الاحتياطات الموسعة هي احتياطات عزل تستخدم عند التعامل مع مسببات الأمراض سريعة الانتقال أو ذات الأهمية من الناحية الوبائية التي تنتقل بسهولة في تجمعات الأشخاص المصابين (فردين أو أكثر) في مساحة معينة.

ينبغي أن يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات توجه الاحتياطات القائمة على طرق الانتقال لتتناول الفئات الثلاث المختلفة: احتياطات التلامس، والرذاذ، والانتقال عبر الهواء.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه الاحتياطات القائمة على طرق الانتقال.
- قد يقيم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ويتأكد من وجود غرفة عزل قياسية واحدة على الأقل/ وتخصيص أماكن للمرضى وفقاً لسعة المستشفى.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للاستفسار عن استخدام معدات الوقاية الشخصية وممارسات نظافة الأيدي وفقاً لنوع العزل.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية امتثال العاملين لاستخدام معدات الوقاية الشخصية الملائمة وممارسات نظافة الأيدي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه الاحتياطات القائمة على طرق الانتقال.
2. تلقى متخصصي الرعاية الصحية التعليم والتدريب على السياسات المعتمدة.
3. يوجد بالمستشفى غرفة عزل واحدة أو أكثر وفقاً لسعة المستشفى وكذلك غرفة ذات ضغط سلبي (AIIR) واحدة على الأقل.
4. يتم تطبيق الاحتياطات اللازمة القائمة على طرق الانتقال وفقاً للإرشادات الوطنية والعالمية خلال الإقامة في المستشفى وخلال النقل.
5. يتم تحديد المرضى الذين يعانون من أمراض معدية مؤكدة/مشتبه بها وعزلهم في مساحات/غرف مخصصة ومعززة.
6. يلتزم متخصصي الرعاية الصحية الذين يقدمون الرعاية للمرضى المشتبه في إصابتهم بمرض معدٍ بارتداء معدات الوقاية الشخصية وممارسات نظافة الأيدي الملائمة وفقاً لنوع العزل.

EQR.23 (IPC.14) تطهير/ تعقيم معدات رعاية المرضى وفقاً للإرشادات المستندة إلى أدلة وتوصيات الشركة المصنعة.

الكلمات الرئيسية:

التطهير / التعقيم

الغرض:

إن التعامل مع معدات رعاية المرضى القابلة لإعادة الاستخدام عملية بالغة الأهمية داخل أي مستشفى. في الإجراءات الإكلينيكية التي تتضمن لمس المعدات الطبية/الجراحية، من الضروري أن يتبع متخصصو الرعاية الصحية الممارسات والإرشادات 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، ويجب تحديد اتجاه سير العمل بالمنطقة.

ينبغي أن يضع المستشفى وينفذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية التطهير/التعقيم التي تتناول على الأقل ما يلي:

(أ) استلام وتنظيف الأدوات المستخدمة.

(ب) التحضير والتعامل.

i. اختيار طريقة التعامل وفقاً لتصنيف سبولدينج "Spaulding classification". يتضمن تطهير المعدات والأجهزة الطبية تقنيات منخفضة ومتوسطة وعالية المستوى. يطبق التطهير عالي المستوى (إذا كان التعقيم غير ممكن) على المعدات شبه الحرجة فقط التي تلامس الأغشية المخاطية أو الجلد غير المتصل، مثل مناظير الجهاز الهضمي، وأجهزة التنفس والتخدير، ومناظير القصبة الهوائية والحنجرة،... إلخ. تتضمن المطهرات الكيميائية التي تستخدم في التطهير عالي المستوى جلوتارالدهيد، وأورثوفتالدهيد، وبيروكسيد الهيدروجين.

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

iii. يستخدم التطهير منخفض المستوى (للمعدات غير الحرجة فقط) لمعدات مثل السماعات الطبية وغيرها من المعدات التي تلمس الجلد السليم. بخلاف 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

(ج) وضع ملصقات تعريفية على العبوات المعقمة.

(د) 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.

(هـ) استخدام دفاتر لتسجيل عملية التعقيم.

(و) مستويات المخزون.

(ز) تاريخ انتهاء صلاحية المعدات المعقمة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه عملية التعقيم/التطهير.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية للتحقق من عدد معقمات الفئة ب العاملة قبل التفريغ (pre-vacuum class B sterilizers)، ووجود مناطق منفصلة وفقا للمعيار مع تدفق هواء أحادي الاتجاه، ووجود مناطق تخزين تستوفي المعايير القياسية.
- قد يتحقق مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من قدرة متخصصي الرعاية الصحية المعنيين على أداء عملية التعقيم بشكل صحيح.

أدلة التطابق مع المعيار:

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

EQR.24 (IPC.20) يوجد بالمستشفى إجراء للتأكد من سلامة خدمات الغذاء الآمن.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات الغذاء

الغرض:

إن خدمات الغذاء التي يقدمها مطبخ المستشفى قد تكون إحدى مصادر العدوى المحتملة إذا لم يكن تجهيز الغذاء والتعامل معه وتخزينه بشكل سليم.

إن الأمراض التي ينقلها الغذاء/تنتقل من خلال 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 التغذوية ومرورا بتخزينها وتجهيزها وتناولها والتعامل معها حتى يتم تسليمها بشكل آمن.

ينبغي أن يضع المستشفى وينفذ 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 أولاً يخرج أولاً".
- (ج) مراقبة درجة الحرارة أثناء التجهيز والتخزين.
- (د) جهاز غسيل يعمل في المطبخ.
- (هـ) منع انتقال التلوث بين الأطعمة سواء بشكل مباشر من الأطعمة النيئة إلى الأطعمة المطهية، أو بشكل غير مباشر من الأيدي الملوثة، أو أسطح العمل، أو طاوولات التقطيع، أو أدوات المطبخ، ...إلخ.
- (و) عملية نقل الغذاء.
- (ز) تحضير وتخزين وإعطاء العلاج التغذوي عبر أنبوب التغذية.
- (ح) التعامل والتخزين الآمن للبن الأم واللبن الصناعي المستخرج.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه خدمات الغذاء الآمن.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع الأفراد المعنيين للتحقق من درايتهم.
- قد يقيم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الالتزام بإجراءات منع العدوى، مثل وجود ألواح تقطيع منفصلة لمختلف أنواع الطعام، ومساحات منفصلة لاستلام وتخزين وتحضير الطعام والمنتجات الغذائية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة درجات حرارة الطعام المسجلة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية النظافة الصحية خلال تخزين وتحضير وتوزيع الطعام.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه خدمات الغذاء الآمن التي تتناول العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ح)، والعاملون المعنيون على دراية بهذه السياسة المعتمدة.
2. توجد مناطق منفصلة لاستلام وتخزين وتجهيز الغذاء والمنتجات الغذائية.
3. يجهز المستشفى الغذاء ويوزعه مع مراعاة تعليمات النظافة الصحية ودرجات الحرارة السليمة.
4. يتم التعامل مع لبن الأم المستخرج واللبن الصناعي وفقاً للإرشادات وسياسة المستشفى.
5. يتم إعطاء العلاج التغذوي عبر أنبوب التغذية وفقاً للسياسة والإجراءات.

EQR.25 (OGM.01) يوجد بالمستشفى هيكل تنظيمي واضح يحدد المسؤوليات والمسؤوليات.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الغرض:

تكون الهيئة الحاكمة مسؤولة عن تحديد اتجاه المستشفى وضمان توافق نشاطها مع هدفها. كما أنها مسؤولة عن متابعة أدائها وتطويرها المستقبلي.

لضمان الإدارة السليمة والإدارة الفعالة لأي منظمة، يجب أن يكون هيكلها مُحدَّدًا جيدًا، ويتم تحديد أعضاء الهيئة الحاكمة بالمسمى الوظيفي والاسم. يتم تمثيل الكيان الإداري أو عرضه في مخطط تنظيمي يُحدد بوضوح خطوط السلطة والمساءلة. يجب أن تكون الهيئة الحاكمة متنوعة، وتعكس مصالح المجتمع والكفاءات المطلوبة، وتقيم أداءها سنويًا. تجتمع الهيئة الحاكمة على فترات زمنية محددة، مع تسجيل محاضر الاجتماعات.

ينبغي أن يُؤخذ في الاعتبار أنه في نظام مركزي، مثل المستشفيات الجامعية، تحكم هيئة حاكمة واحدة العديد من المنظمات الفرعية. من ناحية أخرى، يمكن أن تكون الهيئة الحاكمة مجلس إدارة أو لجنة أو مالكاً واحدًا في حالة القطاع الخاص. تتحمل الهيئة الحاكمة للمستشفى العديد من المسؤوليات والمسؤوليات لضمان تشغيل المستشفى بفاعلية وأخلاقية ووفقًا لرسالتها. تشمل هذه المسؤوليات ما يلي:

أ) الإشراف الاستراتيجي: بما في ذلك تحديد ودعم رسالة المستشفى ورؤيتها وقيمتها، ووضع واعتماد الخطط الاستراتيجية، وضمان الاستدامة والنمو على المدى الطويل.

ب) الإشراف المالي: بما في ذلك الموافقة على الميزانيات، ومراقبة الأداء المالي، وضمان التخصيص المناسب للموارد لدعم أولويات المستشفى وأهدافه، ودعم جهود جمع التبرعات والحملات الرأسمالية.

ج) اختيار وتقييم الرئيس التنفيذي: وضمان التخطيط الفعال للخلافة وتطوير القيادة.

د) الجودة والسلامة: بما في ذلك وضع ومتابعة مبادرات تحسين الجودة، وضمان امتثال المستشفى لجميع القوانين واللوائح ومعايير الاعتماد ذات الصلة.

هـ) المسؤوليات الأخلاقية والقانونية: التي تشمل ضمان الامتثال لقوانين ولوائح ومعايير الرعاية الصحية، وتعزيز السلوك الأخلاقي واتخاذ القرارات داخل المستشفى، وإدارة المخاطر لحماية المستشفى من الالتزامات المحتملة.

و) التفاعل مع المجتمع: لتعزيز العلاقات الإيجابية مع المجتمع، وضمان معالجة المستشفى لاحتياجات المجتمع الصحية، والدعوة إلى السياسات والمبادرات التي تدعم رسالة المستشفى وصحة المجتمع.

ز) المساءلة: بما في ذلك مراجعة وتقييم أداء المستشفى في تحقيق أهدافه وغاياته، وضمان الشفافية والمساءلة في تقديم التقارير إلى أصحاب المصلحة، بمن فيهم المرضى والموظفين والمجتمع.

من خلال الوفاء بهذه المسؤوليات، تضمن الهيئة الحاكمة أن يعمل المستشفى بكفاءة، ويقدم رعاية عالية الجودة، ويلتزم بتعهداته تجاه المرضى والموظفين والمجتمع. ولضمان الإدارة الفعالة، يجب على الهيئة الحاكمة تقييم أدائها سنويًا وتوفير فرص التعليم والتطوير المستمرة لأعضاء مجلس الإدارة للبقاء على اطلاع باتجاهات الرعاية الصحية وممارسات الإدارة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق التي تصف هيكل ومسؤوليات الهيئة الحاكمة.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة محاضر الاجتماعات المسجلة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. هيكل الهيئة الحاكمة ممثل في الهيكل التنظيمي للمستشفى.
2. أعضاء الهيئة الحاكمة من خلفيات متنوعة ويتم تحديدهم بالمسمى الوظيفي والاسم.
3. تجتمع الهيئة الحاكمة على فترات محددة مسبقاً، ويتم تسجيل محاضر الاجتماعات.
4. تقيم الهيئة الحاكمة أداءها سنوياً.
5. مسؤوليات ومسؤوليات الهيئة الحاكمة محددة وتتضمن العناصر من أ) إلى ز) في الغرض.
6. تعتمد الهيئة الحاكمة الخطة الاستراتيجية، وخطط التشغيل، وتحسين الجودة، وخطة سلامة المرضى، وبرنامج تقييم ومشاركة المجتمع.

EQR.26 (OGM.02) تتعاون الهيئة الحاكمة مع قيادات المستشفى لوضع رسالة المستشفى.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

رسالة المستشفى

الغرض:

بيان الرسالة هو وصف للهدف الأساسي للمستشفى. وهو العنصر الأساسي لوضع التوجه الاستراتيجي للمستشفى الذي يؤدي إلى صياغة أهدافه والاستراتيجيات ذات الصلة. يُعد تحديد الهدف الرئيسي للمستشفى، على سبيل المثال، نطاق الخدمة والتخصص والسكان الذين يتم خدمتهم ومستوى الرعاية في شكل رسالة، أحد الأدوار الأساسية للهيئة الحاكمة. يجب أن تتوافق رسالة المستشفى مع مهمة الرعاية الصحية الوطنية وأن يتم توصيلها إلى جميع المعنيين، بمن فيهم الموظفون والمرضى والزوار.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الملصقات والمنشورات والوثائق التي تظهر رسالة المستشفى مع التركيز على آخر تحديثات الرسالة واعتمادها وتوافقها ووضوحها.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى رسالة معتمدة من الهيئة الحاكمة.
2. تتم مراجعة الرسالة سنوياً.
3. رسالة المستشفى واضحة في المناطق العامة للعاملين والمرضى والزوار.

27.EQR (OGM.05) يشكّل المستشفى اللجان المطلوبة وفقاً للقوانين واللوائح.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

هيكل اللجنة

الغرض:

يتطلب تحقيق رسالة المستشفى مشاركة وعملاً جماعياً. يتم وضع هذه المتطلبات من خلال تبادل المعرفة وإشراك الموظفين في صنع القرار. تُعد اللجان أدوات لدمج المعرفة والقدرات الموزعة لأجزاء مختلفة من المستشفى في شكل فريق واحد نشط ومتكامل يمكن أن يلعب دوراً فعالاً في صنع القرار. يمكن أن يُعزز الاختيار متعدد التخصصات لأعضاء كل لجنة وعقد اللجان بانتظام إنتاجيتها. تشارك قيادة المستشفى والطاقتين الطبي وطاقتي التمريض والموظفين الآخرين في اللجان ذات الصلة.

يجب أن يكون لكل لجنة اختصاصات مرجعية تتضمن عضويتها وواجباتها ومسؤولياتها/تقديم التقارير ومعدل اجتماعاتها والنصاب القانوني وجدول الأعمال الأساسي.

يجب عقد اجتماعات اللجنة بانتظام، وتوثيق محاضر الاجتماع.

يحتوي المستشفى على الأقل على اللجان التالية:

- أ. لجنة السلامة البيئية
- ب. لجنة مكافحة العدوى
- ج. لجنة الصيدلة والعلاج
- د. لجنة الجودة وسلامة المرضى
- هـ. لجنة الوفيات والمرضى

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة اختصاصات كل لجنة.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من محاضر اجتماعات كل لجنة.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة التقييم السنوي للجان.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى كل اللجان المذكورة في الغرض من أ) إلى هـ) على الأقل.
2. تحدد اختصاصات كل لجنة.
3. تجمع اللجان بشكل منتظم.
4. يتم تسجيل محاضر اجتماعات اللجنة وإبلاغها لأعضاء فريق العمل المعنيين.
5. تتم مراجعة أداء اللجان سنوياً.

EQR.28 (OGM.12) يدير المستشفى نظام حسابات المرضى ونظام إعداد الفواتير.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

نظام إعداد الفواتير

الغرض:

تُعد عملية إعداد الفواتير مكوناً حاسماً في إدارة المستشفيات. نظراً لتعقيد عمليات إعداد الفواتير، قد تؤدي الأخطاء إلى خسائر مالية باهظة، على سبيل المثال، أخطاء إعداد الفواتير بسبب نقص أو عدم ملائمة فواتير المواد الطبية المستخدمة بسبب فقدان الرمز الشريطي أو بسبب تقارير نتائج مفقودة أو غير مناسبة.

تتضمن عملية إعداد الفواتير تسجيل جميع الخدمات والمواد المقدمة للمريض في حسابه، ثم تتم معالجة جميع المعلومات والرسوم لإعداد الفاتورة. بالنسبة لأنظمة الدفع من طرف ثالث، تستند عملية إعداد الفاتورة إلى متطلبات شركات/وكالات التأمين التي لديها عموماً قواعد للسداد.

يضمن المستشفى أن يتمكن المرضى وعائلاتهم من فهم والمشاركة في العمليات الإدارية مثل الحصول على موافقة مسبقة من شركات التأمين، وتقديم التعويضات، ودفع الودائع، وغيرها. من ناحية أخرى، ينبغي على المستشفى مراقبة مدى سرعة الحصول على موافقة الطرف الثالث.

ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لعملية إعداد الفواتير تتناول على الأقل ما يلي:

- أ) توافر قائمة أسعار معتمدة.
- ب) عملية لضمان دقة إعداد الفواتير.
- ج) استخدام رموز دقيقة ومعتمدة للتشخيصات والإجراءات.
- د) إبلاغ المرضى/العائلات بأي تكلفة محتملة تتعلق بالرعاية المخطط لها.
- هـ) مساعدة المرضى/العائلات على فهم وإدارة العمليات الإدارية لإعداد الفواتير.
- و) تحديد المرضى الذين قد تتطلب حالاتهم تكاليف أعلى من المتوقع وتزويدهم بالمعلومات بشكل دوري.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى وقوائم الأسعار.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع بعض الموظفين المعنيين بإعداد الفواتير وبعض المرضى للتحقق من درايتهم بالسياسة وطرق الدفع المختلفة.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وجود قائمة أسعار لكل الخدمات المقدمة في المنطقة الخاصة بكل خدمة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة لإعداد فواتير المرضى على أن تتناول العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. توجد قائمة أسعار معتمدة لخدمات الرعاية الصحية التي يقدمها المستشفى.
3. يتم إبلاغ المرضى بأي تكلفة محتملة تتعلق بخطة الرعاية.
4. يستخدم المستشفى أكواد معتمدة للتشخيص والإجراءات.
5. العاملون المعنيون بإعداد الفواتير على دراية بعمليات التأمين الصحي المختلفة.

EQR.29 (OGM.17) يوجد بالمستشفى برنامج معتمد لصحة العاملين على أن تتم متابعته وتقييمه سنوياً وفقاً للقوانين واللوائح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج صحة العاملين

الغرض:

ينبغي على المستشفى تنفيذ برنامج صحة الموظفين لضمان سلامتهم وفقاً لما يتعرضون له في مكان العمل. يُطلب إجراء فحص طبي قبل التوظيف لجميع فئات الموظفين لتقييم مدى ملاءمتهم للأداء الآمن، ويجب أن يخضع الموظفون المعرضون لمخاطر معينة مثل الإشعاع لتقييمات طبية محددة دورياً (اختبارات وفحوصات). قد يلزم إجراء فحص في مواقف معينة مثل حالة التعرض لمواد معينة. يُعد تقييم المخاطر/المخاطر المهنية حجر الزاوية في برنامج صحة الموظفين المهنية، والذي يُحدد المخاطر والمخاطر المتعلقة بكل مهنة. يتم ذلك لاتخاذ الخطوات اللازمة للسيطرة على هذه المخاطر لتقليل الضرر المحتمل الناشئ، وإذا لم يكن ذلك ممكناً، لتقليل تبعاته السلبية. يتحقق ذلك من خلال برنامج تقييم المخاطر على مستوى المستشفى الذي يُحدد المناطق والعمليات عالية الخطورة.

يغطي نطاق البرنامج جميع الموظفين ويتناول على الأقل ما يلي:

- أ) التقييم الطبي قبل التوظيف للموظفين الجدد.
- ب) التقييم الطبي الدوري للعاملين.
- ج) فحص التعرض و/أو المناعة للأمراض المعدية.
- د) السيطرة على التعرض وإدارة المخاطر المتعلقة بالعمل:

- أ. المخاطر المتعلقة بالراحة التي تنشأ عن رفع ونقل المرضى أو المعدات، والإجهاد، والحركات المتكررة، وسوء الوضعية.
- إ. المخاطر الفيزيائية مثل الإضاءة والضوضاء والتهوية والكهرباء وغيرها.
- إ. المخاطر البيولوجية من مسببات الأمراض المنقولة عبر الدم والمنقولة عبر الهواء وغيرها.
- هـ) تثقيف الموظفين بشأن المخاطر داخل بيئة المستشفى وكذلك بشأن المخاطر الخاصة المتعلقة بوظائفهم.
- و) التطعيمات الوقائية للموظفين.
- ز) توثيق نتائج التقييم الطبي في سجلات صحة الموظفين، ويتم اتخاذ إجراءات عند وجود نتيجة إيجابية، بما في ذلك توعية الموظف بهذه النتائج وتوفير الاستشارة والتدخلات حسب الحاجة.
- ح) تسجيل وإدارة حوادث الموظفين (مثل الإصابات أو الأمراض)، واتخاذ إجراءات تصحيحية ووضع تدابير لمنع تكرارها.
- ط) يشارك موظفو مكافحة العدوى في وضع وتنفيذ برنامج صحة الموظفين حيث أن انتقال العدوى يُعد خطرًا شائعًا وجسيمًا لكل من الموظفين والمرضى في مرافق الرعاية الصحية.
- ي) يجب توثيق جميع النتائج المتعلقة ببرنامج صحة الموظفين المهنية (مثل التقييم الطبي، والتطعيم، وإصابات العمل) والاحتفاظ بها وفقًا للقوانين واللوائح.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المشاركين في وضع وتنفيذ برامج صحة العاملين للتحقق من هيكل البرنامج وسجلات المخاطر والتثقيف والتوعية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من سجلات صحة العاملين للتأكد من الالتزام بالمعيار.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد برنامج معتمد لصحة العاملين وفقًا للقوانين واللوائح الوطنية على أن يغطي العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (ي).
2. يوجد تقييم للمخاطر الصحية الوظيفية يعرف المخاطر الوظيفية داخل المستشفى.
3. العاملون على دراية بالمخاطر داخل بيئة المستشفى، والمخاطر المحددة المتعلقة بكل وظيفة، والفحوصات الطبية الدورية.
4. يخضع جميع العاملين لبرنامج التطعيمات وقيود العمل وفقًا للقوانين واللوائح والإرشادات المعتمدة في المستشفى.
5. يتم تسجيل كل نتائج الاختبارات، وكذلك التطعيمات، والوقاية بعد التعرض، والتدخلات في السجل الطبي للموظف.
6. يوجد دليل على أن اتخاذ الإجراءات، وإبلاغ العاملين بها، في حالة وجود نتائج إيجابية للاختبارات.

EQR.30 (WFM.02) يضع المستشفى خطة توظيف للتأكد من أن الخدمات المقدمة تتماشى مع متطلبات المرضى، ورسالة المستشفى وتوصيات الممارسة المهنية.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

خطة التوظيف

الغرض:

إن تخطيط التوظيف هو عملية التأكد من أن المستشفى لديه الأشخاص المناسبون 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 يندر بالخطر، خاصة في تخصصات الرعاية الحرجة مثل وحدات العناية المركزة والتخدير.

يجب أن يلتزم المستشفى بقوانين ولوائح وتوصيات الممارسات المهنية التي تحدد المستوى المطلوب من التعليم أو المهارات أو المتطلبات الأخرى اللازم توافرها بالعاملين ومنهم الممارسون المستقلون 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. يحافظ المستشفى على المستوى الآمن من العاملين بما في ذلك عدد ومستوى مهارات الممارسين المستقلين والذي يساوي 60% 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 تعقيد وخطورة حالات المرضى الذين يخدمهم المستشفى.

(ج) الخدمات التي يقدمها المستشفى.

(د) أعباء العمل خلال ساعات العمل والمناوبات المختلفة.

(هـ) التكنولوجيا والمعدات المستخدمة في رعاية المرضى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة التوظيف بالمستشفى، أو يلاحظ توزيع ومهارات الموارد البشرية، أو يراجع ملفات العاملين بما في ذلك الممارسين المستقلين للتحقق من توافق خطة التوظيف مع القوانين واللوائح وتوصيات الممارسة المهنية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. تتوافق خطة التوظيف مع الرسالة والخطط الاستراتيجية والتشغيلية.
2. تمثل خطة التوظيف للقوانين واللوائح وتوصيات الممارسات المهنية.
3. تحدد خطة التوظيف العدد التقديري المطلوب من العاملين بما في ذلك الممارسون المستقلون والمهارات وكذلك المؤهلات المطلوبة لتلبية احتياجات المستشفى.
4. مراقبة خطة التوظيف ومراجعتها مرة على الأقل كل عام.

EQR.31 (WFM.06) يوجد ملف لكل عضو من طاقم العمل.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

ملفات العاملين

الغرض:

من الضروري أن تحتفظ المستشفى بملف لكل عامل، بما في ذلك الممارسون المستقلون. يتضمن ملف الموظف المعد بدقة سجلاً لخبرات الموظف ومهاراته وكفاءاته والتدريب اللازم للقيام بمسؤوليات العمل. بالإضافة إلى ذلك، يحتوي السجل على دليل على أداء الموظف وما إذا كان يلبي توقعات الوظيفة. لكل موظف في المستشفى، ومنهم الممارسون المستقلون، 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 لمسؤوليات وظيفته وكفاءاته؛ وتاريخ الخبرات في مجال العمل. تعد الملفات بطريقة موحدة ويتم الاحتفاظ بها محدثة وفقاً لسياسة المستشفى.

قد تحتوي ملفات العاملين، بما في ذلك الممارسون المستقلون، على معلومات حساسة ولذا يجب أن تظل سرية. تضع المستشفى سياسة وإجراءات توجه إدارة ملفات العاملين، وتتناول على الأقل ما يلي:

أ) إنشاء ملف الموظف.

ب) توحيد المحتويات مثل:

I. المؤهلات، بما في ذلك التعليم والتدريب والترخيص والتسجيل حسب الاقتضاء.

II. تاريخ العمل.

III. توثيق تقييم المؤهلات والتحقق من المصدر الرئيسي.

IV. التوصيف الوظيفي الحالي.

V. دليل مسجل على التعريف العام والتعريف بكل قسم والتعريف الخاص بالوظيفة للموظفين المعيّنين حديثاً.

VI. التعليم المهني الجاري والتعليم داخل المستشفى الذي يتم الحصول عليه.

VII. نسخ من تقييمات الأداء المبدئية والسنوية.

ج) تحديث محتويات الملف.

د) التخزين.

هـ) مدة الاحتفاظ بالملفات.

و) التخلص من الملفات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي توجه إدارة ملفات العاملين.

- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع الموظفين المشاركين في فتح واستخدام وتخزين ملفات العاملين لتقييم وعيهم.
- قد يتحقق مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من عينة من ملفات العاملين لتقييم المحتويات الموحدة.
- قد يزور مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المنطقة التي تحفظ فيها ملفات العاملين، ويقيم ظروف التخزين، والحفظ، والسرية، وآلية التخلص من الملفات.

أدلة التطابق مع المعيار:

- (1) يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة للحفاظ على ملفات العاملين وتوحيد محتواها على أن 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) تتضمن ملفات العاملين كل السجلات المطلوبة من (أ) إلى (VII) كما هو موضح في الغرض.
- (5) الاحتفاظ بملفات الموظفين السابقين لمدة محددة من الوقت وفقاً لسياسة المستشفى، ويحافظ المستشفى على السرية خلال التخلص من الملفات.

EQR.32 (WFM.07) يتلقى العاملون المعينون حديثاً والمتعاقد معهم والمستعان بهم من جهات خارجية برنامجاً تعريفياً.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

برنامج تعريف

الغرض:

لكي يقوم أي موظف جديد بأداء مهامه جيداً، بغض النظر عن خبرته في العمل، فإنه يحتاج إلى فهم هيكل المستشفى بالكامل وكيف تساهم مسؤولياته الإكلينيكية أو غير الإكلينيكية المحددة في تحقيق رسالة المستشفى. يتحقق ذلك من خلال تعريف عام للموظف بالمستشفى وبدوره 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 الموظفين بروية مشتركة ولتحقيق أهداف متفق عليها. كما أن البرنامج التعريفي يسهل دمج العاملين الجدد مع المتواجدين بالفعل لسرعة تشكيل فرق تعمل بشكل فعال لتقديم رعاية آمنة وذات جودة. يضع المستشفى برنامجاً تعريفياً شاملاً يتم تقديمه إلى جميع العاملين بغض النظر عن شروط توظيفهم. يتم تعريف العاملين على ثلاثة مستويات: التعريف العام، والتعريف بالقسم، والتعريف الخاص بالوظيفة. يتناول برنامج التعريف العام على الأقل ما يلي:

- (أ) رسالة ورؤية وقيم المستشفى والهيكل التنظيمي
(ب) سياسات المستشفى الخاصة بسلامة البيئة وسلامة المنشأة
(ج) معلومات عامة حول سياسات وإجراءات مكافحة العدوى
(د) سياسات المستشفى الخاصة بتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر
(هـ) إطار العمل الأخلاقي ولائحة الأخلاقيات
(و) حقوق المريض والعائلة
يتناول برنامج التعريف بالقسم على الأقل ما يلي:
(ز) استعراض السياسات والإجراءات ذات الصلة.
(ح) العمليات التشغيلية
(ط) علاقات العمل
يتناول برنامج التعريف بالوظيفة على الأقل ما يلي:
(ي) واجبات ومسؤوليات الوظيفة وفقاً للتوصيف الوظيفي
(ك) استخدام التكنولوجيا والمعدات
(ل) العمليات عالية الخطورة
(م) سلامة وصحة العاملين

ينبغي على المستشفى إعداد 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 يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع بعض العاملين ويستفسر حول عملية التعريف.
- قد يتحقق مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من عينة من ملفات العاملين للتأكد من وجود دليل على التعريف العام والتعريف بالقسم والتعريف بالوظيفة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. تنفيذ برنامج التعريف العام والذي يتضمن على الأقل العناصر من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
2. تنفيذ برنامج التعريف بالقسم والذي يتضمن على الأقل العناصر من نقطة (ز) إلى نقطة (ط).
3. تنفيذ برنامج التعريف بالوظيفة المحددة والذي يتضمن على الأقل العناصر من نقطة (ي) إلى نقطة (م).
4. يحضر كل الموظفين الجدد، بما في ذلك المتعاقد معهم والذين تتم الاستعانة بهم، برنامج التعريف بغض النظر عن شروط التوظيف.
5. يوجد دليل على أن كل الموظفين استكملوا برنامج التعريف ويسجل ذلك في ملفاتهم.

33.EQR (WFM.09) تقييم أداء وكفاءة العاملين بانتظام.

العدالة

الكلمات الرئيسية:

تقييم أداء العاملين

الغرض:

تقييم أداء العاملين هو عملية مستمرة تسمى أيضًا قياس الأداء أو مراجعة الأداء وهو تقييم رسمي يقوم به المديرون لتقييم أداء عمل الموظف، وتحديد نقاط القوة والضعف، وتقديم التغذية الراجعة، وتحديد أهداف الأداء المستقبلي. يستخدم المستشفى أداة لتقييم الأداء للتأكد من أن الموظفين لديهم المعايير اللازمة لأداء وظائفهم وتحقيق الأهداف. كما يعزز تقييم الأداء 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.

الكفاءة هي عملية لتحديد قدرة الموظف على تلبية المسؤوليات الرئيسية للوظيفة التي تم تعيينه من أجلها. ملاحظة وقياس كفاءة كل وظيفة في المستشفى هي واحدة من أهم واجبات رؤساء الأقسام. كما يجب عليها التأكد من فهم كل موظف للتطلعات والمسؤوليات والأنشطة والقدرات اللازمة لوظيفته.

يجب إجراء تقييم الكفاءة بعد فترة الاختبار (تقييم الكفاءة الأولي)، ثم على نحو مستمر بحد أدنى سنويًا لكل ما يلي على الأقل (طاقم التمريض، والطاقم المسؤول عن تقديم خدمات الأشعة، وخدمات المختبر، وخدمات الإجراءات، وخدمات نقطة الرعاية، والطاقم الذي يتعامل مع الأدوات الطبية ذات المهام الحرجة).

يجب أن يكون للمستشفى عملية موثقة لتقييم أداء الموظفين، بما في ذلك وسائل مراجعة الأداء والأدوات وأبعاد التقييم والمعايير والفرق الزمني وعملية التقييم والشخص المسؤول عن كل فئة من الموظفين.

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 العامة للاعتماد والرقابة الصحية عينة من ملفات العاملين للتحقق من اكتمال تقييمات الأداء.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم إجراء تقييم الأداء والكفاءة لكل عامل سنويًا على الأقل.
2. يجري القسم الخاص بكل موظف تقييمات الأداء والكفاءة.
3. يعتمد تقييم الأداء والكفاءة على التوصيف الوظيفي.

4. يوجد دليل على التغذية الراجعة لتقييم أداء وكفاءة الموظف.

5. يتم اتخاذ إجراءات بناء على مراجعة الأداء.

34.EQR (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 المعلومات والسجلات الطبية للمرضى 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. يجب التأكد من أن المناطق التي تحفظ فيها السجلات الطبية والبيانات آمنة ويمكن الوصول إليها بواسطة الأشخاص الذين يحتاجون إليها فقط. يجب تطبيق إجراءات لضمان حماية مناطق تخزين السجلات الطبية والخادم مثل التحكم في الحصول عليها ونوع 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 أو الاستخدام غير المصرح به.
- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إجراءات حماية سجلات المرضى الطبية والتي تتضمن النوع المناسب من طفايات الحريق والحماية من المياه والوصول المحدود في الأرشفة ومنطقة التخزين ومناطق الكمبيوتر أو الأماكن الأخرى بما في ذلك السجلات الطبية.

أدلة التطابق مع المعيار:

- (1) يتم تأمين السجلات والمعلومات الطبية وحمايتها في جميع الأوقات.
- (2) يتم تأمين السجلات والمعلومات الطبية في جميع الأماكن التي تتعامل مع السجلات الطبية، ومنها أماكن رعاية المرضى وقسم السجلات الطبية.
- (3) ينفذ قسم السجلات الطبية ومنطقة تخزين الخادم إجراءات لضمان سلامة المعلومات الطبية.
- (4) عند تحديد مشكلة تتعلق بسلامة البيانات والمعلومات، يتم اتخاذ إجراءات للحفاظ على السلامة.

3.5 EQR (IMT.08) تتم إدارة سجل المريض الطبي لضمان الفاعلية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

إدارة السجل الطبي للمريض

الغرض:

بدون بنية موحدة للسجل الطبي للمريض، 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. يخصص لكل سجل رقم مميز خاص بالمريض، ويستخدم للربط بين المريض وسجله الصحي. إن وجود ملف واحد برقم مميز يمكن المستشفى من تحديد السجل الطبي للمريض بسهولة ومن توثيق رعاية المريض على مدار الوقت. يجب أن تكون محتويات وترتيب السجل الطبي للمريض موحدة. الهدف الرئيسي من وضع بنية موحدة للسجل الطبي للمريض هو تسهيل الوصول إلى البيانات والمعلومات من أجل تقديم رعاية أكثر فاعلية وكفاءة للمريض.

يضع المستشفى ويطبق سياسة وإجراءات لإدارة السجلات الطبية على أن تتناول على الأقل ما يلي:

- (أ) إدارة مسار حركة السجل الطبي: فتح السجل الطبي للمريض، وإنشاء 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 السجل الطبي للمريض.
- (هـ) إدارة السجل الطبي للمريض ذو المحتوى الكبير.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى في إدارة السجل الطبي.

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

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) حتى نقطة (هـ).
2. جميع العاملين الذين يستخدمون السجل الطبي للمريض على دراية بمتطلبات السياسة.
3. فتح سجل المريض الطبي باستخدام وسيلة تعريف مميزة لكل مريض يخضع للتقييم أو العلاج.
4. محتويات وتنسيق ومكان مدخلات السجل الطبي للمريض موحدة.
5. السجل الطبي للمريض متاح عندما يحتاجه متخصص الرعاية الصحية.

EQR.36 (IMT.11) يتم اختبار وتقييم الاستجابة إلى أوقات تعطل نظم البيانات المخطط لها والغير المخطط لها

الفاعلية

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 مخططاً 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 تعيق سير عمليات التشغيل بالمستشفى بالإضافة إلى خطر فقدان البيانات.

يضع المستشفى وينفذ برنامجاً لضمان استمرارية عمليات رعاية المرضى الآمنة خلال فترة التعطل المخطط له وغير المخطط له، ويشمل ذلك توفر النماذج الورقية البديلة والموارد الأخرى المطلوبة. يتضمن البرنامج عملية استعادة النظام لضمان سلامة البيانات. يتم توثيق الأحداث غير المخطط لها والتحقق فيها لتحديد الإجراءات التصحيحية.

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 العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الاحداث الموثقة للتعطل غير المخطط له والإجراءات المتخذة.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين لتقييم درايتهم بطريقة الاستجابة للتعطل المخطط له وغير المخطط له.

أدلة التطابق مع المعيار:

- 1) يوجد برنامج استجابة إلى وقت التعطل المخطط له وغير المخطط له.
- 2) يتضمن البرنامج عملية استعادة النظام للعمل بشكل طبيعي حين حدوث عطل من وقت التعطل.
- 3) العاملون مدربون على الاستجابة إلى برنامج تعطل النظام.
- 4) يختبر المستشفى البرنامج مرة على الأقل سنوياً من أجل ضمان فاعليته.

EQR.37 (QPI.01) يحكم أنشطة تحسين الجودة لجنة (الجان) متعددة التخصصات معنية بتحسين الأداء، وسلامة المرضى، وإدارة المخاطر.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

لجنة (الجان) الجودة

الغرض:

لجنة (الجان) تحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر مسؤولة عن الإشراف وتقديم التوصيات لمجلس الإدارة بشأن الأمور المتعلقة بالفاعلية والكفاءة وملاءمة الجودة والسلامة وإدارة المخاطر الخاصة بالخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى. يهدف الإشراف إلى تحسين الأداء والحوكمة وفاعلية المستشفى وضمان توجيه وإدارة الخطة بشكل يومي.

تشكل المستشفى لجنة متعددة التخصصات لتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر بعضوية مدير المستشفى بصفته رئيساً للجنة. تقوم اللجنة بصياغة ثقافة الجودة في المنشأة من خلال أطر مرجعية تشمل على الأقل:

- أ. التأكد من مشاركة جميع مجالات الرعاية المحددة في أنشطة تحسين الجودة.
- ب. تحديد أولويات التحسين على مستوى المؤسسة.

- ج. التأكد من متابعة جميع القياسات، بما في ذلك معدل تكرار جمع البيانات.
- د. مراجعة الأحداث الضارة والأخطاء الوشيكة وتحاليل السبب الجذري لمنع تكرارها مرة أخرى.
- هـ. تطوير وتطبيق استراتيجيات لتعزيز سلامة المرضى والحد من المخاطر.
- و. متابعة التطابق مع المعايير التنظيمية ومعايير الاعتماد المرتبطة بالجودة والسلامة.
- ز. مراجعة بيانات رضا المرضى وتحديد الفرص المتاحة لتحسين تجربة المريض.
- ح. رفع تقرير بمعلومات الأداء وأنشطة تحسين الجودة إلى مجلس الإدارة وقيادات المستشفى والموظفين المعنيين.
- ط. تقييم أداء اللجنة سنويًا.

إن عقد اجتماعات دورية يساعد على تقديم المعلومات والتغذية الراجعة المطلوبة حول الخطط والأنشطة. كما يساعد على تحسين التعاون، وإتاحة الفرصة للتطور كفريق، والامتثال لمتطلبات القوانين واللوائح.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الأطر المرجعية للجنة متعددة التخصصات المعنية بتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة محاضر الاجتماعات والتحقق من إبلاغ جميع الموظفين المعنيين بكل التوصيات.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع رئيس اللجنة (اللجان) المعنية وأعضاء اللجنة للاستفسار حول أنشطة الجودة وسلامة المرضى في المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

- 1) توجد لجنة (لجان) متعددة التخصصات المعنية بتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر تلتزم بالقوانين واللوائح ذات الصلة، بما في ذلك النقاط من (أ) إلى (ط) المذكورة في الغرض.
- 2) توجد وثيقة تكليف رسمية لرئيس اللجنة (اللجان) المعين الذي يترأس اجتماعات اللجنة ويشارك فيها بشكل نشط.
- 3) تجتمع اللجنة على فترات محددة سلفًا.
- 4) يتم تسجيل محاضر اجتماعات اللجنة (اللجان) وإبلاغ الموظفين المعنيين بها.
- 5) تقيم اللجنة أداءها سنويًا.

EQR.38 (QPI.10) تمتلك المستشفى نظامًا للإبلاغ عن الأحداث.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نظام الإبلاغ عن الحوادث

الغرض:

تدعم الأنظمة الفعالة للإبلاغ عن الحوادث الإدارة القوية للمخاطر. يعرف الحادث على أنه أي حدث يؤثر على سلامة المرضى أو العاملين أو الزوار. في معظم المستشفيات، يجب أن يتم تضمين والإبلاغ عن الإصابات، أو شكاوى المرضى، أو الأخطاء الدوائية، أو تعطل المعدات أو التفاعلات العكسية للأدوية أو العلاجات، أو الأخطاء في رعاية المرضى. يؤثر الإبلاغ عن الحوادث بوضوح على تحسين سلامة المرضى، ويمكن أن يلقي الضوء على كيفية وأسباب حدوث الأذى للمرضى على مستوى المستشفى. تساعد تقارير الحوادث في اكتشاف المخاطر ومتابعتها وتقييمها وتخفيفها ومنعها سواء على المرضى أو العاملين أو الزوار. يتضمن نظام الإبلاغ عن الحوادث على الأقل ما يلي:

- أ) قائمة الحوادث والأخطاء والشبكة والأحداث الضارة والأحداث الجسيمة التي يمكن الإبلاغ عنها
- ب) عملية إدارة الحوادث تشمل كيفية وتوقيت الإبلاغ والشخص المسؤول عن الإبلاغ عن الحوادث والتحقيق فيها
- ج) تدريب العاملين على عملية إدارة الحوادث
- د) الحوادث التي تتطلب إبلاغ الإدارة على الفور
- هـ) تصنيف وتحليل الحادث ورفع تقرير بالنتائج
- و) دواعي وعملية إجراء تحليل مكثف

يمكن أن تسبب الأحداث الضارة عواقب سلبية جسيمة على كلاً من المرضى والعاملين. يلتزم المستشفى بتوفير الدعم الشامل للمتضررين. من خلال فهم الآثار العاطفية والنفسية لمثل هذه الحوادث، يوفر المستشفى الدعم الفوري والمستمر. يجب التأكد من وجود تواصل يتسم بالشفافية ومتابعة دقيقة لتناول أي مشكلات، وتعزيز ثقافة السلامة والثقة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة الإبلاغ عن الحوادث، ويراجع عينة من الحوادث التي تم الإبلاغ عنها، ويقيم الإجراءات التصحيحية المتخذة.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع العاملين للتحقق من إلمامهم بنظام الإبلاغ عن الحوادث.

أدلة التطابق مع المعيار:

- 1) يمتلك المستشفى نظاماً معتمداً للإبلاغ عن الحوادث يشمل العناصر من أ) إلى و) في الغرض.
- 2) كل العاملين على دراية بنظام الإبلاغ عن الحوادث بما في ذلك الخدمات المتعاقد عليها والخدمات المقدمة من مصادر خارجية.
- 3) يتم التحقيق في كل الحوادث المبلغ عنها، ويتم التعرف على الفجوات في الخدمات المقدمة.
- 4) يتم اتخاذ إجراءات تصحيحية و/أو وقائية لسد الفجوات في الخدمات في الوقت المناسب.
- 5) يتواصل المستشفى مع المرضى/المستفيدين من الخدمات حول الأحداث الضارة التي يتأثرون بها، ويوفر الدعم الفوري والمستمر لهم.

EQR.39 (QPI.11) يُعرّف المستشفى الأحداث الجسيمة ويحقق فيها ويحللها ويرفع تقريراً بها، ويتخذ الإجراءات التصحيحية والوقائية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأحداث الجسيمة

الغرض

وفقاً لما ذكرته منظمة الصحة العالمية، فإن الأثر الضار هو إصابة ذات صلة بالعلاج الطبي، على عكس مضاعفات المرض. تنقسم الأحداث الضارة إلى أحداث يمكن تجنبها وأحداث لا يمكن تجنبها. الحدث الضار الذي يمكن تجنبه هو حدث ناتج عن خطأ مرتبط بالعلاج الطبي. يتضمن العلاج الطبي كل جوانب الرعاية، بما في ذلك التشخيص والعلاج، والفشل في التشخيص أو العلاج، والأنظمة والأدوات المستخدمة في تقديم الرعاية.

"الخطأ الوشيك" أو "الضرر القريب" هو خطأ خطير أو حادث يمكن أن يسبب حدثاً ضاراً لكنه يخفق في ذلك لعدم توافر الفرصة أو لأنه تم اعتراضه. كما يسمى أيضاً الحدث الضار المحتمل.

الخطأ الجسيم هو حدث غير متوقع ويشمل الوفاة أو الإصابات الجسدية أو النفسية الشديدة. رغم أن كلاً من الأحداث الضارة والأحداث الجسيمة تتطوي على تضرر المرضى، إلا أن الأحداث الجسيمة تمثل مجموعة جزئية من الأحداث الضارة الشديدة التي تتطلب رعاية وتحقيقات فورية لمنع تكرارها، وتحسين سلامة المرضى. ومن ثم، يستدعي الخطأ الجسيم تحقيقات واستجابة فورية. بالإضافة إلى ذلك، تستدعي الأحداث الجسيمة المحتملة إجراء تحليل السبب الجذري.

ينبغي أن يضع المستشفى سياسة للتعامل مع الأحداث الجسيمة تشمل على الأقل ما يلي:

(أ) تعريفات الحدث الضار، والخطأ الوشيك، والخطأ الجسيم. تشمل الأحداث الجسيمة، على سبيل المثال لا الحصر:

- i. الوفاة غير الموقعة أو فقدان إحدى وظائف الجسم بشكل دائم بطريقة لا صلة لها بالمسار الطبيعي للمرض أو حالة المريض.
- ii. أحداث ناتجة عن المريض الخطأ، أو المكان الخطأ أو الإجراء الخطأ.
- iii. انتحار المريض، أو محاولته الانتحار، أو العنف الذي يؤدي إلى الوفاة، أو فقدان إحدى وظائف الجسم بشكل دائم.
- iv. ترك غير مقصود لجسم غريب داخل المريض بعد جراحة أو إجراء تدخلي.
- v. إعطاء العلاج الإشعاعي بشكل خاطئ.
- 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 2,500 جرام.
- viii. تفاعلات انحلال الدم الشديدة الناتجة عن نقل الدم
- ix. هتك العرض.

- x. الحريق.
- xi. اختطاف الأطفال.
- (ب) الإبلاغ الداخلي عن الأحداث الجسيمة.
- (ج) الإبلاغ الخارجي عن الأحداث الجسيمة.
- (د) إشراك أعضاء الفريق.
- (هـ) تحليل السبب الجذري.
- (و) خطط الإجراءات التصحيحية المتخذة.
- (ز) إجراءات التعامل مع عواقب الأحداث الضارة، بما في ذلك الضحية الأولى والثانية.

يتم إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بجميع الأحداث الجسيمة في غضون يومي عمل من وقوع الخطأ أو المعرفة بحدوثه. يجب إجراء تحليل للأسباب الجذرية لجميع الأخطاء التي تتماشى مع التعريف من أجل الوصول إلى فهم واضح للعوامل الكامنة وراء خلل النظام. يجب الانتهاء من التحليل والإجراءات في غضون 45 يومًا من وقوع الخطأ أو المعرفة بحدوثه.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى الخاصة بالتعامل مع الأحداث الجسيمة، وقد يجري مقابلات مع قيادات المستشفى للتحقق من معرفتهم.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من الأحداث الجسيمة المبلغ عنها وتقييم كلاً من التحقيقات، وتحليل السبب الجذري، والإجراءات التصحيحية المتخذة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يمتلك المستشفى سياسة للتعامل مع الأحداث الجسيمة تشمل العناصر من أ) إلى ز) في الغرض، وقيادات المستشفى على دراية بمتطلبات السياسة.
2. يتم التحقيق في جميع الأحداث الجسيمة بدقة ويتم الإبلاغ عنها من خلال تحليل السبب الجذري خلال فترة تحددها قيادة المستشفى بحيث لا تتخطى 45 يومًا من تاريخ الحدث أو المعرفة بحدوثه.
3. يتم إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بكل الأحداث الجسيمة وتتضمن العناصر من i) إلى xi) في الغرض خلال يومي عمل من تاريخ الحدث أو المعرفة بحدوثه.
4. تتخذ القيادات إجراءات تصحيحية ووقائية بناء على تحليل السبب الجذري المحدد.
5. يتم إبلاغ مجلس إدارة المستشفى وكذلك الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بنتائج تحليل السبب الجذري والإجراءات ذات الصلة.

EQR.40 (ATH.04) يتم احترام ودعم حقوق واستقلالية المرضى خلال أنشطة التعليم الإكلينيكي بجوار سرير المريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

حقوق المرضى خلال أنشطة التعليم الإكلينيكي بجوار سرير المريض.

الغرض:

ينبغي على المستشفى التعليمي/الجامعي الذي يُقدّم تعليمًا إكلينيكيًا بجانب سرير المريض وضع سياسة وإجراءات لضمان حقوق المرضى خلال التعليم الإكلينيكي بجانب السرير تتناول على الأقل ما يلي:

أ) الحصول على موافقة شفوية أو كتابية والتأكد من أن المرضى يفهمون تمامًا الغرض من مشاركتهم في الجلسات التعليمية وطبيعتها وتأثيرها المحتمل. لديهم أيضًا الحق في رفض الموافقة أو سحبها في أي وقت دون أي عواقب سلبية على رعايتهم.

ب) حماية الخصوصية والسرية واتخاذ التدابير اللازمة، مثل استخدام مناطق خاصة، والحصول على موافقة شفوية لمشاركة المتعلمين، والامتناع عن مناقشة معلومات حساسة أو تُحدّد هوية المريض في الأماكن العامة أو غير السرية.

ج) تعزيز ثقافة الاحتراف والاحترام بين مُقدّمي الرعاية الصحية والمتعلمين والمرضى. تثقيف المتعلمين حول السلوك المناسب، واحترام حدود المريض، وأهمية الحفاظ على نهج مهني وأخلاقي خلال جميع التفاعلات.

د) إعطاء الأولوية للراحة الجسدية والعاطفية وسلامة المرضى خلال التعليم الإكلينيكي بجانب السرير. اتخاذ التدابير المناسبة لتقليل أي إزعاج أو ضرر مُحتمل للمريض، بما في ذلك تجنب الإجراءات أو الفحوصات غير الضرورية فقط لأغراض التدريس.

هـ) تشجيع تلقي ملاحظات من المرضى فيما يتعلق بتجاربهم مع التعليم الإكلينيكي بجانب السرير. توفير آلية للمرضى للتعبير عن أي مخاوف أو شكاوى أو اقتراحات تتعلق بمشاركتهم في الأنشطة التعليمية وضمان معالجة هذه الأمور على الفور وبشكل مناسب.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة والإجراءات التي توضح حقوق المرضى خلال التعليم بجانب سرير المريض.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المشاركين في التعليم بجانب السرير للتأكد من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع المرضى الذين يشاركون في عملية التعليم بجوار السرير للتأكد من احترام حقوق المريض.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة تتناول كل العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى هـ).
2. العاملون المشاركون في التعليم بجانب السرير على دراية بمحتوى السياسة.
3. يتم الحصول على موافقة شفوية أو مكتوبة من المرضى قبل مشاركتهم في التعليم بجانب السرير.
4. تتم حماية خصوصية وسريّة المرضى خلال التعليم بجانب السرير.

4.1 EQR (ATH.09) تتم حماية حقوق المرضى خلال الأنشطة البحثية.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

حقوق المرضى الخاضعين للأبحاث

الغرض:

في البحث المقبول أخلاقياً، يتم تقليل المخاطر وتكون معقولة بالنسبة للفوائد المحتملة للدراسة. قد تختلف طبيعة المخاطر وفقاً لنوع البحث الذي سيتم إجراؤه؛ قد يحدث الضرر إما على مستوى الفرد أو على مستوى الأسرة أو المجتمع. قد يحمل الانضمام إلى تجربة بحثية حالة من عدم اليقين والخوف للمشاركين. أيضاً، قد يجعل الانسحاب منها المشاركين خائفين من التعرض للعنصرية. يُعتبر انتهاك الخصوصية والإخلال بالسرية عدم احترام للمشاركين ويمكن أن يؤدي إلى مشاعر فقدان السيطرة أو الإحراج، فضلاً عن أضرار ملموسة مثل الوصم الاجتماعي أو الرفض من قبل العائلات أو المجتمعات، أو فقدان فرص مثل العمل أو السكن. إن الأساس الأخلاقي للموافقة المستنيرة هو مبدأ احترام الأشخاص. يحق للأفراد المؤهلين أن يختاروا بحرية ما إذا كانوا سيشاركون في البحث واتخاذ قرارات بناءً على فهم كافٍ لما تستلزمه الدراسة.

ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات للبحث تتضمن على الأقل:

(أ) معايير الأهلية للتسجيل في المشاريع أو البروتوكولات البحثية.

(ب) حقوق المريض خلال التسجيل في البحث.

(ج) ضمانات السرية للصور ومعلومات المريض المُضمنة في البحث.

(د) يحق للمريض الانسحاب من التجربة البحثية دون خوف من العقاب.

لا ينبغي حرمان أي شخص من نصيبه العادل من فوائد البحث؛ تشمل هذه الفوائد المباشرة للمشاركة (إن وجدت) بالإضافة إلى المعرفة الجديدة التي صُممت الدراسة لإنتاجها.

يجب الحصول على موافقة مبنية على المعرفة؛ ويجب أن يُتخذ القرار نيابة عن الأطفال أو البالغين الذين يفتقرون إلى الأهلية لتقديم موافقة مُستنيرة من قبل صانع قرار بديل مصرح له.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع قيادات المستشفى وبعض أعضاء اللجنة للاستفسار عن الأنشطة البحثية.

- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع المرضى المدرجين في الأنشطة البحثية للتأكد من احترام حقوقهم خلال المشاركة في البحث.
- قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع الباحثين للتحقق من درايتهم بمتطلبات الأنشطة البحثية
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملف البحث والسجلات الطبية للمرضى الذين يشاركون في الأنشطة البحثية للتحقق من وجود موافقة موقعة من المريض.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتضمن كل النقاط المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. الباحثون على دراية بمتطلبات السياسة.
3. توجد موافقة موقعة من المريض على المشاركة في البحث محفوظة في الملف البحثي والسجل الطبي للمريض.
4. عند التعرف على مشكلات تتعلق بسلامة المريض خلال البحث، يتم إبلاغ المرضى، واتخاذ الإجراءات للتأكد من سلامة المريض.

القسم 4: دليل التشغيل

► قراءة وتفسير دليل التشغيل

يُحدّد دليل التشغيل جميع المستندات المطلوبة في دليل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لمعايير اعتماد المستشفيات (السياسات، الإجراءات، الخطط، البرامج، القوائم، إلخ). يجب أن تكون جميع هذه المستندات متاحة لغرض المراجعة من قبل مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية خلال مراجعة الاعتماد المبدئي. ستُجرى عملية المراجعة فيما يتعلق بقسم دليل التشغيل من خلال مقابلات مع قيادات المستشفى فيما يتعلق بمستنداتهم ذات الصلة وكيفية وضعها بما في ذلك خططهم للتنفيذ. تُصنّف قائمة المستندات المطلوبة وفقًا لفصول دليل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لمعايير اعتماد المستشفيات على النحو التالي:

- ثقافة محورها المريض
- الوصول إلى الرعاية واستمراريتها وانتقالها
- تقديم الرعاية المتكاملة
- خدمات الرعاية الحرجة والخاصة
- الخدمات التشخيصية والمساعدة
- الجراحة والتخدير والتسكين
- إدارة الأدوية وسلامتها
- سلامة البيئة والمرافق
- منع العدوى ومكافحتها
- حوكمة وإدارة المنظمة
- تقييم المجتمع ومشاركته
- إدارة القوى العاملة
- إدارة المعلومات والتكنولوجيا
- تحسين الجودة والأداء
- المستشفيات الأكاديمية والتعليمية

ملاحظة هامة: يمكن تضمين أكثر من مُتطلب في مستند واحد.

كود المعيار والكلمة الرئيسية	نوع المستند	المكونات
1- ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض		
PPC.01 الرعاية متعددة التخصصات المتكاملة حول المريض	مستند معتمد	تُحدّد اللجنة مسؤوليات تتضمن على الأقل ما يلي: أ) وضع رؤية لإنشاء ثقافة متمركزة حول المريض مع النهج المطلوب لتحقيقها. ب) توصيل هذه الرؤية إلى أصحاب المصلحة المختلفين وأعضاء الفريق. ج) تعليم وتدريب الفريق لضمان فهمهم لقواعد الرعاية التي محورها المريض وقدرتهم على تنفيذها، بما في ذلك تمكين المرضى من اتخاذ خيارات/قرارات مبنية على المعرفة. د) تحديد العقوبات والمقاومة المحتملة. هـ) العمل على إزالة هذه العقوبات وتخفيف حدة المقاومة.
PCC.02 حقوق المريض والأسرة	سياسة	أ) حق المريض والأسرة في الحصول على الرعاية إذا كانت مُقدّمة من المستشفى. ب) حق المريض والأسرة في معرفة اسم عضو الفريق الطبي المُعالج و/أو المُشرف و/أو المسؤول. ج) حقوق المريض والأسرة في الحصول على رعاية تحترم القيم والمعتقدات الشخصية للمريض. د) حقوق المريض والأسرة في أن يتم إعلامهم والمشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم. هـ) حقوق المريض والأسرة في رفض الرعاية ووقف العلاج. و) حقوق المريض والأسرة في الأمن والخصوصية الشخصية والسرية والكرامة. ز) حقوق المريض والأسرة في تقييم وعلاج الألم. ح) حقوق المريض والأسرة في تقديم شكوى أو اقتراح دون خوف من الانتقام. ط) حقوق المريض والأسرة في معرفة سعر الخدمات والإجراءات. ي) حقوق المريض والأسرة في طلب رأي طبي ثانٍ سواء داخلياً أو خارجياً.
PCC.03 مسؤوليات المريض والأسرة	سياسة	أ) يتحمل المرضى وأسرهم مسؤولية تقديم معلومات واضحة ودقيقة عن التاريخ الطبي الحالي والسابقة للمرض/الحالة. ب) يتحمل المرضى وعائلاتهم مسؤولية الامتثال لسياسات وإجراءات المستشفى. ج) يتحمل المرضى وعائلاتهم مسؤولية الامتثال للالتزامات المالية وفقاً للقوانين واللوائح وسياسة المستشفى.

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
د) يتحمل المرضى وعائلاتهم مسؤولية إظهار الاحترام للمرضى الآخرين ومتخصصي الرعاية الصحية. هـ) يتحمل المرضى وعائلاتهم مسؤولية اتباع خطة العلاج الموصى بها.		
أ) تحديد احتياجات المريض والعائلة التي قد تختلف من مريض لآخر. ومع ذلك، يجب معالجة الاحتياجات التالية على الأقل لجميع المرضى: i. تشخيص وحالة المريض. ii. خطة الرعاية، والنتيجة المتوقعة للرعاية وبدائل خطة الرعاية. iii. تعليمات الخروج من المستشفى. ب) المسؤولية مُتعددة التخصصات عن عملية تثقيف المريض والعائلة. ج) تُقدّم طريقة التثقيف وفقاً لقيم المريض والعائلة ومستوى تعلمهم، وكذلك بلغة وشكل يفهمونه. د) توثيق أنشطة تثقيف المريض، بما في ذلك المعلومات والتثقيف المُقدّم، وكيف تم تقديم المعلومات والتثقيف (مثل كتابةً، شفهيًا، عن طريق العرض العملي، إلخ)، وتأكيد أن المريض و/أو العائلة فهموا المعلومات والتثقيف المُقدّم.	سياسة	PCC.07 عملية تثقيف المريض والأسرة
أ) قائمة العمليات الطبية التي تتطلب موافقة مبنية على المعرفة؛ تشمل هذه القائمة: i. الجراحة والإجراءات الجراحية الغزوية. ii. التخدير والتهدئة المتوسطة والعميقة. iii. استخدام الدم والتبرع بالدم. iv. الإجراءات أو العلاجات عالية الخطورة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر العلاج بالصدمات الكهربائية والعلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي). v. البحث. vi. الأنشطة الفوتوغرافية والترويجية، التي يمكن أن تكون الموافقة عليها لفترة أو غرض مُحدّد. ب) احتمالية النجاح وخطر عدم إجراء العملية أو التدخل، بالإضافة إلى فوائد وبدائل إجراء تلك العملية الطبية المُحدّدة. ج) حالات مُعيّنة يمكن فيها لشخص آخر غير المريض إعطاء الموافقة، وكذلك آليات الحصول عليها وتسجيلها وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها وسياسات المستشفى المُعتمدة. د) توفر نماذج الموافقة في جميع المواقع اللازمة.	سياسة	PCC.08 الموافقة المبنية على المعرفة

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ) كيفية إبلاغ المريض/العائلة بالحالة الطبية الحالية للمريض. ب) كيفية إبلاغ المريض/العائلة بعواقب قرارهم. ج) كيفية تسجيل رفض المريض و/أو العائلة لخطوة في عملية الرعاية الطبية. د) يتم إبلاغ المرضى ببدائل الرعاية والعلاج المتاحة.	سياسة	PCC.10 الرفض المبني على المعرفة
أ) تحديد مستوى مسؤولية المنشأة عن مُمتلكات المرضى. ب) كيفية إبلاغ المرضى والعائلات بمسؤولية المستشفى عن المُمتلكات. ج) الموظفون المسؤولون عن التعامل مع متعلقات المرضى. د) العملية المُتَّبعة للتعامل مع متعلقات المريض، بما في ذلك كيفية تسجيل الممتلكات وحمايتها؟ ولكم من الوقت؟ وكيف ومتى يتم إعادة متعلقات المريض؟ هـ) كيفية إدارة المستشفى لحالات المفقودات والمتعلقات التي تم العثور عليها. يجب أن يُحدّد المستشفى عملية واضحة يجب اتباعها عندما لا يتم إعادة المتعلقات خلال إطار زمني مُحدّد.	سياسة	PCC.14 متعلقات المريض
أ) قياس ملاحظات المرضى المُقيمين في المستشفى. ب) قياس ملاحظات مرضى العيادات الخارجية. ج) قياس ملاحظات مرضى الطوارئ.	سياسة	PCC.15 تعقيبات المريض والأسرة
أ) آليات إبلاغ المرضى والأسر بقنوات الاتصال للتعبير عن شكواهم واقتراحاتهم. ب) عمليات تتبع شكاوى واقتراحات المرضى والأسر. ج) مسؤولية الرد على شكاوى واقتراحات المرضى. د) الإطار الزمني لتقديم ملاحظات المرضى والأسر حول الشكاوى أو الاقتراحات المُعبّر عنها. هـ) متابعة البيانات المُبلّغ عنها بشأن شكاوى المرضى واتخاذ إجراءات للسيطرة على العملية أو تحسينها.	سياسة	PCC.16 الشكاوى والمقترحات
2- الوصول إلى الرعاية واستمراريتها وطرق انتقالها		

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
متطلبات السلامة (GSRs) ذات الصلة: GSR.01: تعريف المريض GSR.04: التواصل للتسليم والتسلم		
أ) تحديد النطاق الشامل للخدمات على مستوى المستشفى. ب) كيفية توفير معلومات كاملة عن الرعاية المُقدَّمة وإمكانية الوصول إلى الخدمات التي يُقدِّمها المستشفى. ج) عملية فحص المرضى لتحديد ما إذا كان نطاق خدمات المستشفى يُمكن أن يلبي احتياجاتهم من الرعاية الصحية. د) الوصول عبر مناطق الطوارئ آمن ومناسب لحالات المرضى. هـ) الوصول عبر مناطق العيادات الخارجية يتضمن عملية جدولة ووضع المرضى في قائمة انتظار مُحدَّدة بوضوح. و) الإجراءات التي يجب اتخاذها إذا كانت احتياجات المريض لا تتطابق مع نطاق خدمات المنشأة. ز) سهولة الوصول إلى خدمات المستشفى للمرضى ذوي أنواع الإعاقات المختلفة.	سياسة	ACT.01 إتاحة الوصول (قبل تسجيل المريض)
نطاق خدمات المستشفى	مستند معتمد	ACT.01 إتاحة الوصول (قبل تسجيل المريض)
أ) الحد الأدنى من المعلومات المطلوبة لتسجيل المريض. ب) تنسيق تدفق المرضى بين خدمات المستشفى الضرورية. ج) الحد الأدنى من المعلومات المطلوبة لعملية التسجيل وتدفق المرضى مرئية للمرضى والعائلات في نقطة الاتصال الأولى وفي المناطق العامة.	سياسة	ACT.02 عملية التسجيل
أ) إجراءات دخول المرضى إلى المستشفى، بما في ذلك القادمون من منطقة العيادات الخارجية ومناطق الطوارئ وطرق دخول المستشفى الأخرى. ب) خطة المستشفى للأسيْرَة والإطار الزمني للدخول إلى المستشفى والمعدات الطبية والمستلزمات والأدوية لدعم رعاية المرضى. ج) المعلومات التي تُعطى للمريض والعائلة وقت دخول المستشفى.	سياسة	ACT.04 عملية الحجز في المستشفى

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
(د) إدارة المرضى عندما لا يكون السرير متاحًا. (هـ) إدارة المرضى الذين لا يستطيع المستشفى تلبية احتياجات رعايتهم، بما في ذلك الرعاية في غرف الطوارئ أو العيادات الخارجية أو خدمات المرضى الداخليين.		
تقييم مخاطر تدفق المرضى	مستند تقييم المخاطر	ACT.06 مخاطر تدفق المرضى
(أ) يتم تكليف طبيب أكثر مسؤولية (MRP) لكل مريض محجوز في المستشفى بما يتناسب مع الحالة الإكلينيكية للمريض. (ب) شروط طلب ومنح نقل مسؤولية الرعاية. (ج) كيفية نقل المعلومات حول التقييم وخطة الرعاية، بما في ذلك الخطوات المُعلَّقة، من الطبيب الأكثر مسؤولية الأول إلى الطبيب التالي. (د) العملية لضمان التحديد الواضح للمسؤولية بين أطراف نقل المسؤولية.	سياسة	ACT.07 رعاية مسؤولية المريض
(أ) معايير مُحَدَّدة للحصول على رأي طبي ثانٍ للمرضى. (ب) عملية واضحة لتوصيل طلبات الرأي الثاني إلى متخصصي الرعاية الصحية المعنيين. (ج) عملية واضحة لتوصيل المعلومات الأساسية إلى متخصصي الرعاية الصحية الذين يُقَدِّمون الرأي الثاني. (د) الإطار الزمني للرد على طلبات الرأي الطبي الثاني. (هـ) تفاصيل الرد لضمان تخطيط رعاية آمنة ومناسبة. (و) الإجراءات التي يجب اتخاذها عندما لا يستطيع المستشفى توفير رأي طبي ثانٍ.	سياسة	ACT.09 الرأي الطبي الثاني
(أ) متطلبات/معايير الحصول على مشورة للمرضى. (ب) النتيجة المتوقعة وأولوية المشورة. (ج) عملية واضحة لتوصيل طلبات المشورة إلى متخصصي الرعاية الصحية المعنيين. (د) الإطار الزمني للرد على طلبات المشورة. (هـ) تفاصيل الرد لضمان تخطيط رعاية آمنة ومناسبة.	سياسة	ACT.10 عملية المشورة

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ) معايير مُحَدَّدة للحصول على آراء مُتَعَدِّدة التخصصات. ب) مسؤوليات واضحة بين فريق العلاج. ج) تسجيل تفاصيل التواصل والتقييم والرعاية.	سياسة	ACT.11 العلاج متعدد التخصصات
أ) نقل آمن للمرضى من وإلى سرير الفحص، والعربة، والكرسي المتحرك، ووسائل النقل الأخرى. ب) آلية تنسيق مطلوبة لضمان النقل الآمن خلال الإطار الزمني المُعتمد. ج) كفاءة الموظفين المسؤولين عن التعامل مع المرضى ونقلهم. د) سلامة الموظفين أثناء رفع ونقل المرضى. هـ) معايير مُحَدَّدة لتحديد مدى ملاءمة النقل داخل المستشفى.	سياسة	ACT.12 انتقال المريض
أ) معايير دخول مُحَدَّدة لوحدة العناية المركزة والوحدات المُتَخَصِّصة قائمة على الحالة الفسيولوجية و/أو حالات مُحَدَّدة من قبل مُتَخَصِّصي الرعاية الصحية المُناسبين في المستشفى. ب) معايير خروج مُحَدَّدة لوحدة العناية المركزة والوحدات المُتَخَصِّصة قائمة على الحالة الفسيولوجية و/أو حالات مُحَدَّدة من قبل مُتَخَصِّصي الرعاية الصحية المُناسبين في المستشفى.	مستند معتمد لمعايير دخول وخروج المرضى من المستشفى	ACT.13 الوصول إلى وحدات الرعاية الخاصة
أ) تبدأ عملية التخطيط للخروج النهائي من المستشفى، والخروج المؤقت، والتحويل، و/أو النقل إلى الخارج بمجرد استقرار التشخيص أو التقييم، وعند الاقتضاء، يشمل ذلك المريض والعائلة. ب) شخص مُؤَهَّل مسؤول عن إصدار وتنفيذ خروج المريض، والإحالة، و/أو النقل إلى الخارج. ج) معايير مُحَدَّدة تُحدِّد مدى ملاءمة الإحالات والنقل إلى الخارج بناءً على نطاق الخدمة المُعتمد واحتياجات المريض للرعاية المُستمرة. د) التنسيق مع جهات النقل/الإحالة، إن وجدت، ومستويات الخدمة الصحية الأخرى والمنظمات الأخرى. هـ) تكون أوراق التحويل/النقل كاملة وتشمل على الأقل ما يلي: i. تحديد هوية المريض. ii. سبب التحويل/النقل. iii. المعلومات التي تم جمعها من خلال التقييمات والرعاية.	سياسة	ACT.14 تحويل ونقل المرضى والخروج المؤقت والخروج النهائي

نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية	المكونات
		iv. الأدوية والعلاجات المُقدَّمة. v. وسائل النقل والمتابعة المطلوبة. vi. الحالة عند التحويل/النقل. vii. الوجهة عند التحويل/النقل. viii. اسم عضو الفريق الطبي الذي قرر تحويل/نقل المريض.
برنامج	ACT.16 الطب عن بعد	أ) تحديد نطاق الخدمات والطرق التكنولوجية المستخدمة. ب) يجب أن تكون منصات الطل عن بُعد المناسبة، وتطبيقات الهاتف المحمول أو التطبيقات القائمة على الإنترنت، والأجهزة الطرفية الأخرى متوافقة مع الإرشادات الصناعية الموصى بها. ج) الموارد المطلوبة لدعم خدمات الطب عن بُعد الإكلينيكية المخطط لها بناءً على أهداف البرنامج. د) التدريب المطلوب للموظفين، ومُقدِّمي الخدمات المشاركين، وغيرهم من الموظفين التقنيين المُتخصِّصين في مجال الطب عن بُعد. هـ) عملية الإشراف على خدمات أو وظائف الطب عن بُعد المُسنَّدة إلى مصادر خارجية. و) يُوفَّر المستشفى طريقة واضحة للمريض لبدء لقاء لخدمات الطب عن بُعد. ز) عملية التحقق من وتوثيق هويات المرضى/مُقدِّمي الخدمات والمواقع الفعلية لكل لقاء للطب عن بُعد. ح) الالتزام بالإرشادات القائمة على الأدلة المقبولة عمومًا ذات الصلة بالخدمات الإكلينيكية المُستخدمة للقاءات المرضى. ط) عملية فرز المرضى لتحديد أهليتهم لخدمات الطب عن بُعد المُتاحة. ي) عملية ضمان خصوصية وأمن المعلومات الصحية المحمية (PHI) وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها. ك) رسوم خدمات الطب عن بُعد، والتغطية التأمينية، وعملية إعداد الفواتير المُتعلِّقة بتقديم واستخدام خدمات الطب عن بُعد. ل) التقييم الدوري لخدمات الطب عن بُعد بناءً على مؤشرات الجودة، بما في ذلك الوصول والفاعلية والرضا.

المكونات	كود المعيار والكلمة الرئيسية نوع المستند	
3- تقديم الرعاية المتكاملة		
<u>متطلبات السلامة ذات الصلة (GSRs):</u> GSR.02: الأوامر الشفهية والهاتفية GSR.03: النتائج الحرجة GSR.05: تقييم ومنع السقوط GSR.06: منع قرح الفراش (قرح الضغط) GSR.07: الوقاية من التجلط الوريدي GSR.10: التعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له		
أ) يجب على المستشفيات وضع سياسة تُحدّد ما يُشكل رعاية موحدة، وما هي الممارسات التي يُمكن اتباعها لضمان عدم التمييز ضد المرضى بناءً على خلفيتهم أو فئة إقامتهم، وكيفية الإبلاغ عن حوادث التمييز المُحتملة والتحقيق فيها	سياسة	ICD.01 الرعاية الموحدة
أ) توفير أو تشغيل أو الاستعانة بمصادر خارجية لخدمات الإسعاف. ب) الجاهزية المُستمرة. ج) الإطار الزمني لتلقي المكالمات وإرسال المركبات والوصول إلى المرضى. د) فحص وتقييم وإعادة تقييم المرضى. هـ) بروتوكولات الرعاية للمرضى في مكان الحادث وأثناء النقل. و) إجراء تدريبات لضمان الجاهزية المُستمرة.	سياسة	ICD.02 الرعاية قبل دخول المستشفى، والرعاية في الإسعاف، والرعاية الطبية الطارئة خلال الكوارث

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ) مؤهلات الموظفين المطلوبة لتقديم رعاية الطوارئ على مدار الساعة، بما في ذلك دعم الحياة المتقدم (ALS) للطاقت الطبية. ب) وضع معايير مُحددة لتحديد أولوية الرعاية وفقًا لعملية فرز قائمة على الأدلة. ج) الحد الأدنى من المتطلبات للتقييم وإعادة التقييم الطبي والتمريضي في حالات الطوارئ. د) تتبع عملية الرعاية الإرشادات والبروتوكولات الإكلينيكية المُعتمدة، بما في ذلك طلب الفحوصات والاستشارات واحتجاز المرضى للملاحظة. هـ) يجب أن تتضمن السجلات الطبية لمرضى الطوارئ على الأقل: i) تقييم ومستوى الفرز. ii) التقييم وإعادة التقييم الطبي والتمريضي. iii) الرعاية المُقدمة. iv) وقت الوصول ووقت المغادرة. v) وضع المريض عند الخروج. vi) تشخيص المريض أو الاستنتاج عند انتهاء العلاج. vii) حالة المريض عند المغادرة. viii) تعليمات رعاية المتابعة.	سياسة	ICD.03 خدمات الطوارئ
أ) وقف تدهور حالات ألم الصدر الطارئة وعلاجها. ب) وقف تدهور حالات الصدمة الطارئة وعلاجها. ج) وقف تدهور حالات الإصابات المُتعددة الطارئة وعلاجها. د) وقف تدهور حالات تغيّر مستوى الوعي الطارئة وعلاجها. هـ) وقف تدهور حالات الربو الطارئة وعلاجها. و) وقف تدهور حالات السكتة الدماغية الطارئة وعلاجها. ز) حالات الطوارئ الأخرى المُختارة بناءً على نطاق خدمات المستشفى.	سياسة	ICD.04 إرشادات الرعاية الطارئة
أ) نطاق ومحتوى فحص المرضى المطلوب لتحديد أولوية احتياجات المريض من الرعاية الطبية والتمريضية في قسم العيادات الخارجية. ب) قيام موظف مُؤهل بإجراء عملية الفحص الأولي.	سياسة	ICD.05 خدمات العيادات الخارجية

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
ج) نطاق ومحتوى التقييم الأولي، بما في ذلك التاريخ المرضي والفحص الجسدي. د) المسؤولية عن إتمام التقييمات. هـ) تسجيل خطط الرعاية. و) معدل إعادة التقييم خلال الزيارات اللاحقة أو المتابعات، كلما كان ذلك مُمكنًا. ز) توثيق تثقيف المريض والعائلة وتعليمات المتابعة.		
ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتحديد الحد الأدنى من المحتويات المقبولة ومعدل التقييمات وإعادة التقييمات الإكلينيكية. يشمل التقييم الأولي على الأقل ما يلي: أ) الشكوى الرئيسية. ب) تفاصيل المرض الحالي. ج) التاريخ الطبي والجراحي السابق. د) الحساسية وردود الفعل السلبية للأدوية. هـ) التاريخ الدوائي. و) التاريخ الاجتماعي والعاطفي والسلوكي. ز) التاريخ العائلي. ح) العناصر المطلوبة للفحص الجسدي الشامل. ط) يتم إجراء تقييم مُتخصّص لكل تخصص أو فئة من المرضى. ي) التشخيص المبدئي.	سياسة	ICD.06 التقييمات للمرضى الطبية
ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ عملية لتحديد الحد الأدنى من المحتويات المقبولة ومعدل التقييمات وإعادة التقييمات الإكلينيكية التمريضية. يتضمن سجل التقييم التمريضي الأولي على الأقل ما يلي: أ) العلامات الحيوية وقياسات إضافية مثل الطول والوزن. ب) تقييم السقوط. ج) الفحص المطلوب، على سبيل المثال، للألم، وقرح الفراش، والوظيفي، والتغذوي، والنفسي الاجتماعي، وما إلى ذلك، وفقًا لسياسات المستشفى. د) مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية والإعاقة والجلد والترطيب.	سياسة	ICD.07 التقييمات للمرضى التمريضية

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
هـ) المُخرجات (حسب الاقتضاء). و) تقييم ترميزي مُفصل لجهاز (أجهزة) جسم مُحددة مُتعلقة بالمشكلة الحالية أو أي مخاوف حالية أخرى مطلوبة.		
أ) معايير الفحص لكل من احتياجات الرعاية الصحية التالية: i. الحالة التغذوية. ii. الحالة الوظيفية. iii. الحالة النفسية الاجتماعية. iv. احتياجات الخروج من المستشفى. v. ضحايا الإساءة والإهمال. ب) الأفراد المؤهلون المسؤولون عن وضع معايير فحص المرضى لكل حاجة من احتياجات الرعاية الصحية من (i) إلى (v). ج) الإطار الزمني لإكمال فحص احتياجات الرعاية الصحية. د) عملية تحديد الحاجة إلى مزيد من التقييم من قبل الخدمة المُحددة عند استيفاء المعايير المُحددة. هـ) متطلبات التوثيق للفحص من (i) إلى (v) وعملية الإحالة كما يتم تطبيقها.	سياسة	ICD.08 فحص احتياجات التقييم الإضافية
أ) أدوات فحص الألم المناسبة لمختلف فئات المرضى وفقًا لنطاق المستشفى، أي أدوات للبالغين والأطفال وحديثي الولادة والمرضى الذين يُعانون من ضعف إدراكي. ب) عناصر التقييم الكامل للألم التي تشمل شدة الألم وطبيعته وموقعه ومعدله ومدته. ج) معدل إعادة تقييم الألم. د) بروتوكولات علاج الألم. هـ) الموظفون الأكفاء المسؤولون عن علاج الألم.	سياسة	ICD.09 فحص وتقييم وإعادة تقييم وعلاج الألم
أ) توفر أفراد أكفاء لتقييم وإدارة الاحتياجات التغذوية للمريض. ب) معايير مُحددة لإشراك خدمات التغذية في عملية رعاية المريض. ج) مُكوّنات التقييم التغذوي. د) التعامل مع الاحتياجات التغذوية للمريض:	سياسة	ICD.13 الاحتياجات التغذوية للمريض

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ. توفر قائمة بجميع الأنظمة الغذائية الخاصة وتلبيتها. II. طلب الطعام مناسب للحالة الإكلينيكية للمريض. III. يتم تسجيل طلب الطعام أو العناصر الغذائية الأخرى في السجل الطبي. IV. يتوافق تحديد مواعيد الوجبات وأوقات توزيعها مع تفضيلات المريض. هـ) عملية لضمان سلامة الطعام الذي تُحضره العائلة.		
أ) تحديد فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يزورون المستشفى ويحتاجون إلى تعديل نموذج التقييم العام، والذي يجب أن يشمل على الأقل ما يلي: أ. حديثي الولادة. II. الأطفال. III. المراهقون. IV. كبار السن. V. المرضى أصحاب المناعة الضعيفة. VI. المرضى المُصابون بأمراض مُعدية. VII. المرضى ذوو الاحتياجات النفسية والاجتماعية الخاصة. VIII. ضحايا الإساءة والإهمال. ب) توفر أفراد أكفاء لتقييم وإدارة احتياجات فئات المرضى الخاصة. ج) التعديلات المطلوبة لطرق تقييم المرضى العادية لتتناسب مع احتياجات فئات المرضى الخاصة. د) إدارة ورعاية احتياجات فئات المرضى الخاصة من خلال خطة رعاية فردية.	سياسة	ICD.14 فئة المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة
أ) إجراءات توجيه اعتماد وتكييف إرشادات/بروتوكولات الممارسة الإكلينيكية مثل: i. معايير اختيار الإرشادات مثل المؤشر والحاجة، والقائمة على الأدلة، ومدى ملاءمتها لنطاق عمل المستشفى وقدراته. ii. تشكيل لجنة خبراء. iii. التقييم الأولي والتكيف والتخصيص.	سياسة	ICD.16 تعديل وتبني إرشادات الممارسة الإكلينيكية

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
iv. المراجعة المحلية من قبل قيادة المستشفى والهيئات الأخرى ذات الصلة في المستشفى لضمان توافق الإرشادات مع الأهداف الاستراتيجية الشاملة للمستشفى والحفاظ على الجودة الإكلينيكية. v. وضع خطة تنفيذ. ب) ينبغي على المستشفى تعديل واعتماد إرشادات أو بروتوكول لثلاثة تشخيصات على الأقل هي الأكثر شيوعاً/عالية الخطورة التي يتم التعامل معها في المستشفى سنوياً. ج) التغذية الراجعة والمتابعة والتقييم أثناء وبعد التنفيذ. يتابع المستشفى باستمرار تأثير الإرشادات المُكَيِّفة على نتائج المرضى ومعدلات الالتزام. تُساعد هذه البيانات في تحديد النجاحات والمجالات التي تحتاج إلى تحسين. د) يُخَطِّط المستشفى لتنفيذ إرشادات الممارسة الإكلينيكية الوطنية المُعتمدة كلما كانت مُتاحة. هـ) يجب مراجعة وتحديث إرشادات/بروتوكولات الممارسة الإكلينيكية المُعتمدة/المُكَيِّفة كل عامين على الأقل وحسب الاقتضاء.		
أ) تقييم الحاجة الإكلينيكية للمريض للدم. ب) تثقيف المريض والعائلة حول نقل الدم المُقترح وتسجيل ذلك في السجل الطبي للمريض. ج) اختيار مشتقات الدم والكمية المطلوبة وإكمال نموذج الطلب بدقة ووضوح. د) تسجيل سبب نقل الدم حتى يتمكن بنك الدم من التحقق من أن المُنتج المطلوب مُناسب للتشخيص. هـ) الإبلاغ ما إذا كان الدم مطلوباً بشكل طارئ أو روتيني بوضوح. و) إرسال نموذج طلب الدم مع عينة الدم إلى بنك الدم. ز) عند استلام عينة دم المُتلقّي، يجب على عضو مُؤهّل من الفريق التأكد من تطابق المعلومات الموجودة على الملصق وعلى نموذج طلب نقل الدم. في حالة وجود أي اختلاف أو شك، يجب الحصول على عينة جديدة.	سياسة	ICD.20 طلب الدم ومشتقات الدم
أ) الفحص البصري للكيس للتأكد من سلامته. ب) نقل الدم في حالات الطوارئ. ج) الحالات التي يجب فيها التخلص من الكيس. د) معدل نقل الدم.	سياسة	ICD.21 نقل الدم ومشتقات الدم

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
هـ) تسجيل عملية نقل الدم. و) المتابعة والإبلاغ عن أي حدث سلبي. ز) اعتبارات خاصة لاستخدام مكونات الدم. ح) التعامل مع مضاعفات نقل الدم.		
4- خدمات الرعاية الحرجة والتخصصية		
<u>متطلبات السلامة ذات الصلة (GSRs):</u> GSR.08: الإنذارات الحرجة GSR.09: التوصيلات الخاطئة للقسطرة والأنابيب GSR.11: الإنعاش القلبي الرئوي		
أ) فريق مُتعدّد التخصصات. ب) معايير الدخول والخروج. ج) متطلبات التقييم الأولي، بما في ذلك الدورة الدموية والتنفس وأكسجة الدم. د) المتابعة المُستمرة ودعم الحياة. هـ) تخطيط الرعاية ووضع الأهداف. و) الإرشادات/البروتوكولات الإكلينيكية التي تتناول على الأقل العناصر التالية: i. الإنعاش والتثبيت. ii. دعم التهوية والجهاز التنفسي. iii. الإجراءات الباضعة والتقنيات التدخلية. iv. إعادة التأهيل والتعبئة المُبكرة. ز) الدعم التغذوي. ح) الدعم النفسي الاجتماعي وإشراك الأسرة، حسب الاقتضاء.	برنامج	CSS.01 الرعاية الحرجة

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ) مبادئ الرعاية التلطيفية ورعاية نهاية الحياة. ب) رعاية تتمحور حول المريض ومُصمَّمة خصيصًا لتلبية الاحتياجات والتفضيلات والقيم والأهداف الفردية. ج) اتخاذ القرارات المُشتركة بمشاركة المريض و/أو العائلة. د) علاج الألم في رعاية نهاية الحياة. هـ) توفير الاستشارة والدعم للمريض والعائلة للاحتياجات النفسية والاجتماعية والعاطفية والثقافية والروحية. و) نهج الفريق مُتعدّد التخصصات، بما في ذلك مُتخصِّصو الرعاية الصحية ومقدمو الرعاية والمرضى وعائلاتهم.	سياسة	CSS.04 المرضى الميؤوس من شفائهم
أ) تقييم ما قبل غسيل الكلى. ب) إرشادات إكلينيكية وطنية/دولية تُحدّد: i. اختيار طريقة غسيل الكلى بناءً على تقييم حالة الفرد. ii. توقيت بدء غسيل الكلى بناءً على العلامات الإكلينيكية وفحوصات المعمل. iii. إدارة الوصول الوعائي لضمان تقديم غسيل كلى مثالي. iv. منع والتعامل مع المضاعفات الناتجة عن غسيل الكلى. v. الانهيار القلبي الرئوي والحالات الطبية الطارئة أثناء غسيل الكلى. vi. احتياطات مكافحة العدوى. vii. تطعيم المرضى وفقًا للقوانين واللوائح. ج) المتابعة الدقيقة للمريض أثناء جلسات غسيل الكلى. د) إدارة الأدوية للسيطرة على المضاعفات المُزمنة لمرض الكلى في مراحله النهائية وغسيل الكلى. هـ) اختبارات المعمل الدورية والتقييم الإكلينيكية لتحسين وصفا غسيل الكلى. و) تثقيف ودعم المرضى، بما في ذلك إدارة النظام الغذائي والسوائل.	برنامج	CSS.06 خدمات غسيل الكلى
أ) تستند خطة العلاج إلى تقييم شامل للتاريخ الطبي للمريض، وفحوصات التصوير، وتقارير علم الأمراض، ومعلومات تحديد المراحل. ب) إعطاء العلاج الكيميائي باتباع البروتوكولات والإرشادات المُثبتة.	برنامج	CSS.07 العلاج الكيميائي

المكونات	كود المعيار والكلمة الرئيسية نوع المستند
ج) إجراءات التحضير والمناولة الآمنة لأدوية العلاج الكيميائي. د) تقييم ما قبل العلاج قبل كل جلسة علاج كيميائي لتقييم صحتهم العامة ومدى ملاءمتهم للعلاج. هـ) تثقيف المريض حول نظام العلاج الكيميائي، بما في ذلك الاحتياطات التي يجب اتخاذها أثناء وبعد العلاج. و) الإدارة الاستباقية للأعراض المتعلقة بالعلاج الكيميائي لتقليل تأثيرها وتحسين راحة المريض. ز) المراقبة والمتابعة طوال فترة العلاج.	
أ) تخطيط العلاج بناءً على تقييم شامل للتاريخ الطبي للمريض، وفحوصات التصوير الطبي (مثل فحوصات الأشعة المقطعية أو التصوير بالرنين المغناطيسي)، وتقارير الباثولوجيا. ب) المحاكاة والتصوير قبل العلاج، حيث تُستخدم تقنيات تصوير دقيقة لرسم خريطة لمنطقة العلاج. ج) تقديم العلاج الإشعاعي، بما في ذلك العلاج الإشعاعي الخارجي والداخلي. د) عمليات التحقق من دقة خطط العلاج وجرعات الإشعاع وتقديم العلاج والالتزام ببروتوكولات السلامة الصارمة. هـ) تُعتبر أوضاع المريض الدقيقة وتقنيات التثبيت ضرورية لتقديم الإشعاع بدقة. قد تُستخدم أجهزة التثبيت، مثل القوالب أو الأقنعة أو المهدود المخصصة، لتقليل حركة المريض. و) تدابير التحسين المطلوبة لتحقيق التأثير العلاجي المطلوب باستخدام جرعة الإشعاع الفعالة للعضو المُستهدف مع تقليل مخاطر الإشعاع. ز) توفير جميع تدابير السلامة الممكنة لإطلاق سراح المرضى بعد العلاج بالنظائر المشعة، خاصةً لأفراد الأسرة وعامة الناس. ح) الإدارة الاستباقية للآثار الجانبية لتقليل تأثيرها وزيادة راحة المريض. ط) تثقيف ودعم المريض و/أو العائلة. ي) المتابعة والتقييم المنتظم لتقييم الاستجابة للعلاج وتعديل خطة العلاج إذا لزم الأمر.	CSS.08 العلاج الإشعاعي برنامج

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ) تقييم وإعادة تقييم النساء أثناء المخاض. ب) استخدام تخطيط مُعدّل نبضات قلب الجنين (cardiotocography) ومخطط الولادة (partogram) للنساء أثناء المخاض. ج) إرشادات/بروتوكولات إكلينيكية تتناول العناصر التالية: i. التعامل مع التمزق المُبكر للأغشية. ii. التعامل مع نزيف ما قبل الولادة. iii. التعامل مع ضائقة الجنين. iv. تحريض المخاض. v. شق العجان (Episiotomy). vi. الولادة المهبلية بالملقط (Instrumental vaginal delivery). vii. الولادة القيصرية (CS)، والولادة القيصرية المُتكررة، واستئصال الرحم الطارئ. viii. التعامل مع حالات الولادة المُتعددة. ix. التعامل مع نزيف ما بعد الولادة. د) علاج الألم لدى النساء أثناء المخاض. هـ) الرعاية الفورية بعد الولادة. و) تقديم الدعم للرضاعة الطبيعية ورعاية حديثي الولادة.	برنامج	CSS.09 الولادة
أ) أنواع برامج وخدمات إعادة التأهيل المُقدّمة داخل المستشفى، بما في ذلك إعادة التأهيل لمرضى الأقسام الداخلية والعيادة الخارجية وإعادة التأهيل في المستشفيات طويلة الأجل. ب) موظفون مُؤهّلون مسؤولون عن الإشراف على تقديم كل خدمة إعادة تأهيل وفقًا لاحتياجات المرضى. ج) استخدام معايير الممارسات المهنية لتوجيه تدخلات إعادة التأهيل التي تشمل على الأقل: i. تقييم حالة الفرد وقدراته وأهدافه. يشمل ذلك التقييمات الطبية من قبل أخصائي الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل، والتقييمات البدنية والوظيفية، والتقييمات النفسية. ii. وضع خطة رعاية، بناءً على التقييم الطبي والوظيفي، لتلبية الاحتياجات والأهداف المُحددة للفرد.	سياسة	CSS.10 إعادة التأهيل

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
iii. فريق مُتعدّد التخصصات من مُتخصّصي الرعاية الصحية يتعاونون لتقديم رعاية شاملة. iv. تصميم برنامج علاجي مُوجّه للمريض مع قوائم واضحة للمشاكل الطبية وأهداف برنامج إعادة التأهيل. v. التثقيف والإرشاد لمساعدة الأفراد وعائلاتهم على فهم الحالة والتكيّف مع التحديات واتخاذ قرارات مُستنيرة بشأن رعايتهم. vi. المتابعة المُنتظمة لتقدّم الفرد. د) مُعدّات وموارد إعادة التأهيل لتسهيل عملية إعادة التأهيل، مثل أجهزة التمرين والأجهزة المُساعدة وأدوات التثقل والتقنيات التكيّفية. هـ) تخطيط الخروج من المستشفى ورعاية المتابعة لضمان انتقال سلس من البرنامج إلى بيئة مُناسبة. قد يشمل ذلك الترتيب لتعديلات المنزل والتوصية بمرور المجتمع وخدمات الدعم والتنسيق مع مُقدّمي الرعاية الصحية الآخرين لضمان استمرارية الرعاية. و) متطلبات توثيق السجلات الطبية لكل وحدة.		
أ) تقييم حالة الصحة النفسية للفرد. ب) فحص وتقييم وإدارة خطر إلحاق المريض ضرراً وشيْكاً بنفسه وبالآخرين. ج) الاستخدام الآمن والمناسب للتقييد والعزل السلوكي. د) خطة علاج مُخصّصة قد تشمل طرائق مُتنوّعة وتنسيق الرعاية للحالات المُعقّدة التي تحتاج إلى مُقدّمي علاج مُتعددين. هـ) العلاج النفسي والإرشاد، مثل العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، والعلاج السلوكي الجدلي (DBT)، والعلاج الديناميكي النفسي، أو العلاج الشخصي. و) إدارة الأدوية، بما في ذلك الوصف المناسب، والمتابعة المُنتظمة لفاعلية الدواء وآثاره الجانبية، والتنسيق بين مُقدّمي الصحة النفسية وأطباء الرعاية الأولية إذا لزم الأمر. ز) العلاج الجماعي والدعم كعلاج مُساعد للعلاج الفردي. ح) توفير وإدارة التهذئة السريعة وفقاً للممارسات والإرشادات القائمة على الأدلة. ط) استخدام العلاج بالصدمات الكهربائية (ECT). ي) نُهج منع الانتحار.	برنامج	CSS.11 الاضطرابات النفسية

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
ك) توفير التدخل في الأزمات وخدمات الطوارئ النفسية لضمان الاستجابة المناسبة وفي الوقت المناسب للحالات الطارئة. ل) إشراك أفراد الأسرة أو أنظمة الدعم الأخرى في عملية العلاج. م) يشمل تخطيط الخروج من المستشفى نقل الأفراد إلى مستويات رعاية أقل، وتنسيق مواعيد المتابعة، وتوفير استراتيجيات منع الانتكاس، وضمان وجود خدمات دعم مناسبة في المجتمع. ن) مقاييس الأداء لمتابعة وتقييم وتحسين البرنامج.		
أ) يتم استخدام التقييد أو العزل وفقاً لمعايير وقوانين ولوائح مُحددة. ب) متطلبات وجود أمر طبي واضح لاستخدام القيود والعزل. ج) التطبيق والإزالة الآمن والفعالان من قبل أعضاء فريق مؤهلين. د) يجب استخدام أقل الطرق تقييداً حسب الاقتضاء. هـ) حماية حقوق المريض وكرامته ورفاهيته أثناء الاستخدام. و) المتابعة وإعادة التقييم أثناء الاستخدام. ز) يتم تجديد أمر التقييد بناءً على الاحتياجات المستمرة ووفقاً للقوانين واللوائح. ح) إدارة ورعاية احتياجات المريض أثناء التقييد والعزل. ط) إنهاء التقييد والعزل وفقاً لمعايير مُحددة.	سياسة	CSS.12 التقييد والعزل
أ) التقييم والتشخيص. ب) إزالة السموم تحت الإشراف الطبي: يتضمن ذلك توفير الأدوية اللازمة، ومراقبة العلامات الحيوية، وضمان بيئة داعمة وأمنة خلال فترة الانسحاب. ج) الاستشارة والعلاج النفسي: غالباً ما تُستخدم علاجات قائمة على الأدلة، مثل العلاج السلوكي المعرفي والمقابلة التحفيزية وإدارة الطوارئ. د) العلاج بمساعدة الأدوية. هـ) خدمات الدعم: قد يشمل ذلك إدارة الحالات، والدعم المهني، والمساعدة التعليمية، ودعم الإسكان، ومجموعات دعم الأقران، والعلاج الأسري. و) علاج التشخيص المزدوج الذي يتناول كلاً من الإدمان ومشاكل الصحة النفسية الكامنة في وقت واحد من خلال الرعاية المتكاملة.	برنامج	CSS.13 تعاطي المخدرات

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
(ز) منع الانتكاس. (ح) دعم الأقران والرعاية اللاحقة. (ط) استمرارية الرعاية من خلال توفير موارد للرعاية اللاحقة ومواعيد المتابعة وخدمات الدعم المستمرة للحفاظ على التعافي على المدى الطويل.		
أ) معايير اختيار مرشحي زراعة الأعضاء والأنسجة المناسيين، بما في ذلك الاعتبارات الطبية والنفسية والاجتماعية. ب) تقييم شامل لما قبل الزرع للمتلقين، بما في ذلك التاريخ الطبي والفحوصات الجسدية والاختبارات المعملية ودراسات التصوير. ج) إرشادات/بروتوكولات إكلينيكية تتناول العناصر التالية: i. بروتوكولات تحديد المتبرعين المناسيين، وتقييم صحة المتبرع والتوافق، وضمان ممارسات أخلاقية لشراء الأعضاء والأنسجة. ii. إجراءات جراحة الزرع. iii. كبت المناعة واستراتيجيات مكافحة الرفض. iv. إدارة المضاعفات التي قد تنشأ أثناء وبعد الزرع. v. إرشادات للرعاية بعد الجراحة، بما في ذلك مراقبة المضاعفات والالتهابات والرفض. vi. تدابير مكافحة العدوى لتقليل خطر الإصابة بالعدوى بعد الزرع. د) الاعتبارات الأخلاقية والقانونية، بما في ذلك الموافقة المستنيرة وعلاقة المتبرع والمتلقي. يجب إبلاغ المتبرعين الأحياء بطريقة كاملة ومفهومة بالمخاطر والفوائد والعواقب المحتملة للتبرع. هـ) إنشاء لجنة أخلاقيات لمراجعة الحالات الصعبة والمعضلات الأخلاقية التي قد تنشأ في عملية الزرع. و) الدعم النفسي الاجتماعي والاجتماعي للمرضى وعائلاتهم طوال عملية الزرع. ز) التعليم والتدريب لمُتخصّصي الرعاية الصحية المشاركين في برنامج الزرع. ح) تناول اعتبارات محدّدة للزرع في الأطفال والمرضى المُسنّين والأفراد الذين يُعانون من حالات طبية خاصة. ط) تقييم نجاح ونتائج إجراءات الزرع، بما في ذلك مُعدّلات بقاء العضو المزروع ونتائج المرضى.	برنامج	CSS.14 زرع الأعضاء / الأنسجة

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
5- الخدمات التشخيصية والمساعدة		
متطلبات السلامة ذات الصلة (GSRs): GSR.12: برنامج السلامة الإشعاعية. GSR.13: برنامج سلامة المختبر.		
أ) الملاحظة المباشرة لعمليات وإجراءات العمل الروتينية، بما في ذلك جميع ممارسات السلامة القابلة للتطبيق. ب) الملاحظة المباشرة لصيانة المعدات، وفحوصات وظائفها، وتسجيل ومتابعة وإبلاغ نتائج الفحص. ج) مراجعة سجلات الموارد البشرية لمُتخصّصي التصوير. د) تقييم مهارات حل المشكلات. هـ) التدريب على الطرق والمعدات والدراسات الخاصة.	سياسة	DAS.02 تقديم خدمات التصوير الطبي
أ) النطاق ونظرة عامة. ب) وصف المعدات. ج) إجراءات الصيانة. د) مراقبة الجودة. هـ) إجراءات السلامة. و) النتائج الحرجة.	دليل الإجراء	DAS.03 المعايير الفنية (معايير الممارسة)
أ) الإكمال الصحيح لنموذج الطلب ليشمل معلومات المريض (تحديد هوية المريض، وتاريخ الميلاد، والجنس، ومعلومات الاتصال بالمريض)، واسم الطبيب المُصدر للطلب، والفحوصات المطلوبة، وتاريخ ووقت الفحص، والمعلومات الإكلينيكية، مع تسليط الضوء على طلب الاختبارات العاجلة. ب) استعدادات المريض بما في ذلك المخاطر المُحدّدة.	سياسة	DAS.04 عملية ما قبل الفحص

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
ج) مراجعة ما قبل الدراسة لطلبات لضمان أن الفحص المطلوب مناسب لاحتياجات القائم بالإحالة والمريض. د) الإجراءات التي يجب اتخاذها عندما يكون الطلب غير كامل أو غير واضح أو غير ذي صلة إكلينيكية، أو عندما لا يكون المريض مُستعدًا. هـ) يتم إبلاغ المريض والقائم بالتحويل عندما يكون هناك حاجة إلى فحص إضافي أو بديل.		
أ) عناصر مراقبة الجودة التي يتم إجراؤها وفقًا للإرشادات وتعليمات الشركة المُصنِّعة لكل دراسة/طريقة. ب) يتم تحديد معدل تكرار اختبار مراقبة الجودة من قبل المستشفى وفقًا للإرشادات وتعليمات الشركة المُصنِّعة، أيهما أكثر صرامة. ج) طرق مراقبة الجودة التي سيتم استخدامها. يُمكن التعامل معها واختبارها بنفس الطريقة ومن قبل نفس عضو فريق التصوير الطبي. د) يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة والنتائج المقبولة وإتاحتها بسهولة للموظفين حتى يتمكنوا من التعرف على النتائج غير المقبولة من أجل الاستجابة بشكل مناسب. هـ) يتم اعتماد برنامج مراقبة الجودة من قبل الشخص المُعيّن قبل التنفيذ. و) يقوم عضو الفريق المُفوض المسؤول بمراجعة بيانات مراقبة الجودة على فترات مُنتظمة (شهريًا على الأقل). ز) الإجراءات التصحيحية المُتخذة لعلاج أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير مراقبة الجودة.	إجراء	DAS.05 ضمان جود التصوير الطبي والتحكم فيه
أ) عوامل التصوير بالأشعة أو الفحص. ب) الوضعية. ج) الرعاية اللاحقة وفقًا للفحوصات و/أو الطرائق ذات الصلة التي يتم إجراؤها في الخدمة. د) يجب أن تتناول هذه البروتوكولات أيضًا حالات الطوارئ الطبية.	بروتوكول	DAS.06 بروتوكولات فحوصات التصوير الطبي
أ) الأطر الزمنية للإبلاغ عن أنواع الصور المختلفة لمُتخصّصي الرعاية الصحية والمرضى. ب) التقارير الطارئة والروتينية. ج) المسؤوليات عن تقارير التصوير الطبي في جميع أنحاء المستشفى.	سياسة	DAS.07 تقارير التصوير الطبي

نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية	المكونات
		د) عضو مُرَخَّص مُؤَهَّل من الفريق الطبي مسؤول عن التفسير وإعداد التقارير. هـ) يجب أن يكون لدى خدمة التصوير الطبي عملية مُطبَّقة لإخطار القائم بالإحالة عند تأخير فحص أو تقرير.
سياسة	DAS.11 العاملون في المعمل	أ. الملاحظة المباشرة لعمليات وإجراءات العمل الروتينية، بما في ذلك جميع ممارسات السلامة القابلة للتطبيق. ب. الملاحظة المباشرة لصيانة المعدات، وفحوصات وظائفها؛ وتسجيل ومتابعة وإبلاغ نتائج الفحص. ج. مراجعة سجلات العمل. د. تقييم مهارات حل المشكلات. هـ. فحص العينات المُقدَّمة خصيصًا، مثل العينات التي تم فحصها مُسبقًا، أو مواد المقارنة بين المعامل، أو العينات المُقسَّمة.
سياسة	DAS.12 إدارة الكواشف	أ) معايير فحص وقبول ورفض الكواشف المُقدَّمة. ب) طرق تحديد وتسجيل ووضع العلامات على جميع الكواشف الموجودة في المعمل. ج) تدابير لضمان عدم استخدام المعمل لمواد منتهية الصلاحية. د) تحديد حدود الأمان لإعادة طلب مواد المعمل وفقًا لاحتياجات المعمل. هـ) طلب وإصدار وإرسال الكواشف والمستلزمات بالإضافة إلى تحديد الشخص المسؤول.
مستند معتمد	DAS.13 خدمات المعمل التعاقدية	اتفاقية مكتوبة بين المعملين.
سياسة	DAS.13 خدمات المعمل التعاقدية	أ) الاختيار: يجب أن يستند الاختيار في المقام الأول إلى جودة الأداء. كلما أمكن، يتم إرسال العينات المُحالة إلى مختبر مُعتمد وطنيًا أو دوليًا. ب) التقييم:

نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية	المكونات
		يجب على المعمل تنفيذ عملية تقييم إما قبل البدء في التعاقد، أو أثناء العقد، أو عند تجديد العقد للمعمل المُحال إليه من خلال مراقبة جودة الأداء، زمن دوران العينة (TAT)، والإبلاغ عن النتائج. ج) المتطلبات: يجب أن تكون وثيقة مُوقَّعة تُحدِّد توقعات الطرفين المعنيين مُتاحة بسهولة للإحالة السريعة. تتضمن الوثيقة على الأقل ما يلي: i. نطاق الخدمة. ii. شروط الاتفاقية (بما في ذلك حالة الاعتماد). iii. متطلبات العينة. iv. زمن دوران العينة (TAT). v. الإبلاغ عن النتائج. vi. الإفصاح عن المعلومات لطرف ثالث. vii. وسيلة حل النزاعات. viii. صلاحية الاتفاقية وجدول المراجعة.
سياسة	DAS.14 عملية ما قبل الفحص	أ) الإكمال الصحيح لنموذج الطلب ليشمل معلومات المريض (تحديد هوية المريض، وتاريخ الميلاد، والجنس، ومعلومات الاتصال بالمريض)، واسم الطبيب المُصدر للطلب، والاختبارات المطلوبة، وتاريخ ووقت جمع العينة، وتحديد هوية الشخص الذي جمع العينة، والمعلومات الإكلينيكية، ونوع العينة (مصدر العينات)، ووضع علامة خاصة لطلب الاختبارات العاجلة. ب) استعدادات المريض بما في ذلك تعليمات متطلبات النظام الغذائي (مثل الصيام والأنظمة الغذائية الخاصة). ج) وصف لتقنيات جمع أنواع العينات. د) وضع العلامات الصحيحة على العينات. هـ) معايير التخلص الآمن من المواد المُستخدمة في الجمع. و) المناولة والنقل الصحيح للعينات. ز) وقت إنجاز الاختبارات. ح) الحد الأدنى لفترة إعادة الاختبار. ط) احتياطات الاختبار الفردية.

كود المعيار والكلمة الرئيسية	نوع المستند	المكونات
DAS.15 استلام وتتبع وتخزين العينة	سياسة	أ) وضع معايير لقبول أو رفض العينات. ب) تقييم العينات المُستلمة من قبل عضو مكلف من الفريق للتأكد من أنها تستوفي معايير القبول ذات الصلة بالاختبار (الاختبارات) المطلوبة. i. العينة المقبولة: عملية تسجيل العينة في سجل الوصول، أو ورقة العمل، أو الكمبيوتر، أو نظام مقارنة آخر، يتضمن التسجيل تاريخ ووقت استلام/تسجيل العينة وهوية الشخص الذي استلم العينة. ii. العينة غير المقبولة: يتم الاحتفاظ بسجلات الرفض، بما في ذلك سبب الرفض، والوقت والتاريخ، واسم الشخص الذي رفض، واسم الشخص الذي تم إخطاره. iii. مؤشرات قبول العينة دون المستوى الأمثل، والتدابير المُتخذة، والتسجيل الذي يتضمن تاريخ ووقت استلام/تسجيل العينة وهوية الشخص المُستلم. ج) إمكانية تتبع جميع أجزاء العينة الأولية إلى العينة الأولية الأصلية. د) عملية تسجيل جميع العينات المُحالة إلى مختبرات أخرى للاختبار. هـ) تعليمات التخزين المناسب للعينات في مرحلة ما قبل الفحص.
DAS.16 وسائل الاختبار المعتمدة / المثبت صحتها	سياسة	أ) قياس المصادقية (Trueness). ب) قياس الدقة (Precision). ج) قياس الخطية (حدود الكشف والقياس الكمي). د) يجب على المختبر التحقق من صحة إجراءات الفحص في الحالات التالية: هـ) استخدام طريقة غير قياسية. و) استخدام الطريقة القياسية خارج نطاقها المقصود. ز) الطريقة المُثبت صحتها مع تعديل.
DAS.17 إجراءات الفحص	إجراء	أ) مبدأ وأهمية الاختبار الإكلينيكية. ب) متطلبات تحضير المريض ونوع العينة وجمعها وتخزينها. ج) معايير قبول ورفض العينة. د) الكواشف والمعدات المُستخدمة. هـ) التحقق/التحقق من صحة إجراءات الفحص. و) إجراء الاختبار، بما في ذلك حسابات الاختبار وتفسير النتائج. ز) إجراءات المعايرة والتحكم والإجراءات التصحيحية التي يجب اتخاذها عندما تقشل نتائج المعايرة أو التحكم في تلبية معايير المعمل للقبول. ح) النسب المرجعية البيولوجية/قيم القرار الإكلينيكي.

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
(ط) نتائج الاختبارات الحرجة. (ي) نطاق القياس التحليلي وتعليمات تحديد النتائج عندما لا تكون ضمن فاصل القياس. (ك) القيود على المنهجيات بما في ذلك المواد المُتداخلة. (م) المراجع.		
(أ) عناصر مراقبة الجودة الداخلية. (ب) يتم تحديد معدل تكرار اختبار مراقبة الجودة من قبل المستشفى وفقًا للإرشادات وتعليمات الشركة المُصنِّعة، أيُّهما أكثر صرامة. (ج) مواد مراقبة الجودة التي سيتم استخدامها. يجب التعامل معها واختبارها بنفس الطريقة ومن قبل نفس عضو فريق المعمل الذي يختبر عينات المرضى. (د) يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة والنطاقات المقبولة وإتاحتها بسهولة للموظفين حتى يتمكنوا من التعرف على النتائج والاتجاهات غير المقبولة من أجل الاستجابة بشكل مناسب. (هـ) قواعد قبول/رفض نتائج مراقبة الجودة الداخلية. (و) تتم مراجعة بيانات مراقبة الجودة على فترات مُنظمة (شهرية على الأقل) من قبل عضو الفريق المكلف المسؤول. (ز) الإجراءات التصحيحية المُتخذة لعلاج أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير مراقبة الجودة والإجراءات التصحيحية المُتخذة وفقًا لذلك.	إجراء	DAS.18 تقييم الجودة الداخلي بالمعمل
إجراءات مراقبة الجودة الخارجية	بروتوكول	DAS.19 تقييم الجودة الخارجي بالمعمل
(أ) استيفاء بيانات التقرير النهائي بما في ذلك على الأقل: i. هوية المعمل. ii. تحديد هوية المريض. iii. الاختبارات التي تم إجراؤها. iv. الطبيب المُصدر للطلب. v. تاريخ ووقت جمع العينة ومصدر العينة. vi. تاريخ ووقت إعداد التقرير. vii. نتائج الاختبار والمدى المرجعي.	سياسة	DAS.20 عملية ما بعد الفحص

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
viii. تحديد هوية الشخص المُدقّق (الذي تحقق من النتائج). ix. تفسير النتائج، عند الاقتضاء، أو تعليق استشاري أو توضيحي عند الحاجة. ب) مراجعة وتدقيق وإعداد التقارير للنتائج من قبل عضو مكلف من الفريق. ج) معايير تخزين العينات. د) الفترة الزمنية المُحدّدة للاحتفاظ بنتائج المعمل. هـ) الفترة الزمنية المُحدّدة للاحتفاظ بعينات المرضى. و) التخلص من العينات.		
تحديد مدة دوران العينة لكل تحليل من تحاليل المعمل وطرق قياسها.	عملية مكتوبة	DAS.21 مدة دوران العينة بالمعمل
طلب وجمع وفحص العينات وإعداد التقارير للاختبارات الطارئة.	عملية مكتوبة	DAS.22 النتائج الفورية
دليل إجراءات مراقبة الجودة لاختبارات نقطة الرعاية	إجراء	DAS.24 فحوصات نقطة الرعاية
أ) التنظيم والإدارة. ب) الموارد والمعدات والمستلزمات. ج) احتياجات العملاء. د) التحكم في العمليات. هـ) الوثائق والسجلات. و) الانحرافات وعدم المطابقة والمضاعفات. ز) تقييم المتبرعين. ح) فحص الدم. ط) تحسينات العمليات. ي) المرافق والسلامة. ك) التعامل مع نقص الدم.	سياسة	DAS.25 إدارة خدمات نقل الدم

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ) الفحص بناءً على: i. تاريخ المُتبرِّع من العمليات الجراحية والتطعيمات وتلقي الدم وفترة التبرع. ii. الفحص الجسدي للمتبرع بما في ذلك المظهر العام والطول والوزن والعلامات الحيوية. iii. الاختبارات المعملية لأكياس الدم، بما في ذلك الأمراض المعدية المُحدَّدة وتحديد فصيلة الدم وعامل ريسس (Rh). ب) آليات لضمان التبرع بالدم الطوعي وليس مقابل مكافأة. ج) تقديم المشورة قبل التبرع من قبل موظفين مُدرَّبين تشمل السلوكيات الخطرة والاستبعاد الذاتي لسلامة المرضى والاختبارات التي تُجرى على الدم المُتبرِّع به والآثار الجانبية المُحتملة. (يُمكن استخدام الاستبيانات). د) الاحتفاظ بقائمة مُحدَّثة للمتبرعين المُتاحين من مختلف الفصائل. هـ) سلامة وخصوصية المُتبرِّع.	سياسة	DAS.26 التبرع الآمن بالدم
أ) الجمع: i. التبرع بالدم: نظافة منطقة التبرع وراحتها، وردود أفعال المتبرع وحملات التبرع بالدم الخارجية. ii. احتياطات مكافحة العدوى. ب) المناولة: i. تحديد أكياس وأنابيب الدم/مكونات الدم. ii. التحكم في درجة الحرارة. iii. نقل أكياس الدم. iv. الاختبار. v. تحديد فصيلة الدم. vi. تحديد نوع عامل ريسس (Rh) والسجلات السابقة. vii. الاختبارات المعملية للأمراض المعدية. viii. مخزن العزل. ج) التحضير: i. التعقيم. ii. إغلاق الأكياس بإحكام.	سياسة	DAS.27 تجميع الدم

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
iii. تعليمات وبروتوكولات تحضير مكونات الدم.		
أ) الاختيار: يجب أن يستند الاختيار في المقام الأول إلى جودة الأداء. كلما أمكن، يتم الحصول على الدم ومكونات الدم من معمل مُعتمد. ب) التقييم: يجب على بنك الدم تنفيذ عملية تقييم قبل بدء الاتفاق من خلال تقييم حالة اعتماد بنك الدم، وتقارير التفتيش، وإجراء زيارة ميدانية لبنك الدم، أو بوسائل تقييم أخرى. يجب على بنك الدم تنفيذ عملية تقييم أثناء الاتفاق مع بنك الدم الخارجي من خلال متابعة وتقييم بعض مقاييس الجودة. ج) المتطلبات: يجب أن يتوفر مستند مُوقع محدد توقعات الطرفين المعنيين للتحويل السريع. يتضمن المستند على الأقل ما يلي: i. نطاق الخدمة. ii. شروط الاتفاقية (بما في ذلك حالة الاعتماد). iii. الاتفاق على شروط التخزين والنقل الآمنة. iv. دور الأطراف المعنية في البحث عن حالات نقل الدم السابقة والتحقيق في الأمراض المنقولة عن طريق نقل الدم. v. معايير قبول مُحَدَّدة مُسبقاً لكل نوع من مشتقات الدم يتم استلامه. vi. الإفصاح عن الدم أو مشتقات الدم أو المعلومات لطرف ثالث. vii. وسيلة حل النزاعات. viii. صلاحية الاتفاقية وجدول المراجعة. د) التفتيش: i. التحقق من استيفاء معايير القبول المُحَدَّدة مُسبقاً لكل نوع من مشتقات الدم يتم استلامه. ii. تقييم والتحقق من معلومات تعريف الوحدات بما في ذلك أرقام الوحدات والفصيلة وعامل ريسس (Rh) وتواريخ انتهاء الصلاحية. iii. تأكيد الفصيلة وعامل ريسس (Rh) لمكونات خلايا الدم الحمراء.	سياسة	DAS.29 بنوك الدم المتعاقد معها

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
iv. الإجراءات المُتخذة لوحدات الدم أو مشتقات الدم غير المُرضية. v. تقييم والتحقق من حالة نقل كل نوع من مشتقات الدم.		
اتفاقية مكتوبة بين كلا بنكي الدم.	مستند	DAS.29 بنوك الدم المتعاقد معها
أ) اختبار توافق الدم لجميع الدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المنقولة. ب) يجب أن يحتوي نموذج تقرير المطابقة المتقاطعة (cross-matching) على الاسم الأول للمريض مع اسم العائلة والعمر والجنس ورقم التعريف وفصيلة الدم ونوع عامل ريسس (Rh). ج) يجب أن يحتوي النموذج على رقم تعريف وحدة المتبرع ورقم الجزء وفصيلة الدم ونوع عامل ريسس (Rh) وتاريخ انتهاء صلاحية الدم. د) يجب تسجيل تفسير تقرير المطابقة المتقاطعة (cross-matching) واسم الشخص الذي أجرى الاختبار وصرف الدم. هـ) يجب فحص كل وحدة دم بصرياً قبل التوزيع. ويجب عدم توزيعها إذا كان هناك أي دليل على التسرب أو تحلل الدم أو الاشتباه في تلوث جرثومي مثل التعكر غير العادي أو تغير اللون. أيضاً، يجب أن تتضمن السياسة حالات خاصة مثل: و) شروط إعادة صرف الدم: عندما يتم إرجاع الدم و/أو مكونات الدم إلى بنك الدم لإعادة استخدامها/إعادة طلبها. ز) الحاجة الملحة للدم. ح) الإجراءات التي يجب اتخاذها عندما لا تتوفر فصيلة الدم المطلوبة.	سياسة	DAS.30 توزيع الدم ومشتقات الدم
سلامة الجراحات والإجراءات التدخلية		
<u>متطلبات السلامة ذات الصلة (GSRs):</u> GSR.14: وضع علامات على موقع الجراحة. GSR.15: قائمة التحقق قبل الجراحة.		

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
GSR.16: وقت التوقف - تسجيل الخروج. GSR.17: منع احتباس الأدوات الجراحية.		
إرشادات الممارسة المهنية	مستند معتمد	SAS.01 خدمات الجراحة والإجراءات التدخلية
أ) يتم حجز العمليات الجراحية والإجراءات الباضعة وفقاً للامتيازات الإكلينيكية الممنوحة. ب) يجب أن يُحدّد الحجز وقت البدء ووقت الانتهاء للجراحة بناءً على أوقات الجراحة الدولية. ج) يُسجّل المستشفى العمليات الجراحية والإجراءات التدخلية، سواء كانت مُجدولة أو مُنفّذة أو مُلغاة. د) آلية واضحة وآمنة لتحديد هوية المرضى في السجلات. هـ) آلية واضحة وآمنة لاستدعاء المرضى للعمليات الجراحية أو الإجراءات التدخلية.	سياسة	SAS.02 حجز الجراحات والإجراءات التدخلية
قائمة الأنسجة المستنتاة من فحص الباثولوجيا	قائمة	SAS.10 فحص الباثولوجيا
أ) عملية اختيار الأجهزة القابلة للزرع. ب) عملية الشراء وتوافرها في موقع العمليات. ج) مؤهلات وكفاءة الفريق التقني من الداخلي أو الخارجي (مُمثّل الشركة). د) تسجيل وتوثيق الجهاز القابل للزرع في سجلات المريض وغرفة العمليات. هـ) عملية ومعايير تحديد والإبلاغ عن الأحداث السلبية المُتعلّقة بالجهاز القابل للزرع. و) تتبّع واسترجاع الأجهزة. ز) عملية الإبلاغ عن أعطال الأجهزة القابلة للزرع للسلطات. ح) تعليمات الخروج من المستشفى، بما في ذلك مُتطلبات منع العدوى.	سياسة	SAS.11 الأجهزة القابلة للزرع

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
بروتوكولات الطوارئ وبروتوكولات التخدير وبروتوكولات التعامل مع المضاعفات	بروتوكول	SAS.15 بروتوكولات التخدير
أ) المواقع التي يُسمح فيها بإجراء التخدير الإجراءي. ب) الكفاءات والامتيازات المطلوبة للموظفين المشاركين في إجراء أو مراقبة التخدير الإجراءي. ج) الحالات التي يجب فيها إجراء التخدير الإجراءي من قبل طبيب تخدير فقط. د) عوامل التخدير المُستخدمة في التخدير الإجراءي لفئات المرضى المختلفة وعوامل الإبطال. هـ) من المُتوقع حدوث حالات طوارئ، وتشمل المُتطلبات اللازمة لإدارة هذه الحالات توفر المعدات والمستلزمات والأدوية الحيوية التي تُغطي جميع الأعمار.	سياسة	SAS.21 بروتوكول التهذئة
بروتوكولات التهذئة الإجراءية	بروتوكول	SAS.21 بروتوكول التهذئة
7- إدارة وسلامة الدواء		
<u>متطلبات السلامة ذات الصلة (GSRs):</u> GSR.18: التوافق بين الأدوية، أفضل تاريخ دوائي ممكن (BPMH). GSR.19: تخزين ووضع العلامات على الأدوية. GSR.20: الأدوية عالية الخطورة والكهارل المركزة. GSR.21: الأدوية المتشابهة في الشكل والصوت.		
برنامج إدارة أدوية آمن يتناول على الأقل ما يلي: أ) التخطيط. ب) الاختيار والشراء. ج) التخزين. د) الطلب والوصف. هـ) التحضير والصرف. و) الإعطاء.	برنامج	MMS.01 إدارة الدواء

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
ز) المتابعة والتقييم.		
برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات يمثل أولوية للمستشفى مع التزام ودعم من القيادات.	برنامج	MMS.02 برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات
ينبغي أن تتضمن قائمة الأدوية (على سبيل المثال لا الحصر): أ) أسماء الأدوية. ب) تركيزات الدواء/الأدوية. ج) الأشكال الصيدلانية للدواء/الأدوية. د) دواعي الاستعمال. هـ) مخاطر/آثار جانبية للأدوية.	قائمة	MMS.03 شراء الأدوية، قائمة الأدوية
الحد الأدنى من محتوى السياسة: أ) يجب أن تكون أدوية الطوارئ متاحة بسهولة ومُخزَّنة بشكل منظم. ب) منع إساءة استخدام أدوية الطوارئ أو فقدانها أو سرقتها لضمان توفرها عند الحاجة. ج) استبدال أدوية الطوارئ في الوقت الأنسب عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحيتها.	سياسة	MMS.05 أدوية الطوارئ
الحد الأدنى من محتوى السياسة: أ) عملية استرجاع الأدوية المسحوبة. ب) وضع ملصقات على الأدوية المسحوبة وعزلها. ج) إخطار المرضى (عند الاقتضاء). د) التخلص أو الإزالة.	سياسة	MMS.08 استدعاء الأدوية والأدوية القديمة ومنتهية الصلاحية
الحد الأدنى من محتوى السياسة: أ) الاستلام. ب) التحديد ووضع الملصقات. ج) التخزين.	سياسة	MMS.09 الأدوية المشعة، والصبغة، والأدوية

نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية	المكونات
	المنومة، والأدوية التي يجلبها المرضى	د) الإعطاء.
سياسة	MMS.10 التوافق بين الأدوية، أفضل تاريخ دوائي ممكن (BPMH)	الحد الأدنى من محتوى السياسة: أ) الحالات التي تتطلب عمل توافق بين الأدوية: i. عند الدخول (مطابقة أوامر الأدوية الحالية مع أفضل تاريخ دوائي ممكن (BPMH) قبل طلب أي دواء جديد). ii. أثناء فترة الرعاية (التحقق من أن قائمة الأدوية الحالية يتم توصيلها بدقة في كل مرة يتم فيها نقل الرعاية وعند تسجيل الأدوية). iii. عند الخروج (التحقق من أن الأدوية المطلوبة في وصفة الخروج تتطابق مع تلك الموصوفة قبل وأثناء فترة الرعاية). iv. أثناء خدمات رعاية الإسعاف (إذا كانت تتضمن أدوية) قبل الوصف. ب) تحديد مسؤولية إجراء توافق بين الأدوية. ج) إشراك المرضى والعائلة. خطوات عملية توفيق الأدوية مثل جمع قائمة الأدوية الموصوفة وغير الموصوفة (مثل الفيتامينات والمكملات الغذائية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية واللقاحات) التي يستخدمها المرضى، وتوضيح ما إذا كانت هذه الأدوية وجراتها مناسبة، والمطابقة مع قائمة جديدة من الأدوية وتسجيل التغييرات.
سياسة	MMS.11 طلب ووصف ونسخ الأدوية	أ) تحديد من هو المكلف بوصف أي نوع من الأدوية. ب) مكان مُوَحَّد في السجل الطبي للمريض لطلب/وصف الأدوية. ج) الحالة (الحالات) المحدودة التي تكون فيها عملية النسخ ضرورية ولا يُمكن تجنبها. د) عملية إيقاف أمر/وصفة الدواء. هـ) العناصر المطلوبة كحد أدنى لوصفات الأدوية الكاملة تشمل: i. وسائل تعريف المريض. ii. البيانات الديموغرافية للمريض تشمل الوزن والطول. iii. اسم الدواء.

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
iv. الشكل الصيدلاني. v. القوة أو التركيز. vi. الجرعة والتكرار والمدة. vii. طريقة الإعطاء. viii. مُعدّلات الإعطاء (عند طلب الحقن الوريدي). ix. دواعي الاستعمال، والحد الأقصى للتكرار، والحد الأقصى للجرعة اليومية لأوامر PRN (عند اللزوم) x. تاريخ ووقت الطلب. xi. تعريف هوية الطبيب. و) عملية إدارة الأنواع الخاصة من الطلبات، مثل تحديد الجرعات بناءً على الوزن، والأوامر الثابتة، وأوامر الطوارئ، أو الأوامر التي تحتاج إلى مُعايرة أو تخفيض تدريجي أو أوامر نطاق الجرعات. ز) عملية إدارة أوامر الأدوية غير الكاملة أو غير المقروءة أو غير الواضحة.		
سياسة مُعتمدة لتوجيه عملية تحديد الأخطاء الدوائية والأخطاء الوشيكية ومشكلات العلاج الدوائي والإبلاغ عنها وتحليلها واتخاذ إجراءات بشأنها بناءً على مراجع وطنية/دولية.	سياسة	MMS.17 الأخطاء الدوائية، والأخطاء الوشيكية، ومشكلات العلاج الدوائي
8- سلامة البيئة والمنشأة		
<u>متطلبات السلامة ذات الصلة (GSRs):</u> GSR.23: السلامة من الحرائق والدخان. GSR.24: تدريبات الإطفاء. GSR.25: سلامة المواد الخطرة وإدارة النفايات. GSR.26: خطة إدارة السلامة. GSR.27: خطة المعدات الطبية.		

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
GSR.28: خطة إدارة المرافق.		
يجب أن تتضمن السياسة أي استثناءات وعقوبات وتحدد منطقة التدخين المُخصَّصة خارج المبنى. يجب أن يكون جميع الموظفين على دراية بسياسة البيئة الخالية من التدخين.	سياسة	EFS.05 بيئة خالية من التدخين
أ) تقييم المخاطر الأمنية. ب) ضمان تحديد هوية المرضى الداخليين والموظفين في المستشفى. ج) ضمان تحديد هوية الزوار والبائعين/المتعهدين مع وضع قيود على حركتهم داخل المستشفى. د) تحديد المناطق المحظورة. هـ) يجب حماية المرضى المعرضين للخطر مثل كبار السن والرضع والمصابين باضطرابات عقلية وذوي الاحتياجات الخاصة من الإساءة والأضرار المذكورة أعلاه. و) يجب حماية الأطفال من الاختطاف. ز) يجب إجراء تدريب على التعامل مع اختطاف الأطفال مرتين على الأقل سنوياً. ح) مراقبة المناطق النائية والمعزولة. ط) إدارة العنف في مكان العمل. ي) تدريب وتوجيه الموظفين. ك) يتم تحديث الخطة سنوياً بناءً على التقييم	خطة	EFS.09 خطة الأمان
أ) الصيانة الدورية ومراقبة أنظمة توزيع ومعالجة المياه. ب) التدريب المستمر وتعليم مُشغلي أنظمة معالجة المياه. ج) مراقبة المياه في جميع المراحل (التغذية، المنتج، مياه غسيل الكلى). د) طرق ومعدا قياس الملوثات الميكروبيولوجية والكيميائية. هـ) الحد الأقصى المُسموح به لتراكيز الملوثات الميكروبيولوجية.	سياسة	EFS.12 خدمات المياه

نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية	المكونات
خطة	EFS.13 خطة الكوارث	أ) تقييم مخاطر حالات الطوارئ المُحتملة والكوارث الداخلية والخارجية، مثل الأمطار الغزيرة والزلازل والفيضانات والطقس الحار والحروب والتهديدات بالقنابل والهجمات الإرهابية وحوادث المرور وانقطاع التيار الكهربائي والحرائق وتسرب الغاز. ب) تقييم مخاطر الأوبئة و/أو الجوائح المُحتملة. ج) درجة الاستعداد وفقاً لمستوى الخطر. د) استراتيجيات الاتصال: قد يتخذ الاتصال الداخلي شكل شجرة اتصال واضحة تتضمن ألقاب الموظفين وأرقام الاتصال، وقد تشمل قنوات الاتصال الخارجية الدفاع المدني ومراكز الإسعاف والشرطة. هـ) واجبات ومسؤوليات واضحة لقادة وموظفي المستشفى. و) تحديد الموارد المطلوبة مثل المرافق والمعدات الطبية والمستلزمات الطبية وغير الطبية، بما في ذلك الموارد البديلة. ز) استمرارية العمل: i. الفرز. ii. الحفاظ على المهمة الرئيسية للموظفين في حالة الطوارئ: إدارة الأنشطة الإكلينيكية أثناء الكارثة، مثل غرف العمليات ووحدات العناية المركزة. iii. مواقع الرعاية البديلة والمرافق الاحتياطية. iv. يُرتَّب المستشفى النقل الآمن للمرضى في حالة الطوارئ. ح) جدول التدريبات: ينبغي على المستشفى جدولة تدريب على حالات الطوارئ مرتين على الأقل سنوياً وضمان حضور الموظفين. يشمل التقييم والتسجيل المناسبان للتدريب، على سبيل المثال لا الحصر: i. سيناريو التدريب. ii. ملاحظات حول إعلان الرمز والتوقيت وحضور الموظفين والاستجابة والاتصال والفرز والإدارة الإكلينيكية. iii. إجراءات تصحيحية واضحة إذا لزم الأمر. iv. تقديم ملاحظات إلى لجنة السلامة البيئية. v. جلسة استخلاص الدروس المستفادة. ط) يتم تحديث الخطة سنوياً بناءً على التقييم.

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ) التزام القيادة: يُظهر القادة التزامهم بالاستدامة البيئية من خلال إدراجها في السياسات. ب) مشاركة الموظفين: بما في ذلك أنشطة لزيادة الوعي، وتدريب الموظفين على تغيير المناخ والممارسات البيئية، وتشجيع المشاركة في المبادرات الصديقة للبيئة. ج) إدارة النفايات: إنشاء نظام شامل لإدارة النفايات يُعطي الأولوية لتقليل النفايات والفصل المناسب لها. د) البنية التحتية الخضراء: النظر في فرص حلول البنية التحتية الخضراء من خلال: i. إعطاء الأولوية للإضاءة الطبيعية وتجنب الإضاءة الخارجية غير الضرورية. ii. استخدام الطاقة بكفاءة من خلال استخدام مصابيح LED، والإضاءة باستخدام مُستشعرات الحركة، واستخدام نظام تكييف (24 درجة مئوية)، وإيقاف تشغيل المعدات بعد ساعات العمل إذا كان ذلك ممكنًا. iii. تُعزّز تجهيزات توفير المياه الاستدامة بشكل أكبر. هـ) المتابعة من خلال جولات مُنتظمة للتحقق من الالتزام بأنشطة الاستدامة البيئية وتقييم فاعلية الاستراتيجيات والأنشطة المُنفّذة	سياسة	EFS.14 الاستدامة الرعاية الخضراء البيئية، الصحية
9- مكافحة ومنع انتشار العدوى		
متطلبات السلامة ذات الصلة (GSRs): GSR.22: نظافة اليدين.		
أ) النطاق والأهداف. ب) سياسات وإجراءات مكافحة العدوى. ج) تقييم المخاطر لتحديد الأقسام والخدمات التي لديها احتمالية متزايدة لخطر العدوى وخطة تخفيف المخاطر. د) نظام للمتابعة والترصد لمتابعة حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية وتتبع معدلات العدوى داخل المستشفى. هـ) تثقيف وتدريب العاملين على مبادئ وممارسات مكافحة العدوى. و) إدارة تفشي الأمراض.	برنامج	IPC.02 برنامج مكافحة العدوى، تقييم المخاطر، الإرشادات

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
ز) تطعيم الموظفين. ح) برنامج الإشراف على المضادات الحيوية لتعزيز الاستخدام المناسب للعوامل المضادة للميكروبات. ط) التقييم والتحسين المستمر لممارسات مكافحة العدوى داخل المستشفى.		
أ) أنواع مختلفة من معدات الحماية الشخصية (PPE). ب) مواصفات المنتج القياسية لمعدات الحماية الشخصية (PPE). ج) يعتمد استخدام معدات الحماية الشخصية (PPE) على تقييم المخاطر. د) تثقيف وتدريب الموظفين على الطريقة والتسلسل الصحيحين لارتداء وخلع مختلف معدات الوقاية الشخصية. هـ) متابعة الالتزام.	سياسة	IPC.05 معدات الحماية الشخصية، إرشادات، الحواجز الفيزيائية
أ) تحديد مناطق الخطر. ب) الأسطح البيئية عالية للمس. ج) تكرار التنظيف والتطهير البيئي. د) المنظفات والمطهرات البيئية التي سيتم استخدامها. هـ) طريقة التنظيف والتطهير.	سياسة	IPC.09 تنظيف البيئة، الإرشادات القائمة على الأدلة
أ) تحديد إجراءات الخطر. ب) أنواع التقنيات المعقمة. ج) تحضير المريض.	سياسة	IPC.10 تقنية معقمة، تقنية مطهرة
أ) حزم لمنع حالات عدوى مجرى الدم المتعلقة بالقسطرة المركزية (CLABSI). ب) حزمة لمنع حالات عدوى المسالك البولية المتعلقة بالقسطرة (CAUTI). ج) حزمة لمنع الالتهاب الرئوي المتعلق بجهاز التنفس الاصطناعي (VAP). د) حزمة لمنع عدوى موقع الجراحة (SSI).	سياسة	IPC.11 حزم الرعاية

المكونات	كود المعيار والكلمة الرئيسية	نوع المستند
سياسة وإجراءات تُوجّه الاحتياطات القائمة على طريقة الانتقال (TBPs).	IPC.12 الاحتياطات القائمة على طرق الانتقال	سياسة
أ) استلام وتنظيف الأدوات المستخدمة. ب) التحضير والمعالجة. i. يتم اختيار طريقة المعالجة وفقًا لتصنيف سباولدينج. يشمل تطهير المعدات والأجهزة الطبية تقنيات منخفضة ومتوسطة وعالية المستوى. يُستخدم التطهير عالي المستوى (إذا لم يكن التعقيم مُمكنًا) فقط للعناصر شبه الحرجة التي تتلامس مع الأغشية المخاطية أو الجلد غير السليم، مثل مناظير الجهاز الهضمي، ومعدات الجهاز التنفسي والتخدير، والمناظير القصيبية، ومناظير الحنجرة، إلخ. تشمل المُطهرات الكيميائية المُعتمدة للتطهير عالي المستوى الجلوتارالدهيد والأورثوفثالدهيد وبيروكسيد الهيدروجين. ii. يجب استخدام التعقيم لجميع العناصر الحرجة وشبه الحرجة المُستَرة حراريًا. iii. يُستخدم التطهير منخفض المستوى (للعناصر غير الحرجة فقط) لعناصر مثل السماعات والمعدات الأخرى التي تلمس الجلد السليم. على عكس العناصر الحرجة وبعض العناصر شبه الحرجة، يُمكن تطهير معظم العناصر القابلة لإعادة الاستخدام غير الحرجة في مكان استخدامها ولا تحتاج إلى نقلها إلى منطقة معالجة مركزية. ج) وضع العلامات على العبوات المُعقّمة. د) تخزين المُستلزمات النظيفة والمُعقّمة: يتم تخزينها بشكل صحيح في مناطق تخزين مُخصّصة نظيفة وجافة ومحمية من الغبار والرطوبة ودرجات الحرارة القصوى. من الناحية المثالية، يتم تخزين المُستلزمات المُعقّمة بشكل مُنفصل عن المُستلزمات النظيفة، ويجب أن تكون مناطق التخزين المُعقّمة محدودة الوصول. هـ) يتم استخدام سجلات لتسجيل عملية التعقيم. و) مُستويات المخزون. ز) تواريخ انتهاء صلاحية العناصر المُعقّمة.	IPC.14 التعقيم / التطهير	سياسة
أ) عناصر وطريقة ومعدل مراقبة الجودة تشمل: أ. مراقبة التنظيف: ينبغي إجراء الفحص البصري باستخدام عدسات تكبير (يفضل استخدام عدسات تكبير مضيئة) لكل أداة بعد التنظيف.	IPC.15 برنامج مراقبة جودة التعقيم / التطهير	سياسة

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
ii. المؤشرات الفيزيائية (درجة الحرارة والوقت والضغط) والتي يتم مراقبتها كل دورة. iii. المؤشرات الكيميائية (مؤشر كيميائي داخلي بداخل عبوة التعقيم - مؤشر كيميائي خارجي خارج عبوة التعقيم) والتي يتم مراقبتها لكل عبوة. iv. مؤشر بيولوجي، يتم إجراؤه أسبوعيًا على الأقل . v. يتم إجراء اختبار اختراق البخار الكافي وإزالة الهواء السريع كل يوم قبل بدء استخدام الأوتوكلاف من خلال استخدام المؤشرات الكيميائية الداخلية من الفئة 2 وأجهزة اختبار العملية التي تكون إما جهاز اختبار مسامي أو جهاز اختبار مجوف. vi. حزمة الاختبار المسامية: أوراق بوي-ديك (Bowie-Dick Sheets) (مؤشر من الدرجة الثانية) داخل حزمة اختبار مسامية (في كل حمولة). اختبار الحمولة الجوفاء (اختبار الحزون): مؤشر كيميائي من الدرجة الثانية (شريط) داخل حلزون (في كل حمولة). vii. 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. ب) يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة والنطاقات المقبولة وإتاحتها بسهولة للموظفين حتى يتمكنوا من التعرف على النتائج غير المقبولة من أجل الاستجابة بشكل مناسب. ج) يتم اعتماد برنامج مراقبة الجودة من قبل الشخص المُعيّن قبل التنفيذ. د) يقوم عضو الفريق المُفوض المسؤول بمراجعة نتائج مراقبة الجودة على فترات مُنتظمة. هـ) يتم اتخاذ إجراءات علاجية لعلاج أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير مراقبة الجودة، ويتم اتخاذ إجراءات تصحيحية وفقًا لذلك.		
أ) عمليات جمع وتخزين المنسوجات الملوثة. ب) تنظيف المنسوجات الملوثة. ج) درجة حرارة الماء والمنظفات واستخدام المطهرات. د) عمليات تخزين وتوزيع المنسوجات النظيفة. هـ) برنامج مراقبة الجودة (درجة الحرارة وكمية المنظفات والمطهرات المستخدمة والصيانة) لكل غسالة.	سياسة	IPC.16 خدمة المغسلة، المنسوجات

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات تُوجّه عملية الترصد.	سياسة	IPC.17 الترصد، المرتبطة بالرعاية الصحية
ينبغي على المستشفى وضع وتنفيذ عملية مُعتمدة للتحقيق في تفشي الأمراض. تم وصف النهج التالي المُكوّن من 10 خطوات للتحقيق في تفشي الأمراض في الأبحاث: 1. تحديد وجود التفشي. 2. تأكيد التشخيص. 3. تعريف الحالة. 4. البحث عن الحالات. 5. وضع الفرضيات باستخدام النتائج الوصفية. 6. اختبار الفرضيات بدراسة تحليلية. 7. استخلاص النتائج. 8. مقارنة الفرضية بالحقائق المُثبتة. 9. توصيل النتائج. 10. تنفيذ تدابير الوقاية.	عملية معتمدة وموثقة	IPC.18 التحري في حالات التفشي
أ) تعريف الكائنات الحية المُقاومة للأدوية المُتعدّدة (MDROs). ب) الكائنات الحية الدقيقة الأكثر شيوعاً ذات الأهمية الوبائية. ج) تدابير احتواء الكائنات الحية المُقاومة للأدوية المُتعدّدة.	سياسة	IPC.19 الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة
أ) عملية استلام الطعام. ب) عملية تخزين آمنة تتضمن نظام تدوير الطعام الذي يتوافق مع مبادئ "الوارد أولاً يُصرّف أولاً". ج) مراقبة درجة الحرارة أثناء التحضير والتخزين. د) وجود مرفق غسيل يعمل في المطبخ. هـ) منع التلوث التبادلي للطعام، سواء بشكل مباشر من الطعام النيئ إلى المطهي أو بشكل غير مباشر من خلال الأيدي الملوّنة أو أسطح العمل أو ألواح التقطيع أو الأدوات، إلخ.	سياسة	IPC.20 خدمة الغذاء

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
(و) عملية نقل الطعام. (ز) تحضير وتخزين وإعطاء العلاج الغذائي عبر أنبوب التغذية. (ح) المناولة والتخزين الآمن لحليب الثدي المستخرج والحليب الاصطناعي.		
(أ) تقييم مخاطر العدوى. (ب) إجراءات لتقليل هذه المخاطر. (ج) استخدام الأجهزة الهندسية المناسبة ومعدات الوقاية الشخصية لتقليل التعرض. (د) فرز النفايات. (هـ) حفظ السجلات. (و) إجراءات التنظيف البيئي. (ز) الإبلاغ عن حالات التعرض العرضي.	سياسة	IPC.21 رعاية ما بعد الوفاة
10 – الإدارة والحوكمة المؤسسية		
الهيكل التنظيمي للمستشفى	مستند معتمد	OGM.01 هيكل ومسؤوليات الهيئة الحاكمة
مسؤوليات ومسؤوليات الهيئة الحاكمة	مستند معتمد	OGM.01 هيكل ومسؤوليات الهيئة الحاكمة
يغطي التوصيف الوظيفي على الأقل ما يلي: (أ) الإشراف على العمليات اليومية. (ب) ضمان نشر خدمات المستشفى وساعات العمل للمجتمع بشكل واضح ودقيق. (ج) ضمان وضع السياسات والإجراءات وتنفيذها من قبل القادة واعتمادها من قبل مجلس الإدارة. (د) الإشراف على الموارد البشرية والمالية والمادية. (هـ) التقييم السنوي لأداء لجان المستشفى.	توصيف وظيفي معتمد	OGM.04 مدير المستشفى

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
و) ضمان الاستجابة المناسبة للتقارير الواردة من أي وكالات تفتيش أو تنظيمية، بما في ذلك الاعتماد. ز) ضمان وجود برنامج على مستوى المنظمة لتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر مع توفير الموارد المناسبة. ح) وضع إطار لدعم التنسيق داخل و/أو بين الأقسام أو الوحدات، بالإضافة إلى عملية تنسيق واضحة مع الخدمات الخارجية ذات الصلة. ط) تقديم تقارير مُنظمة إلى مجلس الإدارة حول كيفية تلبية المتطلبات القانونية.		
شروط مرجعية لهذه اللجان: أ. لجنة السلامة البيئية. ب. لجنة مكافحة العدوى. ج. لجنة الصيدلة والعلاج. د. لجنة الجودة وسلامة المرضى. هـ. لجنة الوفيات والمرض.	مستند معتمد	OGM.05 هيكل اللجنة
الخطة الاستراتيجية للمستشفى	خطة	OGM.06 التخطيط الاستراتيجي
ينبغي على المستشفى إنشاء سلطات ومسؤوليات إدارية لقادة المستشفى تشمل ما يلي: أ) الحفاظ على هيكل مستشفى ثابت: - التخطيط لترقية أو استبدال الأنظمة أو المباني أو المكونات اللازمة للتشغيل المستمر والأمن والفعال. - وضع خطة بشكل تعاوني لتزويد المستشفى بالموظفين تُحدّد أعداد وأنواع ومؤهلات الموظفين المطلوبة. - توفير المرافق والوقت المناسبين لتعليم وتدريب الموظفين. - ضمان وضع وتنفيذ جميع السياسات والإجراءات والخطط المطلوبة. - توفير المساحة والمعدات والموارد الأخرى الكافية بناءً على الخطط الاستراتيجية والتشغيلية والخدمات المطلوبة.	توصيف وظيفي معتمد	OGM.08 قيادات المستشفى

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
- اختيار المعدات والمستلزمات بناءً على معايير مُحددة تشمل الجودة وفعالية التكلفة. - إدارة العمليات المُوجَّهة بسلسلة: - إنشاء "ثقافة عادلة" للإبلاغ عن الأخطاء والأخطاء الوشيكة والشكاوى، واستخدام المعلومات لتحسين سلامة العمليات والأنظمة. - تصميم وتنفيذ عمليات تدعم الاستمرارية وتنسيق الرعاية وتقليل المخاطر. - ضمان تطوير وتقديم الخدمات بأمان وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها وخطة المنظمة الاستراتيجية المُعتمدة مع مساهمة من المُستخدمين/الموظفين. - المتابعة والتقييم المُستمران: - ضمان تنفيذ جميع إجراءات مراقبة الجودة ومتابعتها واتخاذ الإجراءات عند الضرورة. - ضمان استيفاء المستشفى لشروط تقارير تفتيش المرافق أو الاستشهادات. - التقييم السنوي للخطط التشغيلية للخدمات المُقدمة لتحديد احتياجات المرافق والمعدات المطلوبة لدورة التشغيل التالية. - تقديم تقارير سنوية إلى مجلس إدارة المستشفى أو السلطة حول إخفاقات النظام أو العملية والأخطاء الوشيكة، والإجراءات المُتخذة لتحسين السلامة، بشكل استباقي واستجابة للأحداث الفعلية. تتم مراجعة بيانات المستشفى وتحليلها واستخدامها من قبل الإدارة لاتخاذ القرارات. - التحسين المُستمر.		
تُحدّد مسؤوليات المُشرف المكلف للإشراف على كل قسم وخدمة كتابياً وتشمل على الأقل ما يلي: أ) وضع وصف مكتوب للخدمات التي يُقدّمها القسم (نطاق الخدمة). ب) تقديم توصيات بالمساحة والتزويد بالموظفين والموارد الأخرى اللازمة لتلبية نطاق الخدمة المُعتمد للقسم. ج) التوصية بالحد الأدنى لعدد الموظفين والمؤهلات المطلوبة وفقاً لحجم العمل ونطاق الخدمة المُعتمد. د) تحديد التعليم والمهارات والكفاءات التي تحتاجها كل فئة من الموظفين. هـ) ضمان وجود برنامج توجيه خاص بالقسم وبرنامج تعليم مُستمر لموظفي القسم. و) ضمان تنسيق وتكامل هذه الخدمات مع الأقسام الأخرى عند الاقتضاء.	(مستند موثق) التوصيف الوظيفي لرؤساء الأقسام	OGM.09 إدارة الأقسام

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
(ز) ضمان متابعة أداء القسم/الخدمة وتقديم تقارير عنه على الأقل ربع سنوية إلى القيادة. (ح) ضمان مشاركة القسم في برنامج (برامج) تحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر.		
ينبغي على المستشفى وضع سياسة وإجراءات لإدارة سلسلة التوريد تتناول على الأقل ما يلي: (أ) عملية تحديد واختيار الموردين. (ب) تتم متابعة وتقييم الموردين لضمان توفير المستلزمات المشتراة من مصادر موثوقة تمتنع عن التعامل مع المستلزمات المزيفة أو المهربة أو التالفة. (ج) يتم أيضًا تقييم الموردين بناءً على استجابتهم عند الطلب وجودة المواد المستلمة والتحقق من مطابقتها لمعايير القبول المحددة مسبقًا ورقم الدفعة وتاريخ انتهاء الصلاحية. (د) تتم متابعة وتقييم المستلزمات لضمان عدم توفير أي أدوية أو عينات أو أجهزة أو مستلزمات طبية أو معدات تم سحبها. (هـ) تتم متابعة نقل المستلزمات لضمان حدوثه وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها وسياسة المنظمة المعتمدة وتوصيات الشركة المصنعة.	سياسة	OGM.10 إدارة سلاسل الإمداد
ينبغي على المستشفى وضع سياسة وإجراءات لإدارة التخزين والمخزون والجرد تتناول على الأقل ما يلي: (أ) امتثال التخزين للقوانين واللوائح وسياسات المنظمة. (ب) إدارة المخزون بأمان وكفاءة. (ج) إدارة المخزون وتتبع استخدام الموارد الحيوية. (د) تسجيل بنود المخزون التي يجب أن تحتوي على الأقل على ما يلي (ما لم تنص القوانين واللوائح على خلاف ذلك): i. تاريخ الاستلام. ii. رقم الدفعة وتاريخ انتهاء الصلاحية. iii. ما إذا تم استيفاء معايير القبول أم لا، وإذا كان أي متابعة مطلوبة. iv. تاريخ وضعها في الخدمة أو التصرف بها، إذا لم يتم استخدامها.	سياسة	OGM.11 إدارة المخزون

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ) توفر قائمة أسعار مُعتمدة. ب) عملية لضمان دقة إعداد الفواتير. ج) استخدام رموز دقيقة ومُعتمدة للتشخيص والإجراءات. د) إبلاغ المرضى/العائلات بأي تكلفة مُحتملة مُتعلّقة بالرعاية المُخطّط لها. هـ) مُساعدة المرضى/العائلات على فهم وإدارة العمليات الإدارية لإعداد الفواتير. و) تحديد المرضى الذين قد تتطلب حالاتهم تكاليف أعلى من المُتوقَّع وتزويدهم بالمعلومات بشكل دوري.	سياسة	OGM.12 نظام إعداد الفواتير
قائمة أسعار معتمدة لخدمات الرعاية الصحية التي يقدمها المستشفى	قائمة معتمدة	OGM.12 نظام إعداد الفواتير
قائمة تشمل جميع الخدمات المتعاقد عليها، بما في ذلك الخدمات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية.	قائمة معتمدة	OGM.13 إدارة العقود
معايير اختيار وتقييم لكل خدمة متعاقد عليها	مستند معتمد	OGM.13 إدارة العقود
أ) وضع قيم المستشفى ومدونة الأخلاق. ب) توعية وتدريب الموظفين فيما يتعلق بالممارسات الأخلاقية والقضايا الطبية القانونية. ج) التعامل مع العضلات الأخلاقية الطبية. د) تحديد والإفصاح عن تضارب المصالح. هـ) التعامل مع التمييز والتحرش. و) ضمان المساواة بين الجنسين.	لجنة أخلاقيات لها اختصاصات	OGM.15 الإدارة الأخلاقية
يشمل نطاق البرنامج جميع الموظفين ويتناول على الأقل ما يلي: أ) التقييم الطبي قبل التوظيف للموظفين الجدد. ب) التقييم الطبي الدوري لأفراد الموظفين. ج) فحص التعرّض و/أو المناعة للأمراض المُعدية. د) مكافحة وإدارة التعرّض للمخاطر المُتعلّقة بالعمل:	برنامج	OGM.17 برنامج صحة العاملين

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ. المخاطر المتعلقة بالراحة التي تنشأ عن رفع ونقل المرضى أو المعدات، والإجهاد، والحركات المتكررة، وسوء الوضعية. II. المخاطر الفيزيائية مثل الإضاءة والضوضاء والتهوية والكهرباء وغيرها. III. المخاطر البيولوجية من مسببات الأمراض المنقولة عبر الدم والمنقولة عبر الهواء وغيرها. هـ) تثقيف الموظفين بشأن المخاطر داخل بيئة المستشفى وكذلك بشأن المخاطر المتعلقة بوظائفهم المحددة. و) التطعيمات الوقائية للموظفين. ز) يتم توثيق نتائج التقييم الطبي في السجلات الصحية للموظفين، ويتم اتخاذ إجراءات عند وجود نتيجة إيجابية، بما في ذلك توعية الموظفين بهذه النتائج وتوفير الاستشارة والتدخلات حسب الحاجة. ح) تسجيل حوادث الموظفين (مثل الإصابات أو الأمراض) والتعامل معها، واتخاذ إجراءات تصحيحية ووضع تدابير لمنع التكرار. ط) يُشارك موظفو مكافحة العدوى في وضع وتنفيذ برنامج صحة الموظفين حيث أن انتقال العدوى يُعدُّ خطرًا شائعًا وخطيرًا على كل من الموظفين والمرضى في مرافق الرعاية الصحية. ي) يجب توثيق جميع النتائج المتعلقة ببرنامج الصحة المهنية للموظفين (مثل التقييم الطبي والتطعيم والإصابات في العمل) والاحتفاظ بها وفقًا للقوانين واللوائح.		
11- تقييم ومشاركة المجتمع		
أ) تحديد ووصف الفئات المستهدفة. ب) تحديد نطاق وأهداف البرنامج. ج) تحديد الشركاء المجتمعيين. د) تحديد قنوات الاتصال مع الشركاء المجتمعيين. هـ) استراتيجية تقييم احتياجات المجتمع. و) أنشطة مشاركة المجتمع، بما في ذلك التثقيف الصحي. ز) التعاون مع المبادرات المجتمعية الدولية والإقليمية و/أو الوطنية.	برنامج	CAI.01 المشاركة برنامج المجتمعية

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
(ح) الميزانية والموارد. (ط) تقييم البرنامج		
12 - إدارة الموارد البشرية		
يحافظ المستشفى على مستوى آمن من أعداد الموظفين، بما في ذلك أعداد الممارسين المستقلين ومستوى مهاراتهم، يتطابق مع 60% على الأقل من مُتطلباته، خاصة في مناطق الرعاية الحرجة. يأخذ القادة العوامل التالية في الاعتبار لوضع توقُّعات احتياجات التوظيف: (أ) مهمة المستشفى وخطته الاستراتيجية والتشغيلية. (ب) مُعدّل تعقيد وشدة حالات المرضى الذين يخدمهم المستشفى. (ج) الخدمات التي يُقدِّمها المستشفى. (د) حجم العمل خلال ساعات العمل والنوبات المُختلفة. (هـ) التكنولوجيا والمعدات المُستخدَمة في رعاية المرضى.	خطة	WFM.02 خطة التوظيف
(أ) التعاون مع قادة الخدمة/القسم لتحديد الحاجة إلى وظيفة. (ب) إبلاغ المرشَّحين المُحتملين عن الوظائف الشاغرة المُتاحة. (ج) الإعلان عن معايير الاختيار. (د) عملية التقديم. (هـ) إجراءات التوظيف.	سياسة	WFM.03 عملية التوظيف
مستند معتمد بصف عملية التحقق من المؤهلات والشهادات	مستند معتمد	WFM.05 التحقق من صحة المؤهلات
(أ) إنشاء ملف الموظف. (ب) محتويات موحدة مثل:	سياسة	WFM.06 ملفات العاملين

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
i. المؤهلات، بما في ذلك التعليم والتدريب والترخيص والتسجيل، حسب الاقتضاء. ii. تاريخ العمل. iii. توثيق تقييم الاعتمادات والتحقق من المصدر الرئيسي. iv. الوصف الوظيفي الحالي. v. دليل مُسجّل على التوجيه العام والقسمي والخاص بالوظيفة للموظفين الجدد. vi. التعليم المُستمر في المستشفى والتعليم المهني المُتلقّى. vii. نُسخ من تقييمات الأداء المؤقتة والسنوية. ج) تحديث محتويات الملف. د) التخزين. هـ) مدة الاحتفاظ بالملفات. و) التخلص من الملفات.		
يتناول البرنامج التعريفي العام على الأقل ما يلي: أ) مهمة المستشفى ورؤيته وقيمه وهيكل المستشفى. ب) سياسات المستشفى للسلامة البيئية وسلامة المرافق. ج) معلومات عامة عن سياسات وإجراءات مكافحة العدوى. د) سياسات المستشفى لتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر. هـ) الإطار الأخلاقي ومدونة قواعد السلوك. و) حقوق المرضى والعائلات. يتناول البرنامج التعريفي الخاص بالقسم على الأقل ما يلي: ز) مُراجعة السياسات والإجراءات ذات الصلة. ح) العمليات التشغيلية. ط) علاقات العمل. يتناول البرنامج التعريفي الخاص بالوظيفة على الأقل ما يلي: ي) الواجبات والمسؤوليات الخاصة بالوظيفة وفقاً للتوصيف الوظيفي. ك) استخدام التكنولوجيا والمعدات. ل) العمليات عالية الخطورة. م) سلامة وصحة الموظفين.	برنامج	WFM.07 برنامج تعريفي

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
أ) تقييم المريض. ب) سياسة وإجراءات مكافحة العدوى، وإصابات وخز الإبر، وحالات التعرض. ج) خطط السلامة البيئية. د) مخاطر الصحة والسلامة المهنية، بما في ذلك استخدام معدات الحماية الشخصية. هـ) إدارة المعلومات، بما في ذلك متطلبات السجل الطبي للمريض بما يتناسب مع المسؤوليات أو الوصف الوظيفي. و) تقييم وعلاج الألم. ز) الإرشادات الإكلينيكية المُستخدمة في المستشفى. ح) تدريب الإنعاش القلبي الرئوي الأساسي كل عامين على الأقل لجميع الموظفين الذين يُقدّمون رعاية مُباشرة للمرضى. ط) مفهوم الجودة وتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر. ي) حقوق المرضى ورضا المرضى وعملية الشكوى/الاقتراح. ك) توفير رعاية مُتكاملة، واتخاذ القرارات المُشتركة، والموافقة المبنية على المعرفة، والتواصل بين الأشخاص بين المرضى والموظفين الآخرين، والمعتقدات والاحتياجات والأنشطة الثقافية للمجموعات المُختلفة التي يتم خدمتهم. ل) معايير مُحَدّدة للإساءة والإهمال. م) تشغيل وصيانة المعدات الطبية وأنظمة المرافق.	برنامج	WFM.08 برنامج التعليم المستمر
الأدوات / المستندات المعتمدة (معايير) لتقييم أداء العاملين	أداة / مستند معتمد	WFM.09 تقييم أداء العاملين
أ) الهيكل الكامل للطاقم الطبية. ب) هيكل ووظيفة لجان الطاقم الطبية. ج) فئات الطاقم الطبية والمؤهلات المُحدّدة الضرورية لكل فئة (استشاري، أخصائي، طبيب مُقيم، إلخ). د) أدوار ومسؤوليات كل فئة من الموظفين، بما في ذلك حالة التوظيف (دوام كامل، دوام جزئي، بديل، زائر، إلخ).	مستند معتمد للوائح الداخلية للطاقم الطبي	WFM.10 هيكل الطاقم الطبي

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
هـ) عمليات الاعتماد وإعادة الاعتماد والتعيين وإعادة التعيين، بما في ذلك التحقق من المصدر الرئيسي حسب الاقتضاء. و) منح وإعادة منح الامتيازات (التقديم والمنح والمراجعة والتجديد)، بما في ذلك الامتيازات المؤقتة والطارئة. ز) أخلاقيات الممارسة الطبية الجيدة وتضارب المصالح. ح) معايير وعملية مُحَدَّدة للإيقاف عن العمل والإجراءات التأديبية الأخرى، بما في ذلك آلية لجلسة استماع عادلة وعملية استئناف. ط) معايير وعملية مُحَدَّدة لمراجعة الأقران.		
أ) يتوافق أعضاء الهيئة الطبية والممارسون المُستقلون الحاصلون على امتيازات إكلينيكية مع اللوائح الداخلية للهيئة الطبية. ب) تُشير الامتيازات إلى ما إذا كان يُمكن للهيئة الطبية قبول المرضى واستشارتهم وعلاجهم. ج) تُحدِّد الامتيازات نطاق خدمات رعاية المرضى وأنواع الإجراءات التي يُمكنهم تقديمها في المستشفى. د) يتم تحديد الامتيازات بناءً على دليل مُوثَّق على الكفاءة (الخبرة والمؤهلات والشهادات والمهارات) التي تتم مراجعتها وتجديدها كل ثلاث سنوات على الأقل. هـ) تتوفر الامتيازات في المجالات التي تُقدِّم فيها الهيئة الطبية خدمات مُتعلِّقة بالامتيازات الممنوحة. و) أعضاء الطاقم الطبي الحاصلون على امتيازات لا يمارسون ما هو خارج نطاق امتيازاتهم. ز) عندما يتم منح أحد أعضاء الهيئة الطبية امتيازاً تحت الإشراف، تُحدِّد الامتيازات الإكلينيكية المُشرفين المسؤولين وطريقة وتكرار الإشراف.	سياسة	WFM.12 الامتيازات الإكلينيكية
توفير الرعاية الإكلينيكية مثل: أ) الامتثال للبروتوكولات القائمة على الأدلة لحالات أو إجراءات مُحَدَّدة. ب) اكتمال وتوقيت توثيق السجلات الطبية. ج) الاستخدام المُناسب للموارد، على سبيل المثال، استخدام الأدوية، والدم ومنتجات الدم، واستخدام المضادات الحيوية، إلخ. د) مُلاءمة حالات دخول المرضى.	مستند معتمد لمعايير تقييم الأداء	WFM.13 تقييم أداء الطاقم الطبي

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
النتائج الإكلينيكية مثل: أ) مُعدّلات الوفيات والمرض. ب) الأحداث السلبية ومُعدّل مضاعفات الإجراءات. ج) التناقضات بين التشخيصات قبل وبعد الجراحة. د) الأحداث الجسيمة. الموقف والسلوك مثل: أ) الحوادث المُتعلّقة بالسلوك الأخلاقي. ب) الإجراءات التأديبية. ج) نمط الحضور والغياب. د) شكاوى المرضى. هـ) شكاوى الموظفين.		
أ) معايير مُحَدّدة لإحالة الحالات الإكلينيكية لمراجعة الأقران الداخلية. ب) معايير مُحَدّدة لإحالة الحالات الإكلينيكية لمراجعة الأقران الخارجية. ج) يتم استخدام البيانات أو المعلومات المُستمدّة من مُراجعة الأقران لإعادة التعيين وإعادة منح الامتيازات.	سياسة	WFM.14 عملية مراجعة الأقران
أ) المسؤولية عن وضع وتنفيذ معايير مكتوبة لممارسة التمريض وتسجيل تقييم التمريض وخطة رعاية التمريض وإعادة تقييم التمريض والعلاجات. ب) المسؤولية عن تقييم فاعلية علاجات التمريض. ج) عضو في فريق القيادة العليا للمستشفى وحضور اجتماعات كبار قادة الموظفين. د) ضمان إنجاز الجداول والمهام المُوكلة للموظفين.	توصيف وظيفي معتمد يظهر مسؤوليات رئيس التمريض	WFM.15 قوانين ولوائح التمريض
أ) تدابير لتجنب إرهاق الموظفين. ب) أوقات راحة مُخطّط لها. ج) حماية الأمومة وترتيبات الرضاعة الطبيعية.	سياسة	WFM.17 ساعات العمل

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
13 - إدارة وتكنولوجيا المعلومات		
متطلبات السلامة ذات الصلة (GSRs): GSR.29: الاختصارات		
أ) احتياجات المعلومات المُحدَّدة للقيادات الطبية والإدارية للمستشفى. ب) احتياجات ومتطلبات المعلومات للسلطات والوكالات الخارجية. ج) نوع وحجم الخدمات التي يُقدِّمها المستشفى. د) الترميز الإكلينيكي (رموز التشخيص والإجراء). هـ) الإطار الزمني الكافي المطلوب لعملية نشر المعلومات (النشر الداخلي أو الخارجي). و) تعليم وتدريب الموظفين وفقاً لمسؤولياتهم والتوصيف الوظيفي واحتياجات البيانات والمعلومات.	خطة	IMT.02 خطة إدارة المعلومات
أ) تنسيق موحد. ب) نظام للتحكم في المُستندات لتتبع المشكلات والتغييرات/التعديلات. ج) يسمح النظام بتحديد كل مُستند من خلال العنوان وتاريخ الإصدار والطبعة و/أو تاريخ المراجعة الحالي وعدد الصفحات والشخص الذي سمح بالإصدار و/أو راجع المُستند وتحديد تغييرات الإصدار. د) السياسات والإجراءات والخطط والبرامج والإرشادات المطلوبة مُتاحة ويتم توزيعها على الموظفين ذوي الصلة. هـ) يفهم الموظفون كيفية الوصول إلى تلك المُستندات المُتعلِّقة بمسؤولياتهم. و) سحب المُستندات.	سياسة	IMT.03 نظام التحكم في المستندات
أ) تحديد من يُمكنه الوصول إلى أي نوع من البيانات والمعلومات. ب) الظروف التي يتم بموجبها منح حق الوصول. ج) اتفاقيات السرية مع جميع أولئك الذين لديهم حق الوصول إلى بيانات المرضى. د) إجراءات لضمان خصوصية وأمن معلومات المرضى عبر الإنترنت.	سياسة	IMT.05 سرية وأمان البيانات والمعلومات

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
ه) إجراءات لضمان سرية معلومات المرضى التي يتم توصيلها عبر البريد الإلكتروني أو الأجهزة المحمولة. (مثل، تنفيذ التشفير التام بين الأطراف لخدمات البريد الإلكتروني والرسائل، واستخدام منصات أو خدمات بريد إلكتروني آمنة مُصمَّمة خصيصًا لاتصالات الرعاية الصحية، واستخدام تطبيقات مراسلة آمنة تتوافق مع لوائح خصوصية الرعاية الصحية، إلخ). و) تدريب الموظفين على التعامل السليم مع معلومات المرضى، والمخاطر المُصاحبة لطرق الاتصال غير الآمنة، وكيفية استخدام أدوات الاتصال الآمنة بفعالية. ز) الإجراءات التي يجب اتباعها في حالة انتهاك سرية أو أمن المعلومات.		
أ) مدة الاحتفاظ لكل نوع من المُستندات. ب) يجب الحفاظ على سرية المعلومات خلال مدة الاحتفاظ. ج) شروط الاحتفاظ وقواعد الأرشفة وتنسيقات البيانات ووسائل التخزين والوصول والتشفير المسموح بها. د) إجراءات إتلاف البيانات.	سياسة	IMT.07 الاحتفاظ بالبيانات والمعلومات
أ) إدارة تدفق السجلات الطبية؛ إنشاء سجل طبي للمريض، وإنشاء مُعرِّفات فريدة، والتتبع، والتخزين، والإتاحة عند الحاجة لمتخصصي الرعاية الصحية. ب) محتويات السجل الطبي وتوحيد الترتيب. ج) الاستخدام المُوحَّد للسجل الطبي. د) الإفصاح عن السجل الطبي للمريض. ه) إدارة السجلات الطبية الضخمة للمرضى.	سياسة	IMT.08 إدارة السجل الطبي للمريض
أ) أخذ عينات عشوائية واختيار ما يقرب من 5% من السجلات الطبية للمرضى. ب) مراجعة عينة تمثل جميع الخدمات. ج) مراجعة عينة تمثل جميع التخصصات/الموظفين. د) إشراك ممثلين عن جميع التخصصات الذين يُدخلون البيانات. ه) مراجعة اكتمال ووضوح الإدخالات. و) تحديث المراجعة كل ثلاثة أشهر على الأقل.	سياسة	IMT.09 مراجعة السجل الطبي

المكونات	كود المعيار والكلمة الرئيسية	نوع المستند
يشمل البرنامج عملية للاسترجاع في وقت التعطل لضمان سلامة البيانات. يتم توثيق الأحداث غير المُخطَّط لها والتحقيق فيها لتحديد الإجراءات التصحيحية. يتلقى جميع الموظفين تدريباً حول الانتقال إلى بيئة وقت التوقف للاستجابة لاحتياجات رعاية المرضى الفورية.	IMT.11 تعطل أنظمة البيانات	برنامج
14- تحسين الجودة والأداء		
أ) ضمان مشاركة جميع مناطق الرعاية المُخصَّصة في أنشطة تحسين الجودة. ب) وضع أولويات على مستوى المنظمة للتحسين. ج) ضمان متابعة جميع القياسات المطلوبة، بما في ذلك تكرار جمع البيانات. د) مراجعة الأحداث السلبية والأخطاء الوشيكة وتحليل السبب الجذري لمنع التكرار. هـ) وضع وتنفيذ استراتيجيات لتعزيز سلامة المرضى وتقليل المخاطر. و) متابعة الالتزام بمعايير الاعتماد والمعايير التنظيمية المُتعلِّقة بالجودة والسلامة. ز) مراجعة بيانات رضا المرضى وتحديد الفرص لتعزيز تجربة المريض. ح) الإبلاغ عن معلومات حول بيانات الأداء وأنشطة تحسين الجودة إلى مجلس الإدارة وقادة المستشفى والموظفين المُناسِبين. ط) تقييم أداء اللجنة على أساس سنوي.	تحسين الأداء، اختصاصات لجنة (لجان) سلامة المرضى وإدارة المخاطر QPI.01 لجنة (لجان) الجودة	
أ) سياسة الجودة ورسالة المستشفى: تُحدد رسالة المستشفى بوضوح التزامه بتقديم رعاية عالية الجودة وسلامة المرضى. ب) الهدف (الأهداف) والغايات (الإكلينيكية والإدارية) التي تُحقِّق رسالة المستشفى. ج) دور القادة والمسؤوليات المُحدَّدة لأنشطة التحسين. د) اختيار خارطة طريق مقاييس الأداء. هـ) جمع البيانات وأدوات تحليل البيانات وعملية التحقق من الصحة. و) تدفق المعلومات وتكرار إعداد التقارير. ز) معايير مُحدَّدة لتحديد الأولويات واختيار مشاريع تحسين الأداء. ح) نموذج (نماذج) تحسين الجودة المُستخدَمة. ط) التدريب على نُهج تحسين الجودة وسلامة المرضى. ي) يتم تحديث الخطة (الخطط) سنوياً بناءً على التقييم.	QPI.02 خطة (خطط) تحسين الجودة خطة	

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
مستند معتمد للتوصيف الوظيفي لفريق إدارة الجودة	مستند معتمد	QPI.03 فريق إدارة الجودة
بالنسبة للقائمة المعتمدة لمقاييس الأداء، يلزم وصف لما يلي على الأقل: (أ) التعريف. (ب) مصدر البيانات المحدد. (ج) المعدل المحدد. (د) تقنيات أخذ العينات. (هـ) الصيغة. (و) منهجية جمع البيانات وتحليلها. (ز) الهدف أو المعيار الذي سيتم مقارنة النتائج به.	قائمة معتمدة	QPI.05 مقاييس الأداء
عملية مكتوبة لمراجعة البيانات والتحقق من صحتها: تُوضَّح أن التحقق من صحة البيانات مطلوب في الحالات التالية: (أ) البدء في أي إجراء جديد بشكل عام وأي إجراء إكلينيكي بشكل خاص. (ب) نشر البيانات للمجتمع. (ج) أي تغيير في منهجية جمع البيانات. (د) نتائج غير مُفسَّرة بدون مُبرِّر. (هـ) تغيير في مصدر البيانات. (و) تغيير في نطاق البيانات التي يتم جمعها.	مستند معتمد	QPI.08 جمع وتحليل البيانات والتحقق من صحتها
(أ) نطاق وهدف ومعايير تقييم المخاطر. (ب) مسؤوليات ووظائف إدارة المخاطر. (ج) السياسات والإجراءات التي تدعم إطار إدارة مخاطر المستشفى. (د) تدريب الموظفين على مفاهيم وأدوات إدارة المخاطر. (هـ) تحديد المخاطر، بما في ذلك سجل المخاطر المحدث. (و) تحديد أولويات المخاطر وتصنيفها (أي استراتيجية وتشغيلية وسمعة ومالية وغيرها).	برنامج	QPI.09 برنامج إدارة المخاطر

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
ز) الإبلاغ عن المخاطر والتواصل بشأنها مع الجهات المعنية ومجلس الإدارة. ح) خطط وأدوات تقليل المخاطر مع إعطاء الأولوية للمخاطر العالية. ط) يتم تحديث برنامج/خطة إدارة المخاطر سنوياً.		
يشمل نظام الإبلاغ عن الحوادث ما يلي على الأقل: أ) قائمة بالحوادث القابلة للإبلاغ والأخطاء الشائعة والأحداث السلبية والأحداث الجسيمة. ب) تتضمن عملية التعامل مع الحوادث كيفية ووقت ومن قبل من يتم الإبلاغ عن الحوادث والتحقيق فيها. ج) تدريب الموظفين على عملية التعامل مع الحوادث. د) الحوادث التي تتطلب إخطاراً فورياً للإدارة. هـ) تصنيف الحوادث وتحليلها والإبلاغ عن نتائجها. و) إشارة لإجراء تحليل مكثف وعملية.	مستند معتمد	QPI.10 نظام الإبلاغ عن الحوادث
أ) تعريفات الحدث السلبي والخطأ الشيك والحدث الجسيم. تشمل الأحداث الجسيمة، على سبيل المثال لا الحصر: i. الوفاة غير المتوقعة أو فقدان الدائم الكبير للوظيفة الذي لا يرتبط بالمسار الطبيعي لمرض المريض أو حالته الأساسية. ii. أحداث المريض الخطأ أو الموقع الخطأ أو الإجراء الخطأ. iii. انتحار المريض أو محاولة الانتحار أو العنف الذي يؤدي إلى الوفاة أو فقدان الدائم للوظيفة. iv. أحداث الاحتفاظ غير المقصود بجسم غريب في مريض بعد الجراحة أو الإجراء الغازي. v. التسليم الخاطئ للعلاج الإشعاعي. vi. أي وفاة للأمهات في الفترة المحيطة بالولادة. vii. أي وفاة في الفترة المحيطة بالولادة لا تتعلق بحالة خلقية لدى رضيع يبلغ وزن ميلاده أكثر من 2500 جرام. viii. تفاعل نقل دم انحلالي كبير. ix. الاغتصاب.	سياسة	QPI.11 الأحداث الجسيمة

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
x. الحريق. xi. اختطاف الرضع. ب) الإبلاغ الداخلي عن الأحداث الجسيمة. ج) الإبلاغ الخارجي عن الأحداث الجسيمة. د) مشاركة أعضاء الفريق. هـ) تحليل السبب الجذري. و) خطط العمل التصحيحية والوقائية المتخذة. ز) إجراءات إدارة عواقب الأحداث السلبية، بما في ذلك الضحايا الأول والثاني المتضررين.		
مستند معتمد ومكتوب يوضح منهجية التحسين	مستند معتمد	QPI.12 استدامة التنمية
15- المستشفيات الجامعية والتعليمية		
مستند معتمد يوضح مسؤوليات الإشراف على التعليم الطبي	مستند معتمد	ATH.02 الحوكمة التعليمية
مستند معتمد لعملية تطوير المناهج.	مستند معتمد	ATH.03 تطوير المناهج
أ) الحصول على موافقة شفوية أو كتابية والتأكد من أن المرضى يفهمون تمامًا الغرض من مشاركتهم في الجلسات التعليمية وطبيعتها وتأثيرها المحتمل. لديهم أيضًا الحق في رفض الموافقة أو سحبها في أي وقت دون أي عواقب سلبية على رعايتهم. ب) حماية الخصوصية والسرية واتخاذ التدابير اللازمة، مثل استخدام مناطق خاصة، والحصول على موافقة شفوية لمشاركة المتعلمين، والامتناع عن مناقشة معلومات المريض الحساسة أو القابلة للتحديد في الأماكن العامة أو غير السرية.	سياسة	ATH.04 حقوق المرضى خلال التعليم بجانب السرير

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
ج) تعزيز ثقافة الاحتراف والاحترام بين مقدمي الرعاية الصحية والمتعلمين والمرضى. تثقيف المتعلمين حول السلوك المناسب واحترام حدود المريض وأهمية الحفاظ على نهج مهني وأخلاقي خلال جميع التفاعلات. د) إعطاء الأولوية للراحة والسلامة الجسدية والعاطفية للمرضى أثناء التدريس بجانب السرير. اتخاذ التدابير المناسبة لتقليل أي إزعاج أو ضرر محتمل للمريض، بما في ذلك تجنب الإجراءات أو الفحوصات غير الضرورية فقط لأغراض التدريس. هـ) تشجيع تلقي ملاحظات من المرضى فيما يتعلق بتجاربهم مع التدريس بجانب السرير. توفير آلية للمرضى للتعبير عن أي مخاوف أو شكاوى أو اقتراحات تتعلق بمشاركتهم في الأنشطة التعليمية وضمان معالجتها على الفور وبشكل مناسب.		
أ) الدورات الإكلينيكية، بما في ذلك الملاحظات والتقييم المنتظم لكل دورة إكلينيكية. ب) التعليم النظري. ج) الإشراف والتوجيه. د) مسؤوليات رعاية المرضى. هـ) التدريب على المحاكاة، إذا كان ذلك مُطبَّقًا. و) التقييم والتقويم. ز) توفير التعليم حول سياسات وإجراءات وخطط المستشفى وأنظمة الجودة الأخرى.	برنامج	ATH.06 أنشطة الأطباء المتدربين والأطباء المقيمين
أ) منهج واضح ومتطلبات تقييم. ب) برنامج تمهيدي تعليمي للتأكد من أن المتدربين يفهمون منهجهم الدراسي. ج) خبرة عملية كافية لتحقيق والحفاظ على الكفاءات الإكلينيكية أو الطبية (أو كليهما) المطلوبة في مناهجهم الدراسية. د) فرصة العمل والتعلم مع أعضاء آخرين من الطاقم الطبي لدعم العمل متعدد التخصصات بين المهنيين. هـ) اجتماعات منتظمة ومفيدة مع المشرفين الإكلينيكين والتعليميين.	برنامج	ATH.07 تدريب طلاب كلية الطب

المكونات	نوع المستند	كود المعيار والكلمة الرئيسية
لجنة أخلاقيات البحث العلمي	مستند معتمد	ATH.08 إطار العمل الأخلاقي للأبحاث
أ) الأحقية في التسجيل في المشاريع أو البروتوكولات البحثية. ب) حقوق المريض أثناء التسجيل في البحث. ج) ضمانات السرية للصور ومعلومات المريض المضمنة في البحث. د) يحق للمريض الانسحاب من التجربة البحثية دون خوف من العقاب.	سياسة	ATH.09 حقوق المرضى الخاضعين للأبحاث

الملحق

المطلوب في الاشتراطات الأساسية	الجهة المعنية	المرجع القانوني
ترخيص المستشفى	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	المادة ١ والبند الثاني من المادة ١٦ من قانون تنظيم المنشآت الطبية رقم ٥١ لسنة ١٩٨١ المعدل بالقانون ١٥٣ لسنة ٢٠٠٤
موافقة المجلس الإقليمي للصحة النفسية	المجلس الإقليمي للصحة النفسية	المادة ٢ والمادة ٣ من القانون رقم ٧١ لسنة ٢٠٠٩ بشأن رعاية المريض النفسي
ترخيص تداول النفايات الخطرة	الإدارة العامة لصحة البيئة بوزارة الصحة والسكان بعد تقديم تقييم الأثر البيئي وموافقة جهاز شئون البيئة	المادة ٢٩ من قانون البيئة رقم ٤ لسنة ١٩٩٤
ترخيص الصيدلية	إدارة الصيدلة بمديرية الشئون الصحية التابع لها المنشأة	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
ترخيص المعمل	الإدارة المركزية للمعامل بوزارة الصحة والسكان	مادة ١٠ ومادة ١٣ من القانون ٣٦٧ لسنة ١٩٥٤ في شأن مزاولة مهن الكيمياء الطبية والبكتريولوجيا والباثولوجيا وتنظيم معامل التشخيص الطبي ومعامل الأبحاث العلمية

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 ١٥ 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 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 الدوري 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 كلوي
الكتاب الدوري 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 في شأن تنظيم مهنة العلاج الطبيعي	المحافظ المختص بعد موافقة اللجنة الدائمة للعلاج الطبيعي بوزارة الصحة والسكان	ترخيص مركز علاج طبيعي

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 و لسنة ١٩٧٧ في شأن إقامة وإدارة الآلات الحرارية والمراجل البخارية	وزارة الكهرباء والطاقة والوحدة المحلية التابعة لها المنشأة بحسب الأحوال	ترخيص المولدات الكهربائية



الجودة
مسار
إجباري



gaharegypt