**Healthcare Facility Visit Form نموذج زيارة منشأة صحية**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **المحافظة:** |  | **الجهة المالكة:** |  | **اسم المنشأة:** |
|  | **العنوان:** |  | **رقم التليفون:** |
|  | **البريد الالكتروني:** |
|  | **الموقع الرسمي:** |
| **البريد الالكتروني** | **رقم الهاتف** | **الاسم رباعي** |  |
|  |  |  | **مدير المنشأة** |
|  |  |  | **مسئول الجودة** |
|  |  |  | **مسئول السلامة و الصحة المهنية** |
|  |  |  | **مسئول مكافحة العدوى** |
| **هل لديك نسخه من متطلبات الاعتماد المبدئي أو معايير الاعتماد؟ نعم** [ ]  **لا** [ ] في حالة الاجابة بلا برجاء تنزيل نسخة من على موقع الهيئة [**www.gahar.gov.eg**](http://www.gahar.gov.eg/) |
| **هل يتوافر فريق مكلف لتطبيق** **متطلبات الاعتماد المبدئي أو معايير الاعتماد؟ نعم** [ ]  **لا** [ ]  |
| **هل سبق لك استخدام أداة التقييم الذاتي؟ نعم** [ ]  **لا** [ ] في حالة الإجابة بلا برجاء تنزيل الأداة من على صفحة الإدارة على موقع الهيئة. في حالة الاجابة بنعم، برجاء التوضيح في الخانة التالية هل تم عمل تقييم وخطة تصحيحية بالأداة وتوضيح نسبة استكمال الخطة. |
|  |
| **هل يوجد تطوير أو إنشاءت حالية بالمنشأة؟ نعم** [ ]  **لا** [ ] في حالة الاجابة بنعم برجاء الوصف في الخانة التالية |
|  |
| **في حال أن المنشأة المتقدمة بطلب الزيارة مستشفى أو مركز جراحات يوم واحد** **برجاء استكمال البيانات التالية** |
|  | **عدد أسرّة المرضى** |
|  | **عدد الرعايات المركزة** |
|  | **عدد غرف العمليات** |
|  | **عدد الصيدليات** |
| **نعم** [ ]  **لا**[ ]  | **هل يوجد أجهزة غسيل كلوي؟** |
| **نعم** [ ]  **لا** [ ]  | **هل يتم إجراء عمليات زرع أعضاء أو أنسجة؟** |
| **نعم** [ ]  **لا**[ ]  | **هل يتم عمل أبحاث علمية داخل المنشأة؟** |

**برجاء ملء البيانات التالية بدقة**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الخدمات المقدمة (Scope of Service)** | **الدور** | **رقم/اسم المبنى** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **التراخيص الموجودة:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **اذكر السياسات، الخطط، البرامج و التقارير الموجودة** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**يتعهد فريق الدعم الفني بالالتزام بمواعيد الزيارة وجدول الأعمال وتقديم الدعم الكامل لفهم وتطبيق جميع المعايير، حرصاً منا على نجاح الزيارة وتحقيق الأهداف المرجوة منها؛ برجاء قراءة الشروط والأحكام التالية بعناية وابداء الرأي أدناه:**

* تقوم المنشأة بتحضير نبذة عن المنشأة لعرضها في الجلسة الافتتاحية للزيارة.
* تلتزم المنشأة بوصف نطاق الخدمات بدقة.
* تلتزم المنشأة بتوفير **وسيلة انتقال مناسبة وآمنة مخصصة لانتقال أعضاء الفريق فقط** في الوقت المتفق عليه أثناء الزيارة.
* في حال استدعت الزيارة للإقامة، تلتزم المنشأة بتوفير **فندق لائق وآمن** لإقامة أعضاء الفريق بحيث يكون الحجز **غرف مخصصة لأعضاء فريق الزيارة فقط سواء مفردة أو مزدوجة بحد أقصى**.
* يقوم قائد الزيارة بالتواصل مع المنشأة قبل موعد الزيارة ببضعة أيام، تلتزم المنشأة بإبلاغ القائد بتفاصيل وسيلة الانتقال والفندق (في حال تطلبت الزيارة إقامة الأفراد).
* تلتزم المنشأة بتجهيز وعرض المستندات الموجودة لديهم الخاصة بتطبيق المعايير.
* تلتزم المنشأة بتوفير فريق مصاحب لفريق الإدارة أثناء و طوال فترة الزيارة.
* تحافظ المنشأة على الالتزام بالمعايير المهنية للتعامل مع الفريق.
* تضمن المنشأة عدم وجود مخاطر مباشرة على أمن و سلامة الفريق.
* تقوم المنشأة مسبقاً بتعريف جميع العاملين بها بمواعيد وأهداف الزيارة.
* في حال الإخلال بأحد هذه الشروط السابقة أثناء الزيارة، يحق لقائد الفريق إلغاء الزيارة.

 [ ]  **أوافق** [ ]  **لا أوافق**

* لغرض توثيق الزيارة وبعض الأنشطة الترويجية بالهيئة؛ هل توافق على التقاط بعض الصور لفريق الزيارة وفرق العاملين بالمنشأة أثناء أنشطة الزيارة. (عدم موافقتك على هذه النقطة لا يؤثر بأي شكل على فاعليات الزيارة).

 [ ]  **أوافق** [ ]  **لا أوافق**