

قرار وزاري رقم (174) لسنة 2024 م
بشأن تعديل المعايير الوطنية الموحدة للمستشفيات

وزير الصحة ووقاية المجتمع:

بعد الاطلاع:

على القانون الاتحادي رقم (1) لسنة 1972 م بشأن اختصاصات وصلاحيات الوزراء وتعديلاته،
وعلى القانون الاتحادي رقم (4) لسنة 2015 م في شأن المنشآت الصحية الخاصة وتعديلاته، ولائحته
التنفيذية،

وعلى القانون الاتحادي رقم (10) لسنة 2015 م بشأن سلامة الغذاء،
وعلى القانون الاتحادي رقم (5) لسنة 2019 م في شأن تنظيم مزاولة مهنة الطب البشري ولائحته
التنفيذية،

وعلى القانون الاتحادي رقم (8) لسنة 2019 م في شأن المنتجات الطبية ومهنة الصيدلة والمنشآت
الصيدلانية وتعديلاته، ولائحته التنفيذية،

وعلى القانون الاتحادي رقم (6) لسنة 2023 م بشأن مزاولة غير الأطباء والصيدانلة لبعض المهن
الصحية،

وعلى قرار مجلس الوزراء رقم (47) لسنة 2018 م باعتماد المعايير الوطنية الموحدة للمستشفيات،
وعلى قرار مجلس الوزراء رقم (11) لسنة 2021 م في شأن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة ووقاية
المجتمع.

وبناء على مقتضيات المصلحة العامة،،،

قـرر ما يلي:

المادة (1):

يعتمد تعديل المعايير الوطنية الموحدة للمستشفيات الصادر بقرار مجلس الوزراء رقم 47 لسنة 2018 المشار إليه أعلاه وتكون الصيغة النهائية للمعايير بعد التعديل على النحو الموضح برفق هذا القرار.

المادة (2):

ينشر هذا القرار في الجريدة الرسمية ويعمل به اعتباراً من اليوم التالي لتاريخ نشره.

عبدالرحمن بن محمد العويس
وزير الصحة ووقاية المجتمع

صدر بتاريخ: 04/09/2024

**مرفق القرار الوزاري رقم (174) لسنة 2024 م
بشأن تعديل المعايير الوطنية الموحدة للمستشفيات
المعايير الوطنية الموحدة للمستشفيات**

جدول المحتويات

المقدمة

النطاق

الغرض

التعاريف

الاختصارات

الفصل الأول: متطلبات تصميم المستشفى

1. اعتبارات التصميم العامة

2. غرفة العمليات

3. الرعاية الحرجة

4. غرفة عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء (All)

5. غرفة عزل المرضى الذين يعانون من نقص المناعة الشديدة

6. منطقة الطوارئ

7. منطقة جناح الولادة

8. مناطق خدمة المرضى الداخليين

9. مناطق العيادات الخارجية

10. المختبر الإكلينيكي

11. التصوير الطبي

12. الصيدلية

13. أنظمة المرافق

14. منطقة خدمات التغذية

15. منطقة الإدارة

الفصل الثاني: معايير الرعاية بالمستشفى

القسم الأول: رعاية المرضى

1. تقييم المرضى

2. الرعاية العامة

- 3.خدمات طب الأطفال
- 4.رعاية مريضى العيادات الخارجية
- 5.خدمات طب الأسنان
- 6.الرعاية الجراحية
- 7.طب النساء والتوليد
- 8.التخدير وتسكين الألم
- 9.خدمات الرعاية العرجة/ العناية المركزة
- 10.خدمات الطوارئ والحوادث
- 11.إجراءات خروج أو تحويل المرضى
- 12.وحدة حفظ الجثث
- القسم الثاني: خدمات التشخيص
- 1.المختبر الإكلينيكي
- 2.التصوير الطبى
- 3.بنك الدم
- القسم الثالث: الخدمات المساندة
- 1.خدمات التغذية
- 2.خدمات المغسلة
- 3.الخدمات المتعلقة بالنظافة
- 4.الخدمات الخارجية
- القسم الرابع: السلامة
- 1.سلامة المرضى
- 2.مكافحة العدوى
- 3.قسم التعقيم المركزى
- 4.الوقاية من قرحة الضغط (الفرش)
- 5.آلية تفادى إصابة المرضى وسقوطهم
- القسم الخامس: إدارة الأدوية والصيدلية
- 1.إدارة الأدوية واستخدامها
- 2.الصيدلية

القسم السابع: حقوق المرضى وأسرهم

1. حقوق المرضى ومسؤولياتهم

2. توعية المرضى

3. التنوع الثقافي

4. حقوق ذوي الهمم

القسم الثامن: إدارة المعلومات الصحية

1. السجلات الصحية

2. الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف

القسم التاسع: المعايير الإدارية

1. مراقبة جودة البيانات

2. اعتماد المستشفى

3. إدارة المخاطر

4. نظام الشكاوى

5. التبليغ عن الأخطاء الجسيمة والحوادث الكبيرة

6. التبليغ عن حالات الوفاة والحالات المتسببة فيها

7. جمع البيانات والإحصائيات

القسم العاشر: معايير القيادة والإدارة

1. هيئة الإدارة

2. المدير الطبي

3. مدير خدمات التمريض

4. اللجان الفنية بالمستشفى

5. نظام الاعتماد والامتيازات

القسم الحادي عشر: إدارة الموارد البشرية

1. ممارسات الموارد البشرية

2. الحد الأدنى للمتطلبات الواجب توافرها في مقدمي الرعاية الصحية

3. متطلبات اعتماد مختصي الرعاية الصحية

4. متطلبات تحسين العاملين بالرعاية الصحية

القسم الثاني عشر: إدارة المنشآت

1. نظام إدارة السلامة بالمستشفى

2. الوقاية من الحرائق

3. المواد والبضائع الخطرة

4. إدارة النفايات والبيئة

5. إدارة المعدات والإمدادات الطبية

6. إدارة الطوارئ والكوارث

7. إدارة الأمن

الملحق 1: مواصفات أجهزة التنفس الصناعي

الملحق 2: معدات عيادة الأسنان

الملحق 3: الأجهزة الدقيقة والمستلزمات الخاصة بطب الأسنان العام

الملحق 4: استبيان لمرضى الأسنان

الملحق 5: مخطط طب الأسنان

الملحق 6: قائمة مراجعة إجراءات طب الأسنان ووثيقة التحقق من الموقع والوقت المستقطع

الملحق 7: الإحصائيات (مثال)

الملحق 8: متطلبات نسبة أفراد طاقم التمريض للمستشفى

الملحق 9: اللقاءات الخاصة بالمعاملين بالرعاية الصحية

الملحق 10: معايير مراكز التبرع بالدم وبنوك الدم

الملحق 11 برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات

المقدمة:

تولت الجهات الصحية في دولة الإمارات العربية المتحدة، ممثلة في وزارة الصحة ووقاية المجتمع، هيئة الصحة في دبي، دائرة الصحة في أبو ظبي، هيئة الشارقة الصحية، ومؤسسة الإمارات للخدمات الصحية بالتعاون مع الهيئة الاتحادية للرقابة النووية، إعداد المعايير الوطنية الموحدة للمستشفيات، والتي تمثل أحد الإنجازات البارزة تحقيقاً للأهداف الاستراتيجية لدولة الإمارات فيما يتعلق بالارتقاء بمستوى تقديم خدمات الرعاية الصحية في مختلف أنحاء الدولة.

تعد المعايير الواردة في هذا الملحق الركيزة الأساسية للمعايير المطبقة في المستشفيات من حيث جودة توفير الخدمات وسلامة المرضى ومختصي الرعاية الصحية بالإضافة إلى متطلبات تصميم المستشفيات وفقاً للقوانين واللوائح الاتحادية الإماراتية وبالإسترشاد بالمعايير الدولية لاعتماد المستشفيات. وتوفر هذه الوثيقة أساساً للهيئات المختصة لتقييم أداء المستشفيات في نطاق اختصاصها الجغرافي للتأكد من تقديم الخدمات بأمان وكفاءة، كما من شأنها أيضاً مساعدة المستشفيات في تطوير نظم إدارة الجودة الخاصة بها وتقييم كفاءتها لضمان الالتزام بالمتطلبات التنظيمية للهيئات المختصة.

تمثل المعايير الحد الأدنى للمتطلبات الواجب الالتزام بها من قبل المستشفيات ولا تحول دون قيام الجهات الصحية بتطبيق معايير إضافية على ألا يكون هناك أي تعارض.

النطاق:

تطبق المعايير الوطنية الموحدة على كافة المستشفيات في دولة الإمارات العربية المتحدة الحكومية وشبه الحكومية والخاصة والمستشفيات التي تعمل في المناطق الحرة ما دامت هذه المستشفيات تخضع للترخيص من جانب الجهات الصحية في نطاق اختصاصها الجغرافي أو الهيئة الاتحادية للرقابة النووية إذا تطلب الأمر، على أن تشمل:

- المستشفيات العامة.
- المستشفيات التخصصية بما يدعم ويتناسب مع طبيعة ومجال نشاطها.
- المستشفيات التأهيلية بما يدعم ويتناسب مع طبيعة ومجال نشاطها.

ويتم نشر آخر إصدار من المعايير في الموقع الإلكتروني الخاص بوزارة الصحة ووقاية المجتمع وسوف يشار إليها بـ "المعايير الموحدة للمستشفيات". وتكون الجهات الصحية المختصة هي الجهات المسؤولة عن تنظيم وترخيص ومراقبة

كافة المنشآت الصحية ومختصي الرعاية الصحية في دولة الإمارات العربية المتحدة، كلٌّ منها وفقاً لنطاق اختصاصها الجغرافي أو الهيئة الاتحادية للرقابة النووية إذا تطلب الأمر.

الغرض:

تهدف المعايير الوطنية الموحدة الى ضمان توفير أرفع مستويات الجودة وخدمات الرعاية الصحية في كافة الظروف وتطويرها وتنفيذها وفقاً لأفضل ممارسات تشغيل المستشفيات.

التعريف:

شهادة الاعتماد: هي شهادة من جهة مستقلة حيادية تصدرها المؤسسات الدولية المعتمدة من جانب الجمعية الدولية للجودة في الرعاية الصحية (ISQua) لتقييم مجموعة من المعايير الصحية للمستشفيات لضمان الجودة والكفاءة والامتثال.

التقنيات المساعدة على الإنجاب (ART): هي التقنيات التي تساعد على الحمل والإنجاب بدون اتصال طبيعي مثل التلقيح الصناعي أو تخصيب البويضات في بيئة المختبر (أي الإخصاب في الأنبوب). ويشمل ذلك الإجراءات التالية على سبيل المثال لا الحصر: الإماء داخل الرحم (IUI) والإخصاب في الأنبوب (IVF) والحقن المجهرى (ICSI) ونقل الأعراس داخل قناة فالوب (GIFT) ونقل البويضة الملقحة داخل قناة فالوب (ZIFT).

المختبر الأكلينيكي: ويقصد به المنشأة المختصة التي تتم فيها إجراءات فحص مواد مأخوذة من الجسم البشري أو منشؤها الجسم البشري من خلال اختبارها عن طريق: الكيمياء ومكروبيولوجيا الدم والأمصال وفحص الخلايا وعلم الأمراض والدمويات المناعية أو غيرها من طرق الفحص الأخرى للحصول على معلومات للتشخيص، أو متابعة المرض، أو الوقاية، أو علاج البشر.

آلية عزل المرضى المصابين بالعدوى: تعني تجميع المرضى المصابين بالعدوى وتقديم الرعاية لهم في منطقة معينة بجناح إحدى المستشفيات، ويوصى بذلك على نطاق واسع باعتباره السياسة المعتمدة لضبط العدوى المنقولة عن طريق الرعاية الصحية وغالباً ما ينصح بها كخطوة ضرورية عندما لا يمكن عزل كل مريض في غرفة منفصلة.

الجهات الصحية: تعني جهات تنظيم الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة والمسؤولة عن ترخيص المنشآت الصحية وفقاً للاختصاصات الجغرافية لكل منها:

- وزارة الصحة ووقاية المجتمع .
- دائرة الصحة أبوظبي.
- هيئة الصحة في دبي .

- هيئة الشارقة الصحية
- مؤسسة دبي الصحية الأكاديمية
- مؤسسة الإمارات الصحية

الهيئة الاتحادية للرقابة النووية: تعني الجهة المسؤولة عن تنظيم ورقابة استخدام المصادر الإشعاعية في دولة الإمارات العربية المتحدة والمسؤولة عن ترخيص المنشآت والأنشطة التي تستخدم المصادر الإشعاعية.

الأشعة التقليدية (الأشعة العامة): تعني صور الجمجمة والصدر والبطن والعمود الفقري والأطراف والنتيجة عن عملية التصوير الأساسية بالأشعة.

عيادة طب الأسنان: تعني منشأة صحية متخصصة في تقييم، وتشخيص، والوقاية أو علاج (غير جراحي أو جراحي أو إجراءات مرتبطة بذلك) أمراض واضطرابات وحالات تجويف الفم أو منطقة الوجه والفكين وتأثيرها في الجسم البشري.

خدمات التصوير الطبي: تعني الخدمة الطبية التي تستخدم فحوصات التصوير مع أو بدون الإشعاع المؤين من أجل التشخيص. وتشمل طرق التصوير الطبي بالأشعة التقليدية والتصوير الشعاعي الطبقي والتظهير بالفلوروسكوب والفحص بالموجات فوق الصوتية وتصوير الثدي الشعاعي والأشعة التداخلية (IR) والأشعة المقطعية بالحاسوب (CT) والتصوير الشعاعي بالبنعاث البوزيترون (PET) والطب النووي والتصوير بالرنين المغناطيسي .

البرنامج تشغيلي: يعني خطة مفصلة بعدها مستمرو المستشفى وإدارته لوصف الغرض من المشروع ونموذج الرعاية لمستخدمي المنشأة ويشمل الخدمات والمخطط العام / الخطط التشغيلية والتأثيرات البيئية والمربود المادي والاستخدام التشغيلي المتوقع وأنماط التدوير التشغيلي ذات الصلة وعلاقات التشغيل بين الأقسام واحتياجات المرضى / المقيمين والموظفين والأسر/الزوار .

مهني صحي: ويعني الشخص الطبيعي المؤهل لمزاولة مهنة الرعاية الصحية والذي يعمل في المنشآت الصحية ويتعين عليه الحصول على رخصة وفقاً للتشريعات المحلية المعمول بها.

مقدم الرعاية الصحية (HCW): يعني فرداً يعمل لدى المستشفى (سواء مباشرة أو بعدد مع جهة أخرى) ويوفر رعاية مباشرة أو غير مباشرة للمرضى ويشمل ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - عاملي الرعاية الصحية من الأطباء وطواقم التمريض وأخصائي طب الطوارئ وأخصائي الأسنان وطلاب الطب والتمريض وفنيي المختبرات والصيادلة والمتطوعين في المستشفيات والموظفين الإداريين.

الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل: مهني يعمل في المجال الصحي (شخص مرخص من قبل السلطات المختصة في الدولة لممارسة مهنة متعلقة بالصحة)، حاصل على تعليم وتدريب متخصصين في تطبيق المفاهيم والتقنيات الفيزيائية في مجال الطب، ذو كفاءة تؤهله لممارسة العمل على نحو مستقل في فرع واحد من فروع الفيزياء الطبية أو أكثر .

فني التصوير الطبي: ويعني المهني الذي يعمل في المجال الصحي (شخص مرخص من قبل السلطات المختصة في الدولة لممارسة مهنة متعلقة بالصحة)، حاصل على تعليم وتدريب متخصصين في تقنية التصوير الطبي ومؤهلاً لتنفيذ الإجراءات اللازمة لذلك التي يطلبها طبيب الأشعة في أحد مجالات تقنيات التصوير الطبي أو أكثر .

تقني العلاج الإشعاعي: شخص مؤهل تقنيا في أمور الوقاية الإشعاعية الخاصة بنوع الممارسة الخاضعة للرقابة والمادة الخاضعة للرقابة، يعين من قبل المرخص له للإشراف على تطبيق ما يتعلق بالمتطلبات المنصوص عليها في هذه اللائحة .

طبيب الأشعة: مهني يعمل في المجال الصحي (شخص مرخص من قبل السلطات المختصة في الدولة لممارسة مهنة متعلقة بالصحة) وحاصل على تعليم وتدريب متخصص في الاستخدامات الإشعاعية في المجال الطبي، وذو كفاءة توفيه للقيام أو الإشراف بشكل مستقل على الإجراءات التي تحتوي على تعارضات طبية في مجال محدد .

الإشعاع المؤين: الإشعاع القادر على إنتاج أزواج من الأيونات في المادة أو المواد البيولوجية.

مولد الإشعاع: جهاز قادر على توليد إشعاعات كالأشعة السينية، أو النيوترونات، أو الإلكترونات، أو غير ذلك من الجسيمات المشحونة، ويمكن أن تستخدم في الأغراض العلمية أو الصناعية أو الطبية.

النفايات المشعة: نفايات تحتوي على نويدات مشعة، أو ملوثة بها، بمعدلات تركيز أو أنشطة تتجاوز المستويات الموجبة لرفع الرقابة حسبما تحددها الهيئة الاتحادية للرقابة النووية.

مستشفى: منشأة صحية في مبنى مستقل بها خدمات يستطيع المرضى الداخليون الاستفادة من خدماتها على مدار 24 ساعة أو لمدة أطول من ذلك في علاج الأمراض والإصابات والتشوهات والحالات البدنية أو العقلية غير الطبيعية وحالات الأمومة ودور رعاية الأطفال والصيدليات. ويوفر المستشفى خدمات بالغة الأهمية مثل رعاية المرضى في حالات الطوارئ والرعاية المكثفة. ويوجد به خدمات ملحقة مثل المختبر السريري وقسم الأشعة والصيدلية. ويجب أن يوجد بالمستشفى إسعاف مجهز طبياً.

شكوى طبية: تعني التعبير الكتابي أو اللفظي الصادر من الشاكي عن عدم الرضى عن أي من خدمات الرعاية الصحية المقدمة. بحيث تكون الشكوى ذات طابع طبي وليست إدارية.

للترخيص: يعني إصدار رخصة لتشغيل منشأة صحية لفرد، أو حكومة، أو منشأة، أو شركة، أو شركة ذات مسؤولية محدودة أو أي شكل آخر من أشكال هيئات الأعمال المسؤولة عن تشغيل المستشفى.

النتائج: وصف للحالة الصحية للفرد أو السكان نتيجة لتفاعلهم مع نظام الرعاية الصحية. ويمكن أن تشمل تحسينات نمط الحياة والاستجابة للمرض والرعاية وانخفاض معدلات المضاعفات والوفاة وتزايد مستوى المعرفة.

المريض: يعني أي فرد يحصل على عناية طبية أو رعاية أو علاج من قبل أي مهني صحي.

طرق الحفاظ على سلامة المرضى: تعزف بأنها "الوسائل أو الأنظمة ذات القدرة على منع أو الحد من تضرر المرضى نتيجة إجراءات الرعاية الصحية".

الإجراءات: ما يتم إجراؤه فعلياً للمستفيد من الخدمة ومدى جودة القيام بها. وتقيس مؤشرات الإجراءات الأنشطة التي يتم تنفيذها في تقييم وعلاج مستخدمي الخدمات، وغالباً ما تستخدم لقياس الالتزام بالممارسة الموصى بها على أساس الأدلة أو إجماع الخبراء.

إدارة المخاطر: تعزف بأنها "طريقة منطقية ونظامية للتعامل مع المخاطر المرتبطة بأي نشاط أو وظيفة أو عملية وتحديد تلك المخاطر وتحليلها وتقييمها وعلاجها ومتابعتها وتبليغها بطريقة تمكن المؤسسات من الحد من الخسائر وتحسين الفرص.

حدث سلامة المرضى: هو حدث مفاجئ وبلغ في المنشأة الصحية متعلق بسلامة المرضى وقد ينتج عنه الوفاة، أو الأذى الدائم، أو الضرر المؤقت الشديد، أو أي من الحوادث الأخرى ولا يتعلق بطبيعة المرض أو الحالة الصحية للمريض. وربما ينتج هذا الحادث، وليس حتماً. نتيجة لخلل أو ضعف في تطبيق نظام عمل أو نسق إجراءات متبعة أو عطل تقني في الأجهزة أو المعدات الطبية أو خطأ بشري،

إحالة المريض: هي العملية التي يتطلب من المهني الصحي في أحد مستويات النظام الصحي والذي لا تتوافر فيه الموارد الكافية (كالأدوية، والمعدات، والمهارات) لإدارة الحالة، والبحث عن/ طلب المساعدة من مهني صحي يمتلك موارد أفضل أو مختلفة في نفس المستوى أو مستوى أعلى للمساعدة في إدارة حالة المريض، وقد يشمل ذلك الإحالة الاختيارية والإحالة للحصول على رأي طبي آخر.

تحويل المريض بين المنشآت الصحية: تحويل المريض سواء كانت حالته الصحية تدرج ضمن مفهوم الحالات الطارئة أو الحالات غير الطارئة بين منشأتين صحيتين يتم التنسيق والترتيب المسبق لعملية التحويل بين المنشأة المحولة والمنشأة المستقبلة وفق أحكام التشريعات السارية والإجراءات المنصوص عليها بموجب هذه السياسة بما في ذلك استخدام خدمة إعادة المريض للمنشأة الصحية المحولة، بعد إجراء التقييم الأولي واستقرار حالته الصحية

وحدة الصيدلية الرئيسية: الصيدلية (صيدلية العيادات الخارجية وصيدلية الأقسام الداخلية)، ومخزن الأدوية، ومنطقة إعداد الأدوية، وغرفة استشارة المرضى، والمكاتب، وتكنولوجيا المعلومات ومعلومات المنتجات الدوائية، ومنطقة للصيدلية النكية إن توفرت، منطقة فرز الوصفات للتوصيل الخارجي، وحدة تحضير المحاليل الوريدية، تحضير التغذية الوريدية، غرفة الأدوية المخدرة.

نوي الهمم: يشير لفظ نوي الهمم (يعرف كذلك بنوي الاحتياجات الخاصة) إلى حالة الفرد حيث يكون من الصعب عليه وهو في حالة المرض إمكانية التعامل أو الاستجابة بشكل كامل في الرعاية الصحية الخاصة به. قد تتضمن حالة

الإعاقه أو موقف الفرد (الإعاقه البدنية، أو العقلية، أو الحسية، أو النفسية)، أو عمر المصاب (سواء كان كبير أو صغير السن)، أو التأثير بإصابات معينة أو بآدوية.

سيارة الإسعاف: سيارة لتقديم خدمات الطوارئ أثناء النقل، سواء كانت ملكيتها خاصة أو عامة مصممة ومصنعة ومجهزة وفقاً للوائح الخدمة الطبية أو معدلة حسب المعايير لنقل المرضى وذوي الهمم والمصابين.

عربة الطوارئ: هي عربة معدة خصيصاً ومجهزة بالأدوية والمعدات اللازمة لاستخدامها من قبل موظفين مؤهلين ومرخصين ومدرّبين لإنقاذ حياة المرضى في الحالات الحرجة.

Anteroom: هي غرفة انتقالية تقع قبل غرفة العزل.

الاختصاصات:

وحدة العناية المركزة	Intensive Care Units (ICU)	دعم الحياة القلبي الوعائي المتقدم	Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)
التنفس الصناعي بالضغط الإيجابي المتقطع	Intermittent Positive Pressure Ventilation (IPPV)	غرفة عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء	Airborne Infection Isolation Room (AIIR)
الأشعة التداخلية	Interventional Radiology (IR)	الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء	American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers (ASHRAE)
الجمعية الدولية للجودة في الرعاية الصحية	International Society for Quality in Health Care (ISQua)	صورة دم الكاملة	Complete Blood Count (CBC)
وزارة الصحة ووقاية المجتمع	Ministry of Health and Prevention (MOHAP)	دائرة تلفزيونية مغلقة	Close Circuit Television (CCTV)
التصوير بالرنين المغناطيسي	Magnetic Resonance Imaging (MRI)	وحدة العناية المركزة لأمراض القلب	Cardiac Care Unit (CCU)
وحدة الرعاية المركزة لحديثي الولادة	Neonatal Intensive Care Unit (NICU)	الأشعة المقطعية	Computed Tomography (CT)
لا شيء عن طريق الفم	Nil Per Os od Nothing by Mouth (NPO)	هيئة الصحة في دبي	Dubai Health Authority (DHA)

سجل المخاطر	Intelligent Character Recognition (ICR)	مؤسسة الإمارات للخدمات الصحية	Emirates Health Services (EHS)
الدعم المتقدم لحياة للأطفال	Patient Advice and Liaison Service (PALS)	مؤسسة دبي الصحية الأكاديمية	Dubai Academic Health Corporation (DAHC)
برنامج الصيانة الوقائية	Preventive Maintenance Program (PMP)	فني طب طوارئ	Emergency Medical Technician (EMT)
دعم الضغط	Pulmonary Stenosis (PS)	الهيئة الاتحادية للرقابة النووية	Federal Authority for Nuclear Regulation (FANR)
قابلة مسجلة	Registered Midwife (RM)	ممارس عام	General Practitioner (GP)
مرضى/ة مسجل/ة	Registered Nurse (RN)	مقدم الرعاية الصحية	Health Care Worker (HCW)
التنفس الإنزامي المتقطع المتزامن	Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation (SIMV)	مرشح جسيمات الهواء العالي الكفاءة	High Efficiency Particle Arresting (HEPA)
الطب التقليدي والبديل والتكميلي	Traditional Complementary and Alternative Medicine (TCAM)	مقياس جلامكو للفيوبية	Glasgow Coma Scale (GSC)

		برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات	Antimicrobial Stewardship program (ASP)
--	--	---	---

الفصل الأول: متطلبات تصميم المستشفى:

يحتوي هذا الفصل على الإطار العام لتصميم المستشفيات في دولة الإمارات العربية المتحدة، تختلف الضوابط والسياسات بشأن القياسات الدقيقة لمساحات المستشفيات وغرفها وفقاً لشروط التصميم لدى كل جهة صحية مختصة. ولمزيد من المعلومات، يرجى زيارة مواقع الجهات الصحية المختصة.

1. اعتبارات التصميم العامة:

- 1.1. وجوب استقلالية المبنى من حيث المدخل والخدمات الفنية، والصحية، والأنظمة الميكانيكية، والكهربائية.
- 2.1. يجب أن يكون الوصول إلى مقر المستشفى سهلاً وملائماً لمستخدمي المواصلات العامة والمركبات الخاصة.
- 3.1. يجب أن يوفر المستشفى مكاناً مخصصاً للمواقف لتلبية احتياجات المرضى والموظفين والزائرين. ويجب الحصول على موافقة الجهات المحلية المختصة ذات الصلة بهذا الشأن .
- 4.1. يجب مراعاة احتياجات أصحاب الهمم حسبما يحدده البرنامج التشغيلي للمستشفى على أن يستوفي متطلبات الجهات المحلية المختصة.
- 5.1. يجب توفير لافتات لإرشاد الأشخاص غير الملمين بالمدخل ومناطق الانتظار وتوفير اللوحات الإرشادية للأقسام والأجنحة والإدارات المختلفة بالمستشفى.
- 6.1. يجب أن يكون لدى المستشفى نظام وتدابير أمنية للمرضى وأسرهم والعاملين في المستشفى والجمهور تتوافق مع المخاطر المحتمل حدوثها بناءً على موقع المستشفى.
- 7.1. يجب أن يضمن توافر الخدمات في جميع مرافق المستشفى (مثل المياه والغازات والصرف الصحي والكهرباء)
- 8.1. يتعين أن يضمن تصميم المستشفى المستويات المناسبة من الخصوصية السمعية والبصرية للمرضى وحفظ كرامتهم طوال عملية الرعاية. وفي الغرف متعددة الأسرة، يتعين توفير الخصوصية البصرية لكل مريض بحيث لا يستطيع المرضى الآخرون والزوار رؤيته دون تعمد.
- 9.1. عند تصميم المنشآت الصحية وتشبيدها وتجديدها وتوسيعها وتجهيزها بالمعدات، يتعين الالتزام بالقوانين المحلية والاتحادية ذات الصلة. ويشمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر: قوانين تخزين النفايات والمواد الخطرة ومناولتها والتخلص منها، وقوانين تخزين النفايات الطبية والتخلص منها، وتجنب استخدام الزئبق والكلورو فلورو كربونات في الرعاية الصحية... الخ.
- 10.1. عندما تستخدم المنشآت الصحية أو تخطط لاستخدام مولدات الإشعاع أو المواد المشعة، يجب أن تمتثل المنشآت لمتطلبات الهيئة الاتحادية للرقابة النووية أثناء التخطيط والبناء والتشغيل وفي نهاية عمر المنشأة وفقاً لما هو مناسب لكل مرحلة من مراحل عمر المنشأة.

- 11.1. يجب أن تمثل منصات هبوط الطائرات (مثل الهليكوبتر لنقل المرضى) ومسار الرحلات باللوائح والتشريعات المعمول بها في الدولة.
- 12.1. في حال تم تركيب معدات في أسقف الغرف، يجب الالتزام بتوصيات الشركة المصنعة .
- 13.1. يجب المراجعة عند تصميم الجدران والأرضيات والسلامة عوامل الحد من خطر سقوط المرضى على سبيل المثال لا الحصر، تجنب التشطيبات المصفولة، استخدام مواد مانعة للانزلاق في الأماكن الرطبة مثل دورات المياه.
- 14.1. وضع إرشادات تحذيرية واضحة في حال استخدام الأبواب والنوافذ الزجاجية.
- 15.1. يجب أن تكون أسطح التشطيبات المختارة لمساء وغير منفذة ويسهل صيانتها وتطهيرها وتحمل مواد التنظيف والتعقيم المختلفة مثل أرضيات الفينيل والسيراميك.
- 16.1. يجب عدم استخدام السجاد في غرف الفحص والملاج، وإذا تم استخدامه في مناطق انتظار المرضى والممرات فيجب أن يكون السجاد أملس ويجب لصقه أو فرده بإحكام، كما يجب أن يكون السجاد مصنوع من مواد مضادة للميكروبات وتوفير برنامج دوري لتنظيفه وتعقيمه باستخدام معدات خاصة لتنظيف السجاد .
- 17.1. لا يجوز استخدام الأرضيات الخشبية في غرف العلاج.
- 18.1. يجب أن تكون الأسطح حول مناطق الانابيب ومعدات الصرف الصحي عازلة للمياه ويمكن تنظيفها بسهولة
- 19.1. يجب تقليل قدر الإمكان من الزوايا الميتة في انابيب توصيل المياه.
- 20.1. يمنع تركيب مخفضات تصريف المياه على الصنابير.
- 21.1. يجب الحفاظ على درجة حرارة المياه الساخنة في الخزانات (51 درجة مئوية أو أكثر) والمياه الباردة بدرجة حرارة (20 درجة مئوية أو أقل) وفقا لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التفتة والتبريد وتكييف الهواء (ASHRAE) لتقليل من خطر الميكروبات (legionella growth)
- 22.1. لا يجوز تركيب أنابيب صرف صحي في أرضيات غرف العمليات والولادة. وإذا تم تركيبها في غرفة منظار المثانة فيتمين أن تكون بشكل أفقي تحت لوح المجاري.
- 23.1. يتعين استخدام الزجاج المعزز (مثل الزجاج المستخدم في الأبواب الزجاجية أو الأنوار الجانبية) بسلك أو مادة بلاستيكية على أن تكون المادة مقاومة للكسر خالية من الحواف الحادة.
- 24.1. يتعين أن تكون كافة الأبواب بين الممرات والغرف والمساحات التي يتم شغلها من النوع المتأرجح أو أبواب قابلة للسحب.
- 25.1. يجب أن تتأرجح أبواب غرف المرضى في اتجاه يحافظ على خصوصية المرضى وأن تغلق الأبواب بشكل ذاتي.

- 26.1. يجب أن تكون تشطيبات الجدران قابلة للغسل ومقاومة للميكروبات والفطريات والرطوبة وملساء وخالية من التجاويف والديكورات.
- 27.1. يتعين أن تكون الستائر القابلة لإعادة الاستخدام في أي مكان بالمستشفى قابلة للغسل والتطهير ومقاومة الميكروبات وممانعة للحريق ويجب الحفاظ على نظافتها دائماً.
- 28.1. يتعين تمكين كل مريض داخلي من الوصول إلى غرفة الحمام دون الدخول إلى أي ممر.
- 29.1. يتعين تركيب مغسلة يد عند مدخل غرف المرضى وأن يسهل الوصول إليها ليقوم باستخدامها مقدمي الرعاية الصحية بحيث ألا تتسبب بإحداثيات تآثر للمياه وأن يتم تشغيلها دون ملامسة الأيدي.
- 30.1. يتعين تحديد عدد، نوعية وأماكن تواجد المفاسل الأيدي حسب سجل المخاطر لمكافحة الأمراض والعدوى.
- 31.1. يتعين توفير غرفة لتخزين الأدوات النظيفة وغرفة لتخزين الأدوات الملوثة في جميع أقسام المستشفى .
- 32.1. يتعين توفير غرفة عمل
- 33.1. يجب أن تكون غرفة تخزين الأدوات النظيفة منفصلة عن غرفة تخزين الأدوات الملوثة وليس بينهما اتصال مباشر.
- 34.1. يجب أن يكون باب غرف المرضى الداخليين واسعاً بما يكفي لسهولة حركة السرير أو النقالة.
- 35.1. يجب توفير دورات مياه في كل قسم على أن يتم تخصيص دورة مياه واحدة على الأقل لأصحاب الهمم.
- 36.1. يجب مراعاة المساحات المطلوبة لسهولة الوصول أو نقل المرضى إلى المعدات الطبية الثابتة أثناء تخطيط تصميم المستشفى
- 37.1. يجب مراعاة المساحات الكافية لسهولة نقل ودوران ووضع المعدات الطبية المتنقلة ومواقع الكابلات الكهربائية لتوصيل لوصلات الكهربائية الخاصة بها.
- 38.1. تعيين وضمان الحراسة والأمن عند مداخل القسم.

2. غرفة العمليات:

- 1.2. يتعين توافر غرفتي عمليات على الأقل في أي مستشفى عام.
- 2.2. يتعين أن يكون عدد غرف العمليات كافياً لاستيعاب البرنامج الوظيفي للمستشفى ويتعين أن يحقق إجمالي السعة السريرية للمستشفى وفقاً لما يلي:

السعة السريرية للمستشفى	أدنى عدد لغرف العمليات
حتى 50	2

100-51	3
أكثر من 100	4

- 3.2. يجب توافر مساحة كافية لاستيعاب كافة المعدات وتمكين مرور المرضى والموظفين بسهولة.
- 4.2. يتعين أن يكون باب غرفة العمليات واسعاً ويفضل أن يتكون من جزئين اثنين (2) يفتح كل منهما على كل جانب، أو أن يكون باباً يفتح بشكل تلقائي.
- 5.2. يتعين تقسيم غرفة العمليات إلى ثلاث مناطق: المنطقة المعقمة (غرف العمليات، منطقة تحضير المرضى ومنطقة تعقيم الأيدي)، المنطقة شبه المعقمة (المرات المؤدية إلى غرف العمليات، المخازن، غرفة استراحة الفريق الطبي والصحي)، المنطقة غير المعقمة (غرفة تغيير الملابس للطاقم ومنطقة استقبال المرضى من الأقسام) يجب أن يضمن التصميم حركة العاملين من المناطق النظيفة إلى الأخرى دون المرور بالمناطق الملوثة.
- 6.2. يجب توفير باب مستقل لإخراج النفايات في غرفة العمليات.
- 7.2. إذا لم يتم توفير باب مستقل لإخراج النفايات في غرفة العمليات. يتم استخدام عربة متحركة قابلة للتطهير وإعادة التعقيم ومظلة من جميع الجوانب. وأن يتم وضع برنامج زمني خاص لإخراج النفايات من غرفة العمليات. بحيث لا يتم إخراج النفايات الطبية من غرفة العمليات وقت إدخال المريض لغرفة العمليات أو وقت إدخال المواد والأدوات المعقمة.
- 8.2. يلصح بوجود غرفة لمواد التنظيف وغرفة بباب مستقل للمواد غير النظيفة متصلة بغرفة العمليات لإخراج النفايات والأدوات الجراحية غير المعقمة.
- 9.2. يتعين تصميم الأرضيات والأسقف والجدران بحيث تكون متصلة ملساء، خالية من الفراغات والتشققات والتجاويف.
- 10.2. يجب تصميم الأسطح الداخلية من مواد مانعة للرطوبة، ملساء، سهلة التنظيف وتحمل مواد التنظيف كافة وأن تكون خالية من التشققات والفتحات والتجاويف.
- 11.2. يجب أن تكون الأرضيات والجدران مقاومة للكهرباء الاستاتيكية ومقاومة للحرارة والبكتريا والفطريات وتحمل مواد التنظيف والتعقيم المختلفة.
- 12.2. يتعين تجهيز غرفة العمليات بما يلي بحد أدنى:
- 1.12.2. طاولة عمليات متعددة الأغراض
- 2.12.2. جهاز تخدير مجهز لمراقبة كافة العلامات الحيوية (بحد أدنى جهاز تخدير احتياطي واحد).

- 3.12.2. إمدادات كافية من الغازات الطبية.
- 4.12.2. جهاز لعرض صور الأشعة السينية.
- 5.12.2. معدات معالجة بالكوي.
- 6.12.2. جهاز مخطط القلب الكهربائي.
- 7.12.2. عربة طوارئ والأدوية الإسعافية.
- 8.12.2. جهاز شفط.
- 9.12.2. مقياس ضغط الدم.
- 10.12.2. يتعين توفير معدات طبية للأطفال بحجم مناسب في حال توفر خدمات للأطفال.
- 11.12.2. نظام استدعاء
- 13.2. يتعين أن يسمح موقع طاولة العمليات بتحريك عربات نقل المرضى، لكن في حال توفير خدمات طب النساء، يجب توفير غرفة عمليات أخرى مخصصة.
- 14.2. يتعين الحفاظ على تهوية وتجديد كاف للهواء (بحيث لا تقل دورة تجديد الهواء عن 20 مرة في الساعة) على الأقل 4 هواء طلق) وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التفتة والتبريد وتكييف الهواء (ASHRAE) في غرفة العمليات التي يجب أن يكون ضغطها إيجابياً بالنسبة لمنطقة التجهيز الملاصقة لها.
- 15.2. يتعين توفير منفذين اثنين (2) لإمداد الهواء بحد أدنى، بهما مرشحات مناسبة لضبط التلوث (أي مرشحات الهواء الجسيماتية عالية الكفاءة (HEPA) عند السقف أو قربه، على ألا يتم توجيههما على طاولة العمليات، بالإضافة إلى منفذي عادم اثنين (2) على الأقل قرب مستوى الأرضية على أن تكون منافذ العادم السفلية مرتفعة عن الأرضية بمسافة 75 مم على الأقل. ويجب تركيب مؤشر للضغط، ومؤشر للرطوبة ومنظمات للحرارة ويجب أن توجد في أماكن يسهل ملاحظتها.
- 16.2. يتعين الحفاظ على درجة حرارة غرفة العمليات بين 20 درجة مئوية 24 درجة مئوية على أن تكون رطوبة الغرفة 20-60%.
- 17.2. نظم كسح التخدير: يتعين تزويد كل مساحة تستخدم بشكل روتيني للتخدير وتمكين الأكم عن طريق الاستشاق بنظام للكسح لطرد الغازات العادمة.
- 18.2. يجب أن تكون مغسلة تعقيم اليد ملاصقة لغرفة أو غرف العمليات. ويتعين أن يكون السقف أو الأسطح أو الأرضيات في تلك المنطقة أملساً ويمكن غسله وخالياً من الجسيمات الدقيقة التي قد تكون ملوثة كما يجب أن تكون

المضلة عميقه تعمل أليا بنظام الحساسات وأن تكون من مادة المتانلس مضادة للصدأ. وأن يكون الباب بين هذه المنطقة وغرفة العمليات يعمل بالحساسات.

19.2. يتعين تخصيص غرفة تبديل الملابس منفصلة لكل من الموظفين والموظفات، على أن تحتوي على مدخل مناسب للكادر ومكان مناسب لتبديل الملابس مع وجود حمام واحد على الأقل للكادر في تلك المنطقة. ويجب أن يكون ضغط هواء الحمامات سلبيا بالنسبة للمناطق المجاورة لها ويتعين تجديد الهواء فيها بمعدل عشر (10) مرات على الأقل في الساعة.

20.2. يمكن أن تقع منطقة التعقيم قرب غرفة أو غرف العمليات على أن يوجد بها جهاز تعقيم البخار يعمل بسرعة عالية. كما يجوز أيضا توفير معدات إضافية لفسل وتجفيف الأدوات قبل تعقيمها شريطة تأمينها جيدا لتجنب الإصابات. ويتعين على فني قسم التعقيم حفظ مؤشرات الجودة وتقارير كفاءة المعدات ونتائج تحليل الميكروبات لضمان جودة التعقيم بالبخار. ويمكن ترتيب أدوات وعربات الجراحة في هذه المنطقة.

21.2. يجب الحفاظ على ضغط الهواء في غرفة تخزين الأدوات الجراحية المحقمة إيجابيا بالنسبة لأي منطقة ملاصقة لها ويجب تجديد الهواء فيها بمعدل عشر (10) مرات على الأقل في الساعة. ويجب الحفاظ على الرطوبة النسبية عند معدل 30% إلى 60%. ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء مع توفير المعدات اللازمة للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها ولا تكون بالمنطقة أي أنابيب مياه أو صرف صحي مكشوف.

22.2. يمكن توفير غرفة منفصلة وكافية للولادة القيصرية في قسم العمليات.

23.2. يلزم توفير مخازن طبية مناسبة في قسم العمليات ويجب الاحتفاظ بعدد كاف من كافة المحاليل الوريدية وأدوية الطوارئ وأدوية التخدير اللازمة ... الخ. ويجب أن يكون ضغط المخزن إيجابيا بالنسبة لأي مناطق ملاصقة له ويجب تجديد الهواء فيه بمعدل 4 مرات على الأقل في الساعة. ويجب الحفاظ على مستوى الرطوبة النسبية بين 30% و 60% ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء مع توفير المعدات اللازمة للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها. كما يجب فحص أدوية غرفة العمليات بانتظام للتأكد من عدم انتهاء فترة صلاحيتها.

24.2. يجب توفير إمداد كاف من الغازات الطبية وتنفيذ إجراء أو إجراءات كافية (يفضل نظام غاز مركزي وفقا للمستند الصحي الفني رقم 2022 أو المعيار الدولي المتعارف عليه والمعادل له).

25.2. يتعين تجهيز منطقة الإفاقة بشكل مناسب بسرير واحد على الأقل لكل غرفة عمليات.

26.2. يجب الحفاظ على ضغط الهواء في منطقة الإفاقة متوازنا بالنسبة لأي مناطق تلاصقها، ويجب تجديد الهواء فيها بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة. ويجب الحفاظ على الرطوبة النسبية عند مستوى 20% إلى 60%.

ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء مع توفير المعدات اللازمة للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها.

27.2. يجب توفير إمداد احتياطي للطاقة (الكهرباء) عند الطوارئ لحماية المرضى وضمان سلامتهم في حالة انقطاع التيار في الحالات الطارئة.

3. الرعاية الحرجة:

1.3. يتعين على كافة المستشفيات العامة توفير خدمات رعاية حرجة تشمل وحدة العناية المركزة (ICU) وقد تشمل وحدة العناية المركزة لأمراض القلب (CCU) ووحدة الرعاية المركزة لحديثي الولادة (NICU) ووحدة الحروق، على أساس نطاق الخدمات المتوفرة في المستشفى.

2.3. تكون وحدة الرعاية المركزية لحديثي الولادة ووحدة الحروق مفصولة بقسم خاص بها لطبيعة ومتطلبات عدم انتقال العدوى

3.3. يعتمد عدد الأسرة لكل وحدة رعاية حرجة على عوامل عديدة مثل: نوع الخدمات التي يتم توفيرها في المستشفى ومعدل استهلاك الأسرة وغيرها. ويجب على المستشفى عمومًا توفير سرير واحد للعناية الحرجة لكل غرفة عمليات. ويجب على المستشفى توفير بحد أدنى سرير للرعاية الحرجة لكل عشرين (20) سرير عام.

4.3. يتعين أن تتوافر المعدات والإمدادات اللازمة التالية في وحدة الرعاية الحرجة:

1.4.3. أجهزة تنفس صناعي (انظر الملحق 1 بخصوص مواصفات هذه الأجهزة)

2.4.3. جهاز شق الرغامى tracheal incision device

3.4.3. عربة الطوارئ / أدوات إسعافية بها عازل بلاستيكي يمكن كسره ويسهل إزالته بسهولة أثناء الطوارئ.

ويجب تجهيزها بجهاز إنعاش القلب والمنتجات الدوائية اللازمة وغيرها من معدات إنعاش القلب والرقنين وشرايط الاختبار. ويجب توافر سجل لبيان صيانة العربة ومكوناتها وفحصها بانتظام.

4.4.3. مقياس تأكسج الدم وجهاز متابعة العلامات الحيوية.

5.4.3. مضخات نقل الدم.

6.4.3. شاشات عرض العلامات الحيوية.

7.4.3. يجب توفير جهاز تحليل غازات الدم بحيث يستطيع قياس الكهارل (الإلكتروليتات) في المستشفى

(ويفضل أن يكون في وحدة العناية المركزة).

5.3. يتعين تزويد أسرة الرعاية الحرجة بمنافذ لخروج الغازات الطبية (الأكسجين والهواء والشفط) وعدد كاف من المنافذ الكهربائية وأنوار الفحص. ويجب توافر إمداد للغازات الطبية وأن يكون النظام المركزي للغازات الطبية مطابقاً للمستند الصحي الفني 2022 أو أي معيار دولي متعارف عليه ومعادل له.

6.3. يتعين الحفاظ على تهوية كافية وتجديد كاف للهواء مع تجديد الهواء في وحدة الرعاية الحرجة بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة (على الأقل 2 هواء طلق) وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء. يفضل أن يكون ضغط الهواء في وحدة العناية المركزة معادلاً بالنسبة للمناطق الملاصقة له، والحفاظ على درجة حرارة الوحدة بين 21 درجة مئوية و24 درجة مئوية والرطوبة النسبية عند 30% إلى 60% ويجب أن تكون قابلة للتعديل. ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء، مع توفير المعدات اللازمة للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها.

4. غرفة عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء (All):

1.4. يجب أن يحدد المستشفى غرفة (غرف) عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء لعلاج الأمراض المعدية على أساس احتياجات البرنامج التشغيلي الخاص بالمستشفى وعدد المرضى المترددين على المستشفى ووفقاً لسجل المخاطر السنوي.

4.2. يتعين توفير غرفة واحدة (1) على الأقل لعزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء في منطقة الرعاية الحرجة في جميع المستشفيات العامة.

4.3. تتضمن متطلبات تصميم غرف العزل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

1.4.3. يتعين أن تحتوي كل غرفة على سرير واحد (1) فقط.

2.4.3. يجب أن تكون غرفة العزل منفصلة عن باقي منطقة الرعاية الحرجة.

3.4.3. يجب توفير حمام منفصل به دش لكل غرفة.

4.4.3. يجب توفير حوض لغسل الأيدي لكل غرفة.

5.4.3. يجب توفير محطة إضافية لغسل الأيدي خارج مدخل الغرفة.

6.4.3. يجب أن تكون جدران وسقف وأرضية غرفة عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء (شاملة مناطق ذات

النفذية) مغلقة بإحكام بحيث لا يسمح بنفاذية أي هواء قادم من الخارج ولا من أي مساحات أخرى.

7.4.3. يجب أن يكون باب غرفة المريض يعمل بخاصية الإغلاق الذاتي على أن تكون جميع زوايا الباب

مسدودة بحيث لا تسمح بنفاذية أي هواء من الأطراف والزوايا.

4.4. يجب تواجد منطقة (Anteroom) بها نظام للتحكم في الدخول خارج باب المدخل إلى غرفة العزل، ويجب أن تفي بالمتطلبات التالية:

1.4.4. توفير مساحة كافية لارتداء معدات الوقاية الشخصية.

2.4.4. محطة خسيل اليدين.

3.4.4. مساحة لتخزين معدات الوقاية الشخصية غير المستخدمة.

4.4.4. حاوية للتخلص من معدات الوقاية الشخصية المستخدمة.

5.4.4. يجب تواجد مصدر للأكسجين وحقيبة الإسعافات الأولية داخل الغرفة.

5.4. يجب توفير غرفة لعزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء عند أو قرب مستوى واحد (1) على الأقل من رعاية حديثي الولادة، ويتمين فصل هذه الغرفة عن وحدة التمريض على أن تحتوي على التجهيزات اللازمة لمراقبة الطفل من الحضانات المجاورة أو مناطق التحكم المجاورة. ويجب أن تلتزم متطلبات تلك الغرفة بالمتطلبات العامة لغرف عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء.

6.4. يتعين الحفاظ على تهوية كافية مع تجديد كاف للهواء في غرفة عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء بمعدل اثنتي عشرة (12) مرة على الأقل في الساعة وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء. ويجب الحفاظ على ضغط الهواء في هذه الغرفة سلبياً بالنسبة للمناطق الملاصقة له، والحفاظ على درجة حرارة الوحدة عند 21-24 درجة مئوية + 1 درجة مئوية ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء، وجهاز إلكتروني لرصد ضغط الهواء يعمل بالصوت أو الوميض عند اختلاف الضغط في الغرفة، مع توفير المعدات اللازمة للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها.

7.4. يجب أن يكون الهواء الخارج من غرفة العزل منفصل تماماً عن مخرج الهواء العام وألا يعاد تدويره في المستشفى ويجب توفير مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء بتقنية (HEPA filter) قبل الخروج للهواء الطلق.

8.4. يفضل أن يكون مخرج الهواء الخارج من غرفة المريض يقع مباشرة فوق سرير المريض، على السقف أو الجدار بالقرب من رأس السرير.

5. غرفة عزل المرضى الذين يعانون من نقص المناعة الشديدة:

5.1. على المنشأة الصحية التي تقدم الخدمات الصحية لمرضى نقص المناعة الشديدة (على سبيل المثال مرضى زراعة الأعضاء، والحروق الشديدة، والسرطان، والذين يخضعون للعلاج الكيماوي أو الإشعاعي) توفير غرف/غرفة عزل مع حمام خاص للمرضى الذين يعانون من نقص المناعة على أساس احتياجات المجتمع وعدد المرضى المترددين على المستشفى ووفقاً لسجل المخاطر.

5.2. يجب أن تكون الغرفة ذات ضغط إيجابي بالنسبة لأي منطقة ملاصقة لها ويجب تجديد الهواء فيها بمعدل (12) مره على الأقل في الساعة ويجب تواجد جهاز إلكتروني لرصد فرق الضغط. ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء المركزية بالإضافة إلى وحدة التكييف بغرفة المريض.

5.3. يتم تحديد مكان الغرف وعددها وفقا لسجل المخاطر ICR.

5.4. يجب التأكد من أن الغرف والنوافذ والأبواب ومنافذ السحب والعاود مغلقة جيدا ولا توجد بها فتحات وممزولة تماما عن المناطق المجاورة لها.

5.5. الحفاظ على الأسقف ملاء وخالية من الشقوق والفواصل المفتوحة والفجوات.

5.6. أن يعمل الباب بآلية الإغلاق الذاتي.

5.7. يمنع إدخال أو وجود النباتات والأشجار والمزروعات في هذه الغرف.

6. منطقة الطوارئ:

يجب أن تحقق منطقة الطوارئ بالمستشفيات العامة المتطلبات أدناه، وبما يتناسب مع طبيعة ومجال النشاط للمستشفيات التخصصية والتأهيلية:

6.1. مدخل الطوارئ: يتعين توفير مدخل لخدمات الطوارئ على أن يكون مميزا بشكل واضح في المستوى الأرضي وأن يسهل الوصول إليه ويمكن التعرف عليه من خلال اللوحات الإرشادية في مرافق المستشفى، ويتعين توفير مدخل لمركبات الإسعاف ومركبات الطوارئ يكون منفصلا عن مدخل المشاة، على أن يوجه كل مدخل المرضى نحو منطقة الاستقبال، كما يجب توفير لافتة واضحة عند كل منهما.

2.6. لوحات إرشادية توضح مسار حركة مركبات الإسعاف إلى مدخل مركبة الإسعاف وحركة المركبات العامة إلى مدخل المرضى.

3.6. مواقف مؤقتة بالقرب من المدخل.

4.6. منطقة الاستقبال: يتعين توفير منطقة استقبال في مكان يُمكنهم من ملاحظة حركة المدخل الرئيسي لمنطقة الطوارئ ومنطقة الانتظار.

5.6. منطقة الانتظار: يتعين تواجد منطقتي انتظار للرجال والنساء خاصة بالمرضى والزوار في مكان يمكن ملاحظتهم فيه مباشرة من جانب موظفي الاستقبال أو غرفة فرز المرضى أو غرفة التحكم، مع توافر هاتف عمومي ودورة مياه.

6.6. غرفة الاستشارة مزودة بمحطة غسيل اليدين على أن تعمل أليا بنظام الحساسات.

7.6. منطقة (1) لتصنيف المرضى بحد أدنى تضمن الخصوصية وسهولة الوصول إليها.

- 8.6. منطقة لأسرة الملاحظة مع توفير درجة كافية من الخصوصية للمرضى.
- 9.6. غرفتي علاج اثنتين (2) كحد أدنى.
- 10.6. غرفة الإنعاش: بحيث تكون مساحتها كافية وتحتوي على معدات وأدوية طوارئ كافية.
- 11.6. غرفة واحدة (1) على الأقل لعزل العدوى القابلة للانتقال عبر الهواء في منطقة الطوارئ مع مخرج مستقل.
- 12.6. حمام واحد (1) على الأقل للذكور وآخر للإناث.
- 13.6. حمام واحد (1) على الأقل مخصص للمرضى والزوار ذوي الهمم ومجهز بقضبان للسلامة وحوض مناسب لغسل الأيدي.
- 14.6. مناطق التخزين: للإمدادات الطبية والجراحية العامة والمنتجات الدوائية والمعدات، يجب أن تكون هذه المنطقة تحت محكمة الإغلاق ولا تتيح دخول الأشخاص غير المخولين وخارج مسار المرور المعتاد.
- 15.6. مركبة الإسعاف: يجب توفير مركبة /مركبات إسعاف مجهزة بالتجهيزات اللازمة على أن تكون جاهزة دائما وبها طاقم طبي مؤهل لنقل المرضى عند الضرورة، ولعزيم من التفاصيل يرجى الاطلاع على متطلبات الإسعاف في مواقع الجهات الصحية المختصة.
- 16.6. منافذ كهربائية كافية لتلبية متطلبات تشغيل المعدات الطبية. ويجب وضع بطاقات تعريف واضحة على المنافذ الكهربائية التي يجب توصيلها بمصدر لإمداد الطاقة في الطوارئ.
- 17.6. مصدر للأكسجين:
 - 1.17.6. يجب توافر مصدر يُعتمد عليه للأكسجين في كل موقع.
 - 2.17.6. ينصح بشدة بتوفير الأكسجين عبر ضغفه في أنابيب من مصدر مركزي.
 - 3.17.6. يجب توافر إمداد احتياطي من الأكسجين يعادل أسطوانة واحدة مليئة على الأقل.
- 18.6. يتعين الحفاظ على تهوية كافية مع تجديد كاف للهواء في وحدة الرعاية الحرجة بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة وفقا لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التكهة والتبريد وتكييف الهواء. ويجب أن يكون ضغط الهواء في هذا القسم مساويا لضغط الهواء في المناطق الملاصقة له، ويجب الحفاظ على درجة حرارة الوحدة عند مستوى 24 درجة مئوية + 1 درجة مئوية والرطوبة النسبية عند 30% إلى 60% ويجب إتاحة إمكانية تعديلها. ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء، مع توفير المعدات اللازمة للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها.

7. منطقة جناح التوليد

- 1.7. يجب تصميم جناح التوليد بحيث يُمنع مرور أي شخص غير ذي صلة خلال الوحدة. ويجوز أن تتواجد غرف "المخاض - الولادة - النفاهة" في قسم منفصل داخل جناح التوليد القيصري.
- 2.7. عند تواجد غرف التوليد القيصري داخل جناح التوليد، يجب تنظيم الوصول إلى الخدمات بحيث لا ينتقل المرضى ولا الموظفون داخل منطقة التوليد القيصري للوصول إلى الخدمات الأخرى.
- 3.7. يجب أن تشمل غرفة "المخاض - الولادة - النفاهة" مساحة لاستقرار حالة المواليد وإنعاشهم ويجب تجهيز تلك الغرف بما يلي:

1.3.7. حوض لغسل الأيدي.

2.3.7. كمية كافية من المعدات والإمدادات اللازمة للولادة.

3.3.7. نظام للنداء.

4.3.7. أدوية.

4.7. يجب تخصيص كل غرفة "مخاض - ولادة - نفاهة" لمريضة واحدة فقط.

5.7. يجب تصميم وحدة النفاس بحيث تلبى احتياجات البرنامج الوظيفي للمستشفى.

6.7. يجب توفير حضانة لحديثي الولادة مجهزة بأشعة كافية لهم وحضانات للمواليد المبشرين.

7.7. يتعين الحفاظ على تهوية كافية وتجديد كافٍ للهواء مع تجديد الهواء في منطقة جناح التوليد بمعدل خمس وعشرين (25) مرة على الأقل في الساعة وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء. ويجب الحفاظ على ضغط الهواء في هذا الجناح إيجابياً بالنسبة لضغط الهواء في المناطق الملاصقة له، والحفاظ على درجة حرارة الوحدة بين 20 درجة مئوية و23 درجة مئوية والرطوبة النسبية عند مستوى 45% إلى 55% مع إمكانية تعديلها. ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء، مع توفير المعدات اللازمة للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها.

8.7. يجب توفير منطقة لتخزين الأدوية في كل جناح للتوليد بحيث تكون هذه المنطقة ضيقة بما يكفي لاستيعاب الأدوية اللازمة.

8. مناطق خدمة المرضى الداخليين:

يتعين على كافة المستشفيات توفير خدمة المرضى الداخليين في مناطق منفصلة. ويتعين توفير المتطلبات التالية:

- 1.8. يجب مراعاة سلامة حركة المريض أثناء تصميم مناطق خدمة المرضى الداخليين كتوفير مسارات/قبضات تدعم حركة المريض في الممرات

- 2.8. أن تشمل كل غرفة للمرضى الداخليين مساحة كافية لسرير أو أسرة المرضى والمعدات الطبية الأخرى.
- 3.8. التوصية للمستشفيات الجديدة بتوفير غرف منفصلة فردية للمرضى وذلك لتعزيز خصوصية المرضى بالإضافة إلى تعزيز مبادئ تطبيق برنامج مكافحة العدوى في المستشفيات.
- 4.8. يجب توفير ما يلي في غرفة المريض:
- 1.4.8. نافذة في كل غرفة للمرضى.
- 2.4.8. حمامات وخزانات ودواليب للملابس خاصة بالمرضى في غرف المرضى المفردة. ويجب أن تسع هذه المساحات أثاث مريخاً لواحد أو اثنين من أفراد الأسرة دون إعاقة وصول الموظفين للمرضى.
- 5.8. يجوز توفير غرف مشتركة في المستشفى (بنسبة 20% من إجمالي عدد غرف المرضى الداخليين) على ألا يزيد عدد الأسرة في أي غرفة عن سريرين اثنين (2)
- 6.8. في غرف المرضى الداخليين المشتركة، يجب توفير متائر للمنطقة المحاطة المخصصة لكل سرير لضمان خصوصية المريض. ويجب أن تكون الستائر طبية، قابلة للغسل والتطهير، مقاومة للحريق ويجب الحفاظ على نظافتها دائماً.
- 7.8. توفير مفصلة يد عند مدخل غرف المرضى الخاصة، وخارج منطقة الأسرة في الغرف المشتركة وأن يقتصر استخدامه على مقدمي الرعاية الصحية.
- 8.8. أن تتوفر في جميع الحمامات جرس النداء للكادر التمريضي في حالة حدوث أي طارئ بحيث يكون الوصول إلى جرس النداء من أي مكان في الحمام والد يتم الحاجة لأكثر من جرس عندما يكون هناك مكان للاستحمام ومكان لقضاء الحاجة حسب تصميم ومساحة الحمام
- 9.8. أن تكون فتحة الباب المؤدية إلى أسرة المرضى الداخليين واسعة بما يكفي لتحريك السرير أو النقلة بسهولة وإدخال الأجهزة المتحركة
- 10.8. في مباني المستشفيات متعددة الطوابق، يجب توفير مناطق كافية لزيارات أفراد أسر المرضى في كل طابق.
- 11.8. أن تكون أسرة المرضى من النوعية الجيدة ويمكن طيها وتحريكها. ويتميز بوجود منضدة للطعام وخزانة بجوار كل سرير.
- 12.8. أن تلتزم كافة أبواب الحمامات وتجهيزاتها في غرف المرضى الداخليين (أي فتحة الباب وإضمان السلامة وغيرها) بمتطلبات تراهي ذوي الهمم لضمان سلامة المرضى.
- 13.8. توفير نظام للنداء بجوار كل سرير.
- 14.8. توفير مقابس كهربائية كافية لكل سرير.

- 15.8. توفير ضوء للقراءة لكل مريض.
- 16.8. توفير تلفاز مع مراعاة اتجاه السرير أو الكرسي.
- 17.8. توفير بحد أدنى حمام واحد (1) لكل غرفة للمرضى الداخليين المشتركة وحمام واحد (1) في غرف المرضى الداخليين الخاصة مع التأكد من وجود منطقة مناسبة للاستحمام وارتداء الثياب وغسل الأيدي وما إلى ذلك.
- 18.8. يتعين توفير منطقة مخصصة مناسبة للمعدات والأدوية والإمدادات الطبية قرب مناطق المرضى الداخليين.
- 19.8. يتعين توفير منطقة مخصصة ويسهل الوصول إليها لتخزين الأدوية وإعدادها قرب مناطق المرضى الداخليين على أن تكون المنطقة محكمة الإغلاق لا يمكن الوصول إلا من قبل الأشخاص المخولين وتتوافق مع العالمية للاستخدام الآمن للأدوية.
- 20.8. يتعين توفير محطة تمريض.
- 21.8. يمكن السماح لأفراد الأسرة بالمبيت في غرف النوم الخاصة بالمرضى الداخليين تبعاً للإجراءات والسياسات المعتمدة ضمن المستشفى.
- 22.8. يتعين الحفاظ على تهوية كافية وتجديد كاف للهواء في مناطق المرضى الداخليين بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التفتة والتبريد وتكييف الهواء. ويفضل أن يكون ضغط الهواء في هذا القسم معادلاً بالنسبة لضغط الهواء في المناطق الملاصقة له، والحفاظ على درجة حرارة المنطقة عند مستوى 24 درجة مئوية أو أقل والرطوبة النسبية عند 30% إلى 60% ويجب إتاحة إمكانية تهويتها. ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء، مع توفير المعدات اللازمة للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها.

9. مناطق العيادات الخارجية:

- يتعين تواجد قسم وخدمات العيادات الخارجية في منطقة منفصلة بمقر المستشفى، على أن تتكون مما يلي على سبيل المثال لا الحصر:
- 1.9. شباك أو مكتب استقبال واستعلامات في مدخل وحدة العيادات الخارجية ويتعين إمكانية رؤيته فوراً من ذلك المدخل؛ مع إمكانية الوصول لملفات المرضى وسجلاتهم من مكتب الاستقبال. أو ربط الملفات بنظام ملف إلكتروني.
- 2.9. مناطق انتظار مراقبة من قبل الموظفين للإناث والذكور من المرضى ومرافقيهم.
- 3.9. تزويد منطقة الانتظار بمياه للشرب وهاتف عمومي، ومقومات اليد، ومناديل ورقية.
- 4.9. تحتوي منطقة الجلوس على مقعدين على الأقل لكل غرفة فحص و/أو علاج.
- 5.9. تكون منطقة الانتظار قادرة على استيعاب كراسي متحركة لذوي الهمم.

- 6.9. توفير حمام /حمامات للاستخدام العام يمكن الوصول إليه من منطقة الانتظار دون المرور خلال مناطق أو أجنحة رعاية المرضى أو عمل الموظفين. يتعين توفير حوض لغسل الأيدي داخل غرفة الحمام.
- 7.9. إمكانية الوصول لحمامات ذوي الهمم في نفس المنطقة.
- 8.9. تتوقف متطلبات مساحات غرف الاستشارة والفحص والعلاج على الخدمات التي يتم توفيرها ويتعين أن تحقق الشروط التالية على سبيل المثال لا الحصر:
- 1.8.9. توفير مكتب أو رف للكتابة والتوثيق أو استخدام جهاز الحاسب الآلي أو اللوحى لذلك
- 2.8.9. توفير محطة غسيل الأيدي يتم تشغيلها دون ملامسة الأيدي، مزودة بموزع سائل غسيل اليدين يعمل بالحساسات ومطهر لليدين مع ملصقات للتوعية.
- 3.8.9. توفير التجهيزات اللازمة لتجفيف الأيدي عند كافة أحواض غسل الأيدي.
- 9.9. يتعين توفير ما يلي في غرف العلاج للإجراءات البسيطة أو العلاج الخاص أو التجبير:
- 1.9.9. توفير حوض لغسل الأيدي وتجفيفها في كافة غرف العلاج.
- 2.9.9. توفير مساحة للوثائق أو مكتب للكتابة.
- 3.9.9. توفير ثلاثة بقل للأغراض الطبية.
- 4.9.9. يتعين توفير خزانة بقل للمنتجات الدوائية المراقبة (إذا استخدمت).
- 10.9. يتعين السماح باستخدام غرفة الحمام المتوفرة داخل غرفة الفحص والعلاج لجمع العينات
- 11.9. يتعين توفير تهوية كافية وتجديد للهواء في غرف الاستشارة والفحص والعلاج بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء. ويجب الحفاظ على ضغط الهواء في منطقة العيادات الخارجية معادلاً بالنسبة لضغط الهواء في المناطق الملاصقة له، والحفاظ على درجة حرارة المنطقة عند مستوى 23 درجة مئوية + 1 درجة مئوية والرطوبة النسبية عند مستوى 30% إلى 60% ويجب أن تكون قابلة للتعديل، ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء، مع توفير منشآت كافية للصيانة دون التسبب في تلوث نظام التوصيل أو المنطقة التي يتم خدمتها.
- 10. المختبر الإكلينيكي:**
- 1.10. يتعين توفير مرافق المختبر الإكلينيكي لإجراء الاختبارات. ويتعين أن يكون كل مختبر قادراً على تغطية التخصصات التالية بحد أدنى: تحليل الدم، الكيمياء، علم المناعة والأمصال، الميكروبيولوجيا، الباثولوجيا التشريحية، أمراض الخلايا، فحوصات تخثر الدم إذا كان المستشفى يستقبل مرضى يعانون من أمراض تؤثر في تخثر الدم، وبذلك الدم وفقاً لمجال العمل المتوقع في البرنامج الوظيفي للمستشفى.

- 2.10. مواصفات معمل الأحياء الدقيقة: (منطقة انتقالية، مغاسل لليد، غرفة تعقيم، ضغط سلبي)
- 3.10. يتوافق حجم المختبر الإكلينيكي على عدد ونطاق التخصصات وعدد الأسرة في المستشفى.
- 4.10. يجوز تنفيذ الإجراءات المخبرية في المختبر نفسه أو توفيرها من خلال التعاقد مع خدمة مختبرات خارجية معتمدة. ويتعين توثيق هذه الإجراءات / الاختبارات، مع الاتفاق على الفترة الزمنية لتوفير النتائج في حال إرسال الفحوصات لمختبرات خارجية.
- 5.10. يجوز أن تكون منطقة جمع العينات خارج المختبر الإكلينيكي مع توفير مساحة مخصصة لجمع العينات. ومساحة لجلوس المرضى وأحواض لغسل الأيدي داخل منطقة جمع العينات.
- 6.10. يتعين تجهيز منطقة جمع البراز والبول بدورة المياه وحوض لغسل الأيدي.
- 7.10. يجب أن يكون باب منطقة العمل بالمختبر يعمل بآلية الإغلاق الذاتي ولا يسمح للدخول إلا الأشخاص المصرح لهم.
- 8.10. يتعين أن تشمل مناطق العمل في المختبر منفذ لشفط الغازات، وخدمات الهاتف والبيانات، والخدمات الكهربائية اللازمة.
- 9.10. توفير أحواض لغسل اليدين تعمل بنظام الحساسات للعاملين في المختبر في مناطق جمع وإستلام العينات ومناطق معالجة العينات أو تخزين المواد الكيميائية أو المواد والعينات الملوثة.
- 10.10. يتعين أن تكون جميع أسطح العمل بالمختبر ملساء سهلة التنظيف ومضادة للبكتيريا تتحمل مواد التنظيف والمواد الكيميائية، وألا يوجد بها تشققات أو تجاويف يصعب تنظيفها.
- 11.10. أن تكون أرضيات المختبر ملساء لا يوجد بها تشققات أو فجوات وغير منفذة ويسهل صيانتها وتنظيفها وتتحمل مواد التنظيف والتعقيم المختلفة مثل أرضيات الفينيل والميراميك. يمنع استخدام السجاد أو أي نوعية من الأرضيات التي تمتص السوائل.
- 12.10. أن تكون تشطيبات الجدران قابلة للتنظيف ومقاومة للرطوبة وملتصقة.
- 13.10. أن يكون جميع الأثاث بالمختبر مصنوع من مواد غير نافذة، سهل تنظيفها باستخدام مواد التنظيف المختلفة.
- 14.10. احتياطات السلامة الكيميائية: تشمل هذه الاحتياطات دش الطوارئ، وأجهزة غسل الأعين بالمياه ومنطقة مناسبة لتخزين السوائل القابلة للاشتعال ... الخ.
- 15.10. توفير منشآت ومعدات لتعقيم العينات الملوثة قبل نقلها (جهاز التعقيم بالبخار أو فرن كهربائي).
- 16.10. يتعين أن تحقق عوالم دخان المختبر المعايير العامة التالية:
- 1.16.10. متوسط سرعة المروحة خمس وسبعين (75) قدماً على الأقل في الدقيقة (0.38 متر في الثانية).

- 2.16.10. توصيل الغطاء بنظام لإخراج العادم منفصل عن نظام العادم الخاص بالمبنى.
- 3.16.10. وجود مروحة عادم عند طرف الطرد الخاص بالنظام.
- 4.16.10. توفير شبكة من مجاري العادم مصنوعة من مادة غير قابلة للاحتراق ومقاومة للتآكل حسبما يلزم للاستخدام المخطط له للغطاء مع مراعاة أن يكون لتصريف النهائي للمواد البيولوجية/ الكيميائية المستخدمة التي لم يتم معالجتها بشكل كامل منفصل عن تصريف النفايات العامة بحسب اشتراطات البلديات المحلية.
- 17.10. إذا تم استخدام مواد مشعة، فيتم وضع إرشادات تحذيرية وتوفير مرافق لتخزين تلك المواد ونفاياتها المشعة والتخلص منها وتوفير الأجهزة والأدوات اللازمة للحد من التلوث الإشعاعي وتوفير صرف صحي مستقل إن لفت الحاجة طبقاً لمتطلبات الهيئة الاتحادية للرقابة النووية في الدولة.
- 18.10. توفير مرافق لتخزين الكواشف والمعايير والإمدادات وشرائح العينات المجهرية المصبوغة وغيرها.
- 19.10. مرافق مبردة لتخزين الدم.
- 20.10. وجود الردهة والخزانات والحمامات في مكان يناسب موظفي وموظفات المختبر.
- 21.10. عدم تخزين المواد الغذائية أو مستحضرات التجميل في مناطق التحليل.
- 22.10. يتعين توفير تهوية كافية وتجديد الهواء في منطقة خدمة المختبر السريري بأكملها، بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التفتيش والتبريد وتكييف الهواء. ويجب الحفاظ على ضغط الهواء في منطقة العيادات الخارجية سلبياً بالنسبة لضغط الهواء في المناطق الملاصقة له، والحفاظ على درجة حرارة المنطقة عند مستوى 21 درجة مئوية إلى 24 درجة مئوية والرطوبة النسبية عند مستوى 30% إلى 60% ويجب إتاحة إمكانية تعديلها. ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء، مع توفير المعدات اللازمة للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها.
- للاطلاع على مزيد من المعلومات بخصوص متطلبات المختبر السريري رجاء زيارة مواقع الجهات الصحية المختصة.
- 11.التصوير الطبي:**
- 1.11. يجب أن تشمل طرق التصوير المرتبطة بخدمة الأشعة (الأشعة التقليدية (علم الأشعة العام) والتظهير بالفلوروسكوب والتصوير بالأشعة المقطعية بالحاسوب (CT) والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) والموجات فوق الصوتية وتصوير الثدي).
- 2.11. يتعين على المستشفى توفير خدمات ملائمة للتصوير بالأشعة (العامة) والموجات فوق الصوتية والأشعة المقطعية بالحاسوب داخل مقر المستشفى لتلبية احتياجات المرضى.
- 3.11. يجب مراعاة راحة المرضى وسهولة دخولهم عند تخطيط وتصميم قسم الأشعة.

4.11. يجب تزويد غرفة الأشعة التقليدية المؤينة بباب مدرع ومنطقة تحكم مزودة بنافذة من الزجاج المدرع والواللي من الأشعة وعلى الأقل منطقة واحدة (1) محددة للمرضى لتبديل ثيابهم مع مكان آمن لتخزين أشياءهم الثمينة وملابسهم. ويتعين توفير مدخل سهل من منطقة تبديل الثياب إلى غرفة الأشعة المؤينة مباشرة على أن يستمد مخطط الغرفة فيزيائي طبي أو خبير مؤهل من قبل الجهات المعنية بالشؤون الصحية في الدولة ويخضع لموافقة الهيئة الاتحادية للرقابة النووية.

5.11. يتعين توفير سرير واحد (1) على الأقل للفحص في غرفة الموجات فوق الصوتية وحمام للمريض يسهل الوصول إليه.

6.11. يسمح بوجود مناطق دعم مشتركة لخدمات التصوير الطبي (مثل مكتب للتحكم ومنطقة الاستقبال ومنطقة الاستشارة)

7.11. يتعين التزام خدمات التصوير الطبي بقوانين ولوائح الهيئة الاتحادية للرقابة النووية (FANR) بخصوص استخدام مولدات الأشعة المؤينة والمصادر المشعة. للاطلاع على مزيد من المعلومات بخصوص لوائح الهيئة المذكورة ومتطلباتها الرجاء زيارة موقعها على الإنترنت (www.fanr.gov.ae)

8.11. يتعين الالتزام بمتطلبات الأمان والوقاية من الإشعاع في المنشآت الطبية الإشعاعية التشخيصية منها والعلاجية بالإضافة إلى الطب النووي والتي يعدها مقدمي الخدمة المعترف بهم من قبل الهيئة الاتحادية للرقابة النووية بالتشاور مع الفيزيائي الطبي للمنشأة وذلك ليقوم بتقييم الأمان الإشعاعي للمخططات الأرضية للمنشأة وتحديد مواقع المصادر الإشعاعية والتدابير التي سيتم تركيبها وفقاً للمخطط العام النهائي المعتمد كما يجب توفير طبيب معتمد ومتخصص في العلاج بالأشعة في قسم العلاج بالأشعة والطب النووي العلاجي.

9.11. يتعين توفير تهوية كافية، وتجديد الهواء في منطقة خدمة التصوير الطبي بأكملها، بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء. ويجب الحفاظ على ضغط الهواء في منطقة العيادات الخارجية معادلاً بالنسبة لضغط الهواء في المناطق الملاصقة له، والحفاظ على درجة حرارة هذه المنطقة عند مستوى 21 درجة مئوية إلى 24 درجة مئوية والرطوبة النسبية عند مستوى 30% إلى 60% ويجب أن تكون قابلة للتعديل. ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء، مع توفير المعدات اللازمة للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها.

10.11. يجب أن تكون جميع الأدوات المستخدمة والأجهزة الطبية وحتى أنظمة الحريق متلائمة مع متطلبات التصور بالرنين المغناطيسي حسب توجيهات الجهة المصنعة لتعزيز متطلبات الأمان والسلامة.

لمزيد من المعلومات بخصوص متطلبات خدمات التصوير الطبي الرجاء الاطلاع على معايير ترخيص خدمات التصوير الطبي ومعاييرها التنظيمية.

12. الصيدلية:

1.12. يعتمد حجم ونوع الخدمات التي يتم توفيرها في وحدة الصيدلية على نوع نظام توزيع المنتجات الدوائية المستخدم وعدد المرضى المقرر خدمتهم ومدى مشاركة الخدمات أو شرائها.

2.12. يتعين وجود وحدة الصيدلية الخارجية في مكان يمكن الوصول إليه من قبل المرضى في منطقة العيادات الخارجية مع منطقة لتقديم الاستشارة وتوعية المرضى، وكذلك توفير مدخل خاص لتحميل وتخزين المنتجات الدوائية الطبية.

3.12. يتعين توفير وحدة الصيدلية الداخلية في مكان يسهل الوصول إليه من قبل الموظفين المصرح لهم في منطقة العيادات الداخلية.

4.12. يتعين أن تشمل وحدة الصيدلية ما يلي:

1.4.12. الصيدلية: يتعين توافر مساحة ومعدات وإمدادات كافية لكافة الوظائف المهنية والإدارية التي تتعلق بخدمات الصيدلية، وذلك في ضوء القوانين واللوائح المعمول بها؛ ويتعين أن تكون في مناطق تسهل توفير الخدمات للمرضى وطاقم التمريض والصيدلة وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، ويتعين أن تتكامل مع نظم الاتصال والتسليم أو النقل بالمستشفى.

2.4.12. مناطق تخزين الأدوية: يتعين توافر مرافق مناسبة لاستلام الأدوية وتخزينها وفصلها وأمنها في بيئة نظيفة ودرجة حرارة وضوء ورطوبة وتهوية وقياس درجة الحرارة والرطوبة وتدوينها بشكل يومي وفقاً لمعايير تخزين الأدوية لضمان سلامة الأدوية وسلامة الموظفين في مختلف أنحاء المستشفى.

3.4.12. مناطق تجهيز الأدوية: يتعين أن تكون مناسبة لتجهيز المنتجات المعقمة وغير المعقمة وإعدادها وأن يتم تعريف المنتجات بملصقات تعريفية، بما في ذلك المنتجات الدوائية الخطرة على أن تكون في مناطق مخصصة، وفقاً لإجراءات ضمان الجودة المقررة.

4.4.12. منطقة تقييم المرضى واستشاراتهم: يتعين توفير منطقة خاصة بمرضى العيادات الخارجية للتشاور مع الصيدلي وذلك لتعزيز التزام المرضى بتناول الأدوية الموصوفة وتقديم التوعية المناسبة لهم.

5.4.12. منطقة المكاتب والاجتماعات: يتعين توفير مساحة كافية للمكاتب والاجتماعات والأنشطة الإدارية والتعليمية والتدريبية.

6.4.12. تكنولوجيا المعلومات: يتعين استخدام نظام إلكتروني شامل للصيدلية ويجب أن يتكامل لأقصى مدى ممكن مع نظم المعلومات والبرمجيات الأخرى المستخدمة بالمستشفى، بما في ذلك تسجيل الطلبات للموردين، وإدارة الأدوية، والسجلات الصحية الإلكترونية، وإعداد فواتير المرضى. كما يتعين ربط الأنظمة المستخدمة في المستشفى بالأنظمة المعنية من الجهات الصحية وفقاً للقوانين والتشريعات الصادرة (على سبيل المثال: تظمين، رعايتي، المنصة الإلكترونية الموحدة، منصة نابض).

7.4.12. معلومات المنتجات الدوائية: يتعين توفير مساحة كافية وتكنولوجيا المراجع العلمية المعتمدة عالمياً والاتصالات لتسهيل توفير معلومات المنتجات الدوائية بحيث تتلاءم تفاصيل المعلومات مع النشاط الممارس التابع للصيدلية.

5.12. يتعين أن تكون منطقة الصيدلية مما يلي على سبيل المثال لا الحصر: -

1.5.12. مناطق لصرف الأدوية.

2.5.12. مخزن لتخزين المؤن الجديدة، شاملاً مناطق للتجميع والإرسال مع تخصيص مساحة للانتظار.

3.5.12. مخازن لتخزين الكميات الكبيرة شاملة منطقة للتفريغ.

4.5.12. مخازن مؤمنة للمنتجات الدوائية التي تتم المساءلة عنها ومخازن مبردة ومخازن للبضائع القابلة للاشتعال.

5.5.12. منطقة لصرف طلبات الأدوية إلى وحدات المرضى الداخليين.

6.5.12. مناطق لحفظ معلومات المنتجات الدوائية.

7.5.12. مناطق للموظفين تشمل المكاتب ومحطات العمل وغرفة الموظفين وغرفة تبديل الثياب والحمامات.

8.5.12. مناطق للاستقبال والانتظار منفصلة (للذكور والإناث) لمرضى العيادات الخارجية.

9.5.12. مناطق لتقديم الاستشارة وتوعية المرضى.

10.5.12. منطقة لتجهيز الأدوية بها مقسلة يد ومساحة كافية من طاولات لإعداد المنتجات الدوائية.

11.5.12. منطقة للمراجعة والتسجيل.

12.5.12. منطقة لتخزين العربات مؤقتاً وتبديلها وإعادة تعبئتها.

13.5.12. مناطق مرنة لتنفيذ مشاريع التكنولوجيا الحديثة المرتبطة بالخدمات الصيدلانية.

14.5.12. احتياطات أمنية للمنتجات الدوائية والموظفين في منطقة صرف الأدوية، إذا تم توفير هذه المنطقة.

6.12. لا تشمل المناطق والمكونات الاختيارية ما يلي:

- 1.6.12. وحدات الصيدلية التابعة عبارة عن سلسلة من الغرف أو الأجنحة في مستشفى توجد في أماكن بعيدة عن الصيدلية الرئيسية ومع ذلك يديرها موظفو الصيدلية الرئيسية.
- 2.6.12. تتطوي نظم جرعات الوحدات على تمبنة كل جرعة من كل نواء للمرضى في عبوة هويصلية ليتمكن صرف الأدوية بسهولة وبشكل موحد. وبالنسبة لأي نظام لجرعات الوحدات، تشمل الصيدلية مساحة إضافية ومعدات للإمدادات والتعبئة ولصق بطاقات التعريف والتخزين.
- 3.6.12. غرف المحاليل الوريدية هي الغرف التي يتم من خلالها تحضير المحاليل الوريدية ويتعين مراعاة الخصائص التالية عند تصميم منشأة التصنيع المعقمة لتحضير المحاليل الوريدية والتغذية الوريدية الشاملة (TPN):
- 1.3.6.12. أن تكون غرف تحضير المحاليل الوريدية المعقمة والتغذية السريرية متوافقة مع المعايير الدولية الموحدة المذكورة في دساتير الأدوية العالمية لمواصفات غرف تحضير الأدوية المعقمة (USP 797).
- 2.3.6.12. أن تكون غرف تحضير المحاليل الوريدية للأدوية الخطرة والكيميائية متوافقة مع المعايير الدولية الموحدة المذكورة في دساتير الأدوية العالمية لمواصفات غرف تحضير الأدوية الخطرة (USP 800).
- 3.3.6.12. يجب أن تكون الغرف مجهزة بأجهزة لتنقية الهواء داخل الغرفة حسب المتطلبات المنصوص عليها في الدساتير العالمية.
- 4.3.6.12. يجب أن تكون غرف المحاليل الوريدية المعقمة والتغذية السريرية ذات ضغط ايجابي لمنع دخول الهواء الخارجي لداخل الغرفة بينما تكون غرف تحضير المستحضرات السامة للخلايا وأدوية السرطان الكيميائية والخطرة ذات ضغط سلبي، بمعنى أن يكون الضغط فيها أقل من الضغط الخارجي وبالتالي منع خروج الهواء وأي مواد سامة مصاحبة من غرفة التحضير للخارج.
- 5.3.6.12. أن تكون أسطح الأسقف والجدران والأرضيات والتركيبات والخزائن في المنطقة العازلة ملساء، غير منفذة، خالية من التجاويف والشقوق، مقاومة للتلف والاهتراء من استخدام المنظفات والمطهرات.
- 6.3.6.12. توفير محطات لغسل الأيدي داخل كل غرفة منفصلة يتم تناول أدوية غير مغطاة فيها. ويتعين تواجد مرافق للتنظيف داخل الأجنحة المعقمة.
- 7.3.6.12. أن تكون في أحد أطراف المنشأة وواجهتها للخارج. ويمكن من خلالها الوصول إلى غرفة الانتظار.
- 8.3.6.12. نظام لإدارة الأبواب الإلكترونية لمنع فتح بابي غرفة الانتظار في نفس الوقت.
- 9.3.6.12. توفير أحواض لغسل الأيدي خارج غرف التعقيم (النظيفة) فوراً في غرفة الانتظار المجاورة؛ ولا يجوز تواجد أحواض للأيدي داخل غرف التعقيم (النظيفة).

- 10.3.6.12. يجب أن تكون المنطقة المعقمة منفصلة عن المناطق غير المعقمة بجدار وباب وممر.
- 11.3.6.12. يتعين توفير نظام للاتصالات الداخلية بين غرف التعقيم (النظيفة) وغرفة الانتظار.
- 12.3.6.12. توفير غرفة تبديل الملابس للموظفين.
- 13.3.6.12. كاميرات عالية الوضوح للدائرة التلفزيونية المغلقة للمراقبة عن بعد (CCTV).
- 14.3.6.12. الالتزام بمتطلبات الغرف في المعايير الدولية ذات الصلة الخاصة بالغرف النظيفة لتكوين المواد المعقمة والمستحضرات السامة للخلايا وأدوية السرطان الكيميائية.
- 15.3.6.12. يجوز توفير محطات آلية لصرف الأدوية في أي وحدة للمرضى الداخليين أو وحدة الرعاية الحرجة لصرف الأدوية الموصوفة للمرضى. وتكون محطة صرف الأدوية خاضعة لسيطرة وحدة الصيدلية.
- 7.12. توجد أجهزة للتحكم في درجة الحرارة والرطوبة داخل كافة مناطق التخزين، ويتعين الحفاظ على درجة الحرارة الداخلية للغرفة عند مستوى أقل من 25 درجة مئوية.
- 8.12. يتعين توفير عناصر التخزين التالية على سبيل المثال لا الحصر وبعد أدنى، على شكل خزائن أو أرفف أو غرف منفصلة:
- 1.8.12. مخزن للكميات الكبيرة.
- 2.8.12. مخزن نشط.
- 3.8.12. مخزن مبرد.
- 4.8.12. مخزن للموائد المتطايرة والكحول بحيث يتم تشييده وفقاً للوائح ذات الصلة بالمواد التي يتضمنها.
- 5.8.12. مخزن مؤمن للمنتجات الدوائية المخدرة والمنتجات الدوائية المحظورة طبقاً لقوانين ولوائح وزارة الصحة ووقاية المجتمع.
- 6.8.12. مخزن للإمدادات والمعدات العامة غير المستخدمة.
- 7.8.12. مخزن للوصفات الطبية وأي مستندات توجبها التشريعات ذات الصلة.
- 9.12. يتم تخزين المواد والمنتجات الطبية المراقبة والوثائق المعنية في نفس المكان منفصلة عن باقي المنتجات والوثائق الأخرى.
- 10.12. يتعين تشييد وحدات الصيدلية والصيدليات بحيث تكون مؤمنة ويمنع دخول غير المصرح لهم من خلال الأبواب والنوافذ والجدران والأسقف ويتعين تزويدها بجهاز إنذار ضد الدخلاء.
- 11.12. تشمل الإجراءات الأمنية التي يجب مراعاتها:
- 1.11.12. مفاتيح تحكم إلكترونية للأبواب

2.11.12. مجسات للحركة

3.11.12. أجهزة إنذار تعمل بالضغط لمناطق صرف الأدوية

4.11.12. مراقبة بالدائرة التلفزيونية عن بعد. (CCTV)

للاطلاع على المزيد من المعلومات بخصوص متطلبات الصيدلية الرجاء زيارة مواقع الجهات الصحية المختصة

13. أنظمة المرافق:

1.13. يتعين على المستشفى توفير برنامج تشغيلي بضمن تشغيل جميع أنظمة المرافق (مثل: توزيع الكهرباء، الماء، التهوية، وتدفق الهواء) في جميع الأوقات بفعالية وكفاءة وتوفير المصادر البديلة للمياه والكهرباء في حال تعطل النظام الرئيسي.

2.13. يتعين على المستشفى فحص وصيانة أنظمة المرافق بشكل دوري

3.13. يتعين على المستشفى فحص أنظمة المرافق البديلة لتأكد من فعاليتها في الحالات الطارئة وتوثيق نتائج الفحص

4.13. يتعين على المستشفى فحص جودة المياه بشكل دوري

14. منطقة خدمات التغذية:

1.14. يجب توفير مناطق لاستلام الطعام ومنطقة للتخزين ومنطقة للتقطيع ومنطقة للطبخ ومنطقة للثلاجات ومنطقة للتوزيع وغسل الأواني.

2.14. يجب أن تكون منطقة تحضير الأطعمة مقسمة إلى مناطق بفواصل (منطقة لتقطيع اللحوم والدجاج والأسماك، منطقة للخضروات، منطقة للمخبوزات)

3.14. يجب أن تكون جميع الأسقف والجدران وأسطح العمل في المطبخ ملساء ولا تسمح بالانزلاق أو ركود المياه وقابلة لعمليات التنظيف وتحمل عمليات التعقيم المتكررة. ولا يوجد بها فواصل وبروزات لتراكم الأغبرة

4.14. توفير أحواض لغسل اليدين بجميع مناطق العمل المختلفة على أن تكون منفصلة تماما عن أحواض غسل المواد الغذائية

5.14. يجب أن تكون الأبواب الرئيسية للمطبخ معزولة بستائر هوائية عن الوسط الخارجي.

6.14. يجب أن يتوفر غرفة مخصصة بعيدة عن أماكن تحضير الطعام لتخزين مواد التنظيف والمواد الكيميائية

7.14. يجب الاهتمام بتهوية وتجديد الهواء بمنطقة خدمات تقديم الأطعمة بنحو 10 مرات على الأقل في الساعة وفق متطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التبريد والتفئة وتكييف الهواء (ASHRAE) يجب الاحتفاظ بضغط موجب بشكل يتناسب مع المناطق المجاورة. يجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام معالجة الهواء، مع تقديم المعدات اللازمة للصيانة، في المنطقة التي توفر هذه الخدمات.

8.14. يشترط الحصول على موافقة السلطة المختصة في كل إمارة على تصميم منطقة خدمات التفتيش والمرافق المرتبطة بها وفق المعايير المحددة لديها.

15. قسم التعقيم المركزي:

على كل مستشفى يقدم خدمات التعقيم المركزي مراعاة ما يلي:

1.15. تصميم وتجهيز قسم التعقيم المركزي على النحو المناسب وفق متطلبات الجهات الصحية المختصة.

2.15. أن يكون قسم التعقيم مقسم لمنطقة استلام ووسائل الأدوات غير النظيفة ومنطقة تجميع الأدوات ومنطقة التعقيم ومنطقة التخزين وأن تكون منطقة المواد غير النظيفة منفصلة تماما عن منطقة المواد المعقمة بحيث تكون حركة المواد غير النظيفة باتجاه واحد من المنطقة غير النظيفة إلى المنطقة المعقمة.

3.15. يجب أن تكون منطقة استلام ووسائل الأدوات الجراحية غير النظيفة تحت ضغط الهواء السلبي والمحافظة على تجديد الهواء بمعدل (6) مرات في الساعة ويجب أن تكون المنطقة مزودة بجهاز لبيان فرق ضغط الهواء عن المناطق الأخرى المحيطة بها (على أن يكون جهاز قياس ضغط الهواء مزود بمنبه صوتي أو ضوئي لتبنيه العاملين في حصول اختلاف في ضغط الهواء) والحفاظ على درجة حرارة 16-23 درجة مئوية ومعدل رطوبة من 30-60%.

4.15. يجب الحفاظ على ضغط الهواء في منطقة التعقيم ومنطقة تخزين الأدوات المعقمة إيجابيا بالنسبة لأي مناطق ملاصقة لها ويجب تجديد الهواء فيها بمعدل عشر (4) مرات على الأقل في الساعة. ويجب الحفاظ على الرطوبة النسبية عند معدل 30% إلى 60%. ويجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام مناولة الهواء مع توفير معدات كافية للصيانة في المنطقة التي يتم خدمتها ولا تكون بالمنطقة أي أنابيب مياه أو صرف صحي مكشوفة.

- 5.15. يجب أن تكون منطقة استلام وغسل الأدوات الملوثة ملائمة من حيث المساحة لكمية الأدوات المستخدمة وتحتوي على منفصلة لغسل المعدات (منفصلة لثلاث أقسام) ومنفصلة منفصلة لغسل اليدين بالإضافة إلى محطة لغسل العينين والجسم في حال التعرض لانسكاب السوائل أو المواد الكيميائية.
- 6.15. يجب أن تكون الأسطح والأرضيات والحائط في منطقة الاستلام والغسل ملاءم سهلة التنظيف خالية من التجاويف والشقوق وتحمل مواد التعقيم.

16. منطقة الإدارة:

- 1.16. يجب على المستشفى تحديد قسم مستقل للإدارة، ويجب أن يحتوي على منطقة مناسبة لمدير المستشفى والمساعدين وموظفي الإدارة والشؤون المالية.
- 2.16. مكتب الاستقبال: يجب وجود مكتب للاستقبال مع مشرف واحد (1) على الأقل لتوجيه الزوار والرد على استفساراتهم.

- 3.16. مكتب الدخول إلى المستشفى: يجوز توفير مكتب مخصص لإدخال المرضى الداخليين إلى المستشفى.

4.16. مكتب التأمين الطبي

الفصل الثاني: معايير الرعاية بالمستشفى

القسم الأول: رعاية المرضى

الهدف من وضع معايير للمستشفيات هو توفير رعاية ذات معايير عالية الجودة وبيئة صحية سليمة للمرضى في كافة الأوقات. ويتعين أن تشمل معايير رعاية المرضى مراحل رعايتهم من وقت دخول المريض إلى المستشفى وحتى خروجه أو نقله منها إلى منشأة صحية أخرى أو في احتياجه لرعاية تأهيلية. ويتعين على المستشفى ضمان سرية كافة معلومات المرضى في كافة مراحل توفير الرعاية.

1. تقييم المرضى:

تشمل أي عملية فعالة لتقييم المرضى فرقاً متعددة التخصصات وتعتمد على الاحتياجات السريرية والاحتياجات ذات الأولوية لكل مريض على حدة. ويتعين أن يؤدي هذا التقييم إلى تحديد القرارات بخصوص حالة المريض واستمرار العلاج متى دعت الحاجة إلى ذلك.

1.1. يتعين أن يكون للمستشفى سياسات وإجراءات بخصوص تقييم المرضى على أن تشمل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

1.1.1. توفير سياسة فرز وتصنيف المرضى في قسم الطوارئ

2.1.1. جمع المعلومات والبيانات عن الحالة الفسيولوجية والاجتماعية والاقتصادية للمريض وتاريخه الصحي. على أن تكون الهوية أو الجواز مستند أساسي لأخذ البيانات الشخصية.

3.1.1. تحليل البيانات والمعلومات، بما في ذلك نتائج الفحوصات المخبرية وصور وتقارير التصوير الطبي وأرشفتها لتحديد الرعاية الصحية التي يحتاج إليها المريض

4.1.1. تطوير خطة رعاية المريض بناءً على احتياجات المريض التي تم تحديدها

5.1.1. يشمل تقييم المرضى احتياجات المريض في حال التخطيط لخروج المريض من المستشفى في مرحلة مبكرة بما في ذلك: الأدوية والنظام الغذائي والأنشطة وإدارة الألم والأجهزة الطبية والوسائل المساعدة

2.1. تتكيف المرضى الذين بحاجة متابعة العلاج خارج المستشفى.

3.1. يمنح المرضى الذين لديهم احتياجات طارئة أو ملحة أو فورية الأولوية في التقييم والعلاج.

4.1. استخدام أدوات تقييم طبي وتمريضي تناسب احتياجات الأطفال حديثي الولادة أقل من عامين والأطفال المرضى أقل من 18 عاماً.

5.1. يجب إبقاء المرضى الذين يقدمون معلومات صحية شخصية خلال أي تقييم في منطقة يضمن فيها خصوصيتهم

2. الرعاية العامة:

1.2. يجب تنظيم الرعاية وتوفيرها بالاشتراك مع المريض، ومع ممثلي المريض من أسرته إذا كان ذلك مناسباً، لتحقيق أفضل النتائج الممكنة. ولا تشمل مشاركة المريض ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

1.1.2. تاريخ الإجراء ووقت الدخول والخروج من المستشفى

2.1.2. اختيار الطبيب

3.1.2. إعداد العلاج

4.1.2. اختيار مواقع الجرح أو نوع التضميد

2.2. يتعين توفير الرعاية استجابة لاحتياجات المرضى في الوقت المناسب ووفقاً لمتطلبات معايير الاعتماد الدولية.

3.2. يتعين تقديم الرعاية الصحية للمرضى من قبل مهني صحي مرخص من الجهة الصحية المعنية بذلك.

4.2. يتعين أن تعتمد الرعاية على أفضل الممارسات والأدلة العالمية، ويفضل توضيح الممارسات السريرية وممارسات الرعاية عن طريق الملصقات الإرشادية المعروضة.

5.2. يجب على إدارة المستشفى تقييم الرعاية السريرية باستمرار من خلال المراجعة بصفة منتظمة للتأكد من تحقيق أفضل النتائج الممكنة للمريض.

6.2. يجب تشجيع المرضى على توفير تعقيباتهم على الرعاية التي يتم توفيرها لهم. يجب الأخذ بعين الاعتبار نتائج التقييم وتحسين ممارسات وممارسات الرعاية بناءً على ذلك.

3. خدمات طب الأطفال:

1.3. إذا تم توفير خدمات طب الأطفال، فيتعين أن تخضع لإشراف اختصاصي طب أطفال مرخص له من الجهة المعنية ويتحمل مسؤولية جودة هذه الخدمات ونطاقها.

2.3. يتعين على كل مستشفى عام توفير رعاية وعلاج الأطفال في وحدة مستقلة، ويجب على المستشفى وضع وتطبيق سياسات وإجراءات خطية تشمل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

1.2.3. نطاق خدمات طب الأطفال والرعاية الخاصة بها بحسب أفضل الممارسات العالمية والقوانين المحلية (مثل خدمة الكشف المبكر عن الأمراض الجينية).

3.3. يجب أن يكون قسم طب الأطفال منفصلاً عن قسم المرضى البالغين وقسم الأطفال حديثي الولادة.

4. رعاية مرضى العيادات الخارجية:

- 1.4. يتعين أن يكون اسم العيادات الخارجية تحت إشراف فرد أو أفراد مؤهلين حسب تحديد إدارة المستشفى، ويتحمل هذا الفرد أو هؤلاء الأفراد مسؤولية جودة ونطاق الخدمات التي يتم توفيرها.
- 2.4. يتعين أن يلبى عدد الموظفين ومؤهلاتهم واحتياجات المرضى على أساس نوع الخدمات التي يتم توفيرها وحجم تلك الخدمات وتخصيص المعدات والمساحات اللازمة لتوفير خدمات العيادات الخارجية لضمان سلامة المرضى وخصوصيتهم.
- 3.4. يتعين على كل مستشفى عام توفير خدمة العيادات الخارجية، ووضع وتطبيق سياسات وإجراءات خطية تشمل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:
 - 1.3.4. نطاق الرعاية الخاص بخدمات العيادات الخارجية.
 - 2.3.4. طريقة تسجيل مرضى العيادات الخارجية.
 - 3.3.4. الإجراء الخاص بالمرضى الذين يحتاجون للرعاية.
 - 4.3.4. يتعين توفير خدمات العيادات الخارجية وفقاً لأوامر الأطباء.
 - 5.3.4. متطلبات التوثيق وحفظ السجلات وإجراءات ربط سجلات العيادات الخارجية مع السجلات المتوفرة لمرضى العيادات الداخلية (إذا كان ذلك مطبقاً).

5. خدمات طب الأسنان:

- 1.5. يتعين توفير خدمات طب الأسنان من خلال أطباء أسنان مؤهلين ومرخصين من الجهات الصحية، وفقاً لتحديد إدارة المستشفى.
- 2.5. يوفر أطباء الأسنان الخدمات باستخدام المعدات الخاصة المبينة في (الملحق 2) على سبيل المثال لا الحصر.
- 3.5. يبين (الملحق 3) الأجهزة والإمدادات الخاصة بخدمات طب الأسنان.
- 4.5. تقييم المرضى - أثناء التقييم المبني لمرضى الأسنان يتم جمع المعلومات العامة المتعلقة بالتاريخ الطبي للمريض مع التركيز على سبب الزيارة وأي شكوى لدى المريض. لمزيد من التفاصيل بشأن استبيان مرضى الأسنان يرجى الاطلاع على (الملحق 4) وبشأن خريطة طب الأسنان يرجى الاطلاع على (الملحق 5).
- 5.5. يتعين تأكيد تنفيذ الإجراء الصحيح في الموضع الصحيح بجسم المريض من خلال عملية الوالت المستقطع ويجب توثيق ذلك، انظر الملحق 6 للاطلاع على قائمة المراجعة السابقة لإجراء الأسنان والتحقق من الموضع ومستند الوقت المستقطع.

6.5. التخدير: المستوى الأول من التخدير - تقتصر إجراءات الأسنان على الإجراءات التي لا تتطلب إلا على مخاطر محدودة بعد الإجراء ومضاعفات محدودة للتخدير ولهذا لا يحتمل حجز المريض بالمستشفى نتيجة لتلك المضاعفات.

7.5. خدمات التصوير الطبي لطب الأسنان:

1.7.5. تلعب الإجراءات التشخيصية بالأشعة المستخدمة في علاجات الأسنان العامة والتخصصية دوراً مهماً في ممارسة الرعاية الصحية للأسنان، وتشمل هذه الإجراءات:

1.1.7.5. التصوير الإشعاعي لمنطقة داخل الفم: تصوير المناطق المحيطة حول ذروة جذر السن (تطابق الأسنان العلوية والسفلية). (bitewing X-ray, Periapical X-ray, occlusal X-ray)

2.1.7.5. الأشعة البانورامي (panoramic X-ray)

3.1.7.5. قياسات الرأس (Cephalometric Projection)

4.1.7.5. التصوير الإشعاعي باستخدام معدات متخصصة لتصوير الأسنان بالأشعة المقطعية بالحاسوب

5.1.7.5. أشكال أخرى من التصوير الإشعاعي للجمجمة بأكملها أو أجزاء معينة من منطقة الأسنان والفكين والوجه.

6.1.7.5. يتعين على طبيب الأسنان الذي يقوم بتشغيل جهاز الأشعة السينية التأكد من إجراء فحوصات الأشعة بشكل مناسب في كافة الأوقات أثناء علاج الأسنان. وتشمل هذه المسؤولية عناصر الفحص التالية:

1.6.1.7.5. تحديد مدى الحاجة للفحص سريريا.

2.4.1.7.5. اختيار أنسب طريقة للفحص.

3.4.1.7.5. ترشيح تقنيات التصوير الإشعاعي.

4.4.1.7.5. استخدام أمثل تقنيات معالجة الأفلام أو الصور الإشعاعية.

5.4.1.7.5. تفسير صور أشعة الأسنان.

6.4.1.7.5. حفظ سجلات التصوير الإشعاعي.

7.4.1.7.5. تخزين ألواح الفسفور (PSP) الخاصة بالتصوير الإشعاعي أو الأفلام في مكان لا تصل إليه الأشعة لضمان جودة الصورة.

7.1.7.5. يجوز لاختصاصي صحة الأسنان ومساعد طبي الأسنان المدربين وتحت إشراف طبيب الأسنان إجراء التصوير الإشعاعي.

- 8.1.7.5. في الحالات التي يتم تحويل المرضى فيها لإجراء فحوصات إشعاعية، يتعين على القائم بتحويلهم توفير ملاحظات سريرية، على أن تحتوي هذه الملاحظات على كل من سبب الفحص الإشعاعي وتاريخ طبي كافٍ.
- 9.1.7.5. يتعين عدم إجراء الفحص الإشعاعي للفكين (بما في ذلك المفاصل الفكية الصدغية) إلا على أجهزة الأشعة السينية ذات الفرض الطبي العام أو على أجهزة ذات أغراض خاصة مصممة لهذه الفحوصات، ما لم تصرح الجهات الصحية بخلاف ذلك.
- 10.1.7.5. يتعين تعقيم الأجهزة المصممة لتصوير داخل الفم بعد الانتهاء من فحص كل مريض. يتعين استخدام الأجهزة المصممة لتصوير داخل الفم المخصصة للاستخدام الواحد فقط.
- 8.5. سلامة المرضى - التحكم في عدوى الأسنان
- 1.8.5. يتعين تطبيق شروط مكافحة العدوى في المنشأة لمنع أو الحد من احتمالات انتقال العدوى، وتشمل هذه الإجراءات ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:
- 1.1.8.5. احتياطات السلامة وفقاً للمعايير العالمية.
- 2.1.8.5. النظافة الصحية للأيدي
- 3.1.8.5. معدات الوقاية الشخصية
- 4.1.8.5. تعقيم وتطهير الأشياء المستخدمة في رعاية المرضى
- 5.1.8.5. التحكم في العدوى البيئية
- 6.1.8.5. إدارة النفايات الطبية
- 7.1.8.5. خطوط مياه وحدة طب الأسنان والأغشية الحيوية وجودة المياه
- 8.1.8.5. القطع اليدوية والأجهزة الأخرى المستخدمة في طب الأسنان والمرتبطة بخطوط الهواء والمياه
- 9.5. إدارة المعلومات الصحية
- 1.9.5. جمع البيانات - العدد الكلي لعلاجات الأسنان لكل تخصص ولكل جنسية من جنسيات المرضى ولكل نوع وفئة عمرية.
- 2.9.5. يجب الاحتفاظ بسجلات الجرعات الإشعاعية التي أخذها المريض في كل فحص وتوفير البرامج المناسبة لحساب مجموع الجرعات الإشعاعية ومقارنتها مع المستويات المرجعية لتشخيص (DRL) في الدولة وتبرير الزيادة إن وجدت واتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع الجرعة في الفحص الواحد.
- 3.9.5. في حال وجود مختبر للأسنان يجب الالتزام بمعايير الأمن والسلامة

6. الرعاية الجراحية:

1.6. يتعين توفير الخدمات والإجراءات الجراحية التي يوفرها المستشفى بواسطة مختصي رعاية صحية مؤهلين في بيئة تضمن سلامة المريض.

2.6. يتعين أن تلتزم الخدمات الجراحية بالمستشفى بالمعايير التالية:

1.2.6. يدير الخدمات الجراحية في المستشفى استشاري أو إخصائي جراحة مرخص له من الجهة المعنية بدوام كامل؛ ويتحمل مسؤولية جودة الخدمات التي يتم تقديمها.

2.2.6. يمنح المستشفى الجراحين أفضلية أداء الإجراءات الجراحية في المنشأة في نطاق رخصته.

3.2.6. يتعين أن تكون درجة تعقيد الإجراءات الجراحية في نطاق قدرات المستشفى.

3.6. يتعين وضع سياسات وإجراءات خطية لتعريف ما يلي:

1.3.6. الموافقة الخطية قبل توفير الخدمات والإجراءات الجراحية.

2.3.6. المسؤولية عن الإشراف على جناح الجراحة وغرفة الإنعاش.

3.3.6. القيود المفروضة على الوصول إلى جناح الجراحة ومنطقة غرفة الإنعاش.

4.3.6. الظروف التي تقتضي تواجد مساعد أثناء الجراحة.

5.3.6. توافر فحوصات زمر الدم والتطابق وتوفر إدارة الدم ومنتجاته.

6.3.6. متطلبات تحليل العينات الجراحية وإجراءات التخلص منها.

7.3.6. إجراءات التعامل مع الحالات المعنية.

8.3.6. التزي المناسب في جناح الجراحة ومنطقة غرفة الإنعاش.

4.6. يتعين تطبيق إجراءات مناسبة لضبط العدوى منها ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

1.4.6. تعقيم وتطهير المعدات والإمدادات

2.4.6. مراقبة ممارسات التعقيم

5.6. تشمل سجلات غرفة العمليات ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

1.5.6. اسم كل مريض ورقم التعريف الخاص به

2.5.6. التاريخ، شاملاً وقت تنفيذ الإجراء الجراحي

3.5.6. الإجراء أو (الإجراءات) الجراحية أو التداخلية وتفاصيل العملية التي يتم تنفيذها

4.5.6. اسم الجراح أو الجراحين والمساعدين، إن وجدوا

5.5.6. الكادر التمريضي ويشمل ممرض/ة العمليات بدور (scrub nurse and circulating nurse)

6.5.6. نوع التخدير

7.5.6. اسم وصفة طبيب التخدير.

8.5.6. موافقة المريض الخطية على العلاج والاحداث الجراحية.

7. طب النساء والتوليد:

إذا تم توفير خدمات طب النساء والتوليد وحديثي الولادة فيتمين أن تتم بإشراف أخصائيين أو استشاريين التوليد والنساء المرخص لهم من الجهة المعنية لتوجيه تلك الخدمات وتحملوا مسؤولية جودة هذه الخدمات ونطاقها.

1.7. يتمين على كل مستشفى عام أو تخصصي يوفر خدمات النساء وحديثي الولادة أن يؤسس ويطبق سياسات وإجراءات خطية تشمل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

1.1.7. نطاق رعاية المرضى الذين يحصلون على خدمات طب النساء والتوليد وحديثي الولادة.

2.1.7. مسؤوليات الموظفين أثناء التوليد، بما في ذلك الرعاية الفورية التي يتم توفيرها لحديثي الولادة.

3.1.7. يتمين على أي مستشفى عام أو تخصصي يوفر خدمات المخاض والتوليد تأسيس وحدة خاصة لرعاية الأطفال حديثي الولادة (NICU)

4.1.7. استخدام المنتجات الدوائية المسهلة للتوليد وإدارة مواد التخدير والمهذات ومسكنات الألم والمنتجات الدوائية والأجهزة والمواد الحيوية الأخرى

5.1.7. توافر فحوصات زمر الدم وإدارة الدم ومنتجاته

6.1.7. يتمين ارتداء زي مناسب أثناء المخاض والتوليد وفي الحضانة

7.1.7. إجراء دخول المريضة إلى المستشفى وخروجها منه

2.7. يجب توفير المنتجات الدوائية والأجهزة والمعدات والإمدادات اللازمة للخدمات فوراً لتوفير الرعاية.

3.7. يتمين أن تشرف قابلة مسجلة ولديها ترخيص (RM) على رعاية ومتابعة وضع المريضة، التوليد والحضانة.

4.7. يتمين اتباع طريقة التعريف الصحيحة لحديث الولادة والأم.

5.7. في حالات الولادة القيصرية، يتمين على استشاري أو إخصائي طب النساء والتوليد الحصول على موافقة قائمة على معرفة شاملة لحالة الأم والجنين من الأم أو من يمثلها من ذويها من أقاربها (حسبما ينطبق)، باستثناء الحالات التي تكون حياة الأم فيها معرضة للخطر وحالات الطوارئ.

8. التخدير وتسكين الألم:

يتعين أن يكون مستوى التخدير المستخدم مناسباً لحالة المريض والإجراء الجراحي برعاية اختصاصي التخدير والمعدات المتوافرة في المستشفى.

1.8. يتعين أن تلتزم خدمات التخدير في المستشفى بالمعايير المهنية التالية:

1.1.8. يدير خدمات قسم التخدير في المستشفى استشاري أو إخصائي تخدير بدوام كامل مرخص لهم من

الجهة المعنية ويتحملوا مسؤولية سلامة وجودة الخدمات التي يتم تقديمها.

2.1.8. يتعين أن يكون الأطباء القائمين بالتخدير مرخص لهم من الجهة المعنية كأطباء تخدير ويعملون في نطاق هذه المهنة.

3.1.8. في حالة العمليات المتخصصة (مثل الأطفال وجراحات الأعصاب وجراحة الصدر وجراحة القلب)، يتعين أن يكون طبيب التخدير ذا خبرة بالتعامل مع تلك العمليات.

4.1.8. يجب أن يكون كافة اختصاصي الرعاية الصحية الذين يعملون على تخدير المرضى أو يشرفون على المريض أثناء التخدير (الأطباء وفنيي التخدير وكادر ترميزي المسجل في غرفة العمليات) قد حصلوا على التدريب اللازم لتقديم الدعم الضروري لإنعاش القلب (ACLS) إذا كانوا يتعاملون مع أشخاص بالغين أو الدعم الضروري لإنعاش قلب الأطفال (PALS) إذا كانوا يتعاملون مع أطفال أو لإنعاش الأطفال حديثي الولادة (NRP).

2.8. يتعين إجراء تقييم مسبق في عيادة التخدير لكافة المرضى الذين يحتاجون إلى أكثر من التخدير الموضعي. ويتعين أن يشمل ذلك الفحوصات الأساسية مثل صورة الدم الكاملة (CBC)، مستوى سكر الدم والتخثر.

3.8. يتعين تواجد عيادة للتخدير في المستشفى ويتعين أن تدار من قبل ممرض/ة وطبيب تخدير وفني تخدير.

4.8. يتعين اختيار أنواع التخدير بحيث تكون فعالة ومناسبة وتلبي الاحتياجات الخاصة وتضمن استعادة المرضى لوظائفهم الطبيعية بسرعة مع بذل أقصى الجهود لضبط الألم أو القيء أو غيرهما من الآثار الجانبية بعد العملية.

5.8. يتعين تواجد طبيب التخدير بنفسه أثناء إجراء العملية ويتعين تواجده حتى يتم خروج المريض من رعاية التخدير.

6.8. يتعين أن تكون المتابعة الفسيولوجية للمريض مناسبة لنوع التخدير واحتياجات كل مريض بما في ذلك المتابعة أو التقييم المستمر للتنفس والتأكسج وحالة القلب والأوعية الدموية ودرجة حرارة الجسم وحمل الأعصاب والعضلات ووضع المريض.

- 7.8. يتعين استخدام نموذج تخدير في السجلات الصحية لتوثيق كافة المعلومات نوع التخدير المستخدم والجرعة والتقييم والموافقة الخطية على نوع التخدير ... الخ.
- 8.8. يجب أن تكون معدات متابعة التخدير مناسبة لنوع التخدير المستخدم. ويتعين اتخاذ الاحتياطات اللازمة كذلك لتوفير مصدر مناسب للأكسجين والشفط ومعدات الإنعاش وأدوية الطوارئ.
- 9.8. يجب صيانة كافة معدات التخدير واختبارها ومعايرتها وفقاً لمواصفات الشركة المصنعة. ويتعين توثيق برنامج الصيانة الوقائية (PMP) على تلك المعدات.
- 10.8. يتعين توفير عربة الطوارئ بها عازل بلاستيك قابل للكسر ويمكن إزالته بسهولة أثناء الطوارئ. على أن يتم التأكد من توافر جميع المنتجات الدوائية اللازمة والأجهزة الخاصة بالحالات الطارئة على سبيل المثال لا الحصر أجهزة إنعاش القلب والرئتين. كما يجب الاحتفاظ بسجلات الفحص الدوري والبيانات الخاصة بمحتويات عربة الطوارئ بمكان يسهل الوصول إليه. يجب أن تكون محتويات عربة الطوارئ حسب متطلبات الجهات العالمية أو المحلية التي يتم اتباع معاييرها مثل (الجمعية الأمريكية لإنعاش القلب).
- 11.8. يجب أن تكون جميع هذه الأجهزة الطبية تتناسب مع متطلبات الجودة وسلامة المرضى العالمية حسب الجهة المصنعة
- 12.8. يتعين على المستشفى الاحتفاظ بمعدات مناسبة لدعم الحالات التي يصعب فيها إدخال أنبوب التنفس الاصطناعي.
- 13.8. عند توفير خدمات التخدير للرضع والأطفال، يجب أن يتناسب حجم المعدات والأدوية اللازمة مع الأطفال.
- 14.8. يتعين على المستشفى الالتزام بلائحة وزارة الصحة ووقاية المجتمع الخاصة بحفظ سجلات الأدوية المخدرة.
- 15.8. يتعين على المستشفى الاحتفاظ بسياسة مكتوبة بخصوص ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:
- 1.15.8. تخزين واستعمال أدوية التخدير وتسكين الألم بشكل مناسب
- 2.15.8. تسكين الألم مع حفاظ المريض على وعيه
- 3.15.8. رعاية المريض في غرفة الإنعاش
- 4.15.8. ضبط العدوى أثناء التخدير لأجهزة التخدير وعملية التخدير بأكملها
- 16.8. يتعين تطبيق إجراءات السلامة من المواد الخطرة حيوتاً.
9. خدمات الرعاية الحرجة/ العناية المركزة:

يتعين التزام خدمات الرعاية الحرجة في المستشفى بالمتطلبات التالية:

- 1.9. يتعين إدارة هذه الخدمات في المستشفى من قبل استشاري تخدير أو أخصائي رعاية حرجية، مرخص له من الجهة المعنية ويتحمل مسؤولية جودة ونطاق الخدمات التي يتم توفيرها.
- 2.9. يتعين توفير خدمات الرعاية الحرجية من قبل أخصائي على الأقل مؤهل ومدرب على توفير خدمات الرعاية الحرجية.
- 3.9. يتعين على الأطباء الذين يقدمون خدمات الرعاية الحرجية العمل ضمن نطاق مهنتهم، وأن يحمل كل منهم شهادة سارية المفعول في الدعم الأساسي للحياة أو الدعم القلبي المتقدم للحياة أو الدعم المتقدم لحياة الأطفال.
- 4.9. يتعين تواجد الأطباء لتقديم خدمات الرعاية الحرجية طوال 24 ساعة يوميًا، ويتعين على الطبيب المناوب التواجد بنفسه في المستشفى.
- 5.9. في حالة كون المريض يحتاج إلى خدمات رعاية حرجية متخصصة (مثل طب الأطفال، أو جراحة الأعصاب، أو جراحة الصدر، أو جراحة القلب)، يتعين أن يوفر خدمات الرعاية الحرجية المتكورة على الأقل استشاري تخدير أو استشاري رعاية حرجية مرخص له من الجهة المعنية ويتمتع بالكفاءة ويمتلك الخبرة اللازمة لتوفير تلك الخدمات.
- 6.9. يتعين أن يتواجد لكل سرير مشغول في وحدة الرعاية الحرجية ممرض/ة مسجل/ة (RN) واحد حاصل على التدريب المناسب ويمتلك الخبرة المناسبة لتوفير الرعاية اللازمة.
- 7.9. يتعين توافر معدات وأدوية وإمدادات خدمات الرعاية الحرجية بسهولة في الوحدة لتوفير العناية والعلاج الفوري وبأمان.
- 8.9. يتعين توفير عربة الطوارئ بها عازل بلاستيك قابل للكسر ويمكن إزالته بسهولة أثناء الطوارئ. على أن يتم التأكد من توافر جميع المنتجات الدوائية اللازمة والأجهزة الخاصة بالحالات الطارئة على سبيل المثال لا الحصر أجهزة إنعاش القلب والريثين. كما يجب الاحتفاظ بسجلات الفحص الدوري والبيانات الخاصة بمحتويات عربة الطوارئ بمكان يسهل الوصول إليه.
- 9.9. يتعين وضع وتطبيق سياسات وإجراءات خطية تُعرّف وتُصف نطاق خدمات الرعاية الحرجية وتضمن توفير الخدمات للمرضى بأمان وكفاءة. ويتعين أن تغطي هذه السياسات المجالات التالية على سبيل المثال لا الحصر:
 - 1.9.9. سياسة إدخال المرضى إلى الوحدة وخروجهم أو نقلهم منها.
 - 2.9.9. التخدير مع احتفاظ المريض بوعيه.
 - 3.9.9. جهاز تصوير الشريان التاجي.
 - 4.9.9. منظم ضربات القلب المؤقت والدائم.

- 10.9. يجب توافر ما يدل على تلقي الكادر التمريضي المتخصص في الرعاية الحرجة تدريباً مستمراً مع إدارة وتقييم الكفاءات لاتي تتوافق مع اختصاصهم والمحددة في نظام إدارة كفاءات الكوادر التمريضية المستوى الوطني أو على مستوى المستشفى (مثل الاختبارات التحريرية وحروض الدراسة المستأنفة وغيرها) وتوحيدهم.
- 11.9. يتعين استخدام غرف للعناية الحرجة لعزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء لمنع انتشار الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الهواء (مثل الحصبة والجدي المائي والدرن).
- 12.9. يمكن استخدام غرف عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء للرعاية الروتينية للمرضى (باستثناء مرضى نقص المناعة الشديدة) الذين لا تتطلب حالتهم احتياطات عزل عند توافر غرف العزل. ويتعين عدم تغير متطلبات الضغط النفاذلي عند استخدام غرف عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء للرعاية الروتينية للمرضى.
- 13.9. يتعين على العاملين بالرعاية الصحية الذين يتعاملون مع الأمراض المعدية الالتزام بمعايير ومتطلبات احتياطات مراكز التحكم في الأمراض وللوقاية منها.
- 14.9. يتعين على كافة الزوار ارتداء المعدات الوقائية الشخصية المناسبة عند الحاجة.
- 15.9. يتعين الالتزام التام بضوابط وإجراءات مناسبة للتطهير في المستشفى.
- 16.9. يتعين تعقيم غرف العزل عند خروج كل مريض منها.
- 17.9. وفقاً للتشريعات الاتحادية المتبعة، إذا اشتبه أو تأكد أي طبيب في مرض معد معين، فيتعين عليه إخطار الجهة المعنية بذلك، على أن يشمل الإخطار اسم المريض ورقم هاتفه وعنوانه
- لمزيد من المعلومات يرجى الاطلاع على القرار الوزاري بشأن تعديل جدول الأمراض السارية والقرار الوزاري 2020م بشأن تحديث جدول الأمراض السارية الواجب التبليغ عنها المرفق باللائحة التنفيذية للقانون الاتحادي في شأن مكافحة الأمراض السارية.

10. خدمات الطوارئ والجوانب:

- 1.10. نعين تواجد منطقة الطوارئ في الطابق الأرضي ويتعين أن يكون الدخول إليها سهلاً وبها العدد الكافي من المعدات والموظفين لضمان إمكانية تقييم حالة المرضى أو المصابين فوراً وعلاجهم أو نقلهم إلى أي مستشفى آخر يستطيع توفير الخدمات اللازمة طبقاً للإجراءات المتبعة لدى المستشفى.
- 2.10. يتعين أن يشرف على هذه الخدمات اختصاصي أو استشاري طب الطوارئ المؤهل والمرخص من الجهة الصحية.
- 3.10. يتحمل اختصاصي أو استشاري طب الطوارئ مسؤولية جودة ونطاق هذه الخدمات.
- 4.10. يتعين توفير خدمات الطوارئ بواسطة أطباء مؤهلين ومدربين لأداء إجراءات الطوارئ الخاصة.

- 5.10. يتعين تواجد الأطباء على مدار 24 ساعة يوميًا لتوفير خدمات الطوارئ ويتعين على الطبيب المناوب أن يتواجد بنفسه في المستشفى.
- 6.10. يتعين أن يحمل كافة الأطباء الذين يعملون في وحدة / قسم الطوارئ شهادة سارية المفعول في الدعم الأساسي للحياة أو الدعم القلبي المتقدم للحياة أو الدعم المتقدم لحياة الأطفال.
- 7.10. يتعين أن يتواجد لكل ثلاث (3) أسرة مشغولة في وحدة / قسم الطوارئ ممرض/ة مسجل/ة (RN) واحد حاصل على التدريب المناسب ويمتلك الخبرة المناسبة بالطوارئ لتوفير الرعاية اللازمة.
- 8.10. يتعين على كافة الكادر التمريضي في منطقة الطوارئ الحصول على شهادة في الدعم الأساسي للحياة أو الدعم القلبي المتقدم للحياة أو الدعم المتقدم لحياة الأطفال.
- 9.10. يتعين قيام الكادر التمريض المختص (triage nurses) بفرز المرضى لإعطاء الأولوية للمرضى الذين يحتاجون إلى عناية فورية.
- 10.10. يجب أن يحصل كافة المرضى الذين يصلون إلى وحدة/ قسم الطوارئ على رعاية عاجلة كافية لضمان استقرار حالتهم قبل نقلهم وفقًا للتشريعات المتبعة في دولة الإمارات العربية المتحدة.
- 11.10. يتعين توافر المنتجات الدوائية وأجهزة ومعدات وإمدادات الطوارئ لاستخدامها فورًا في منطقة الطوارئ لعلاج الحالات التي تكون حياة المريض فيها معرضة للخطر.
- 12.10. يتعين توافر موظفي تسجيل مدربين ومؤهلين على مدار 24 ساعة يوميًا لتوفير خدمات التسجيل الصحي في قسم الطوارئ
- 13.10. يتعين حفظ سجل لكل مريض يحصل على خدمات الطوارئ ويتعين دمج هذا السجل في السجلات الصحية للمريض، على أن يشمل هذا السجل ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:
- 1.13.10. اسم المريض.
 - 2.13.10. تاريخ، ووقت، وطريقة، وصوله.
 - 3.13.10. النتائج البدنية.
 - 4.13.10. العناية والعلاج الذي تم توفيره له.
 - 5.13.10. اسم الممارس الطبي الذي قام بعلاجه.
 - 6.13.10. خروج المريض، بما في ذلك وقت خروجه.

14.10. يتعين الحصول على موافقة المريض أو ذوي في حالة القصر أو عديمي الأهلية وتوفير تعليمات خطية للمرضى وشرح شفوي لتلك التعليمات (ما لم تكن الحالة طارئة) بما يتوافق مع السياسات والإجراءات والتشريعات ذات العلاقة.

15.10. يتعين تجهيز وحدة أو قسم الطوارئ بما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:

1.15.10. يتعين توفير عربة الطوارئ بها عازل بلاستيك قابل للكسر ويمكن إزالته بسهولة أثناء الطوارئ. على أن يتم التأكد من توافر جميع المنتجات الدوائية اللازمة والأجهزة الخاصة بالحالات الطارئة على سبيل المثال لا الحصر أجهزة إنعاش القلب والرئتين. كما يجب الاحتفاظ بسجلات الفحص الدوري والبيانات الخاصة بمحتويات عربة الطوارئ بمكان يسهل الوصول إليه.

2.15.10. حدة الإنعاش ولوحة القلب والممالك الهوائية القموية.

3.15.10. منظار الحنجرة مع الشفارات.

4.15.10. عدة التشخيص.

5.15.10. جهاز عرض صور الأشعة السينية.

6.15.10. عربة نقل المريض وبها حامل للمحاليل الوريدية.

7.15.10. كرسي متحرك لذوي الهمم.

8.15.10. جهاز الرذاذ.

9.15.10. جهاز التعقيم بالبخار.

10.15.10. جهاز للتحكم في درجة الحرارة.

11.15.10. مصابيح أرضية (إنارة محمولة للمعدات).

12.15.10. مجموعة من الأجهزة تشمل عدة الفرز وعدة التضميد وجهاز إزالة الأجسام الغريبة أو جهاز الفصص وجهاز القطع.

13.15.10. إمدادات يمكن التخلص منها وتشمل أنابيب شفط (كافة الأحجام) وأنبوب شق الرغامي (كافة الأحجام) وقسطر (بأحجام مختلفة) وأجهزة محاليل وريدية، وجهاز نقل الدم، وإبر (بأحجام مختلفة) وضادات (شاش وغيرها) وضادات رقيقة (كافة الأحجام) وجبائر (ياقات الرقبة وجبائر الأصابع) وكافة أنواع المحاليل الوريدية (ومقياس السكر ومقياس الكحول).

14.15.10. جهاز محمول لمراقبة العلامات الحيوية (جهاز المخطط الكهربائي للقلب، ومقياس الأكسج، ودرجة الحرارة وNIBP وEtCO₂).

- 15.15.10. جهاز تنفس محمول أثناء النقل مع حالات التنفس المختلفة، مثل تنفس الضغط الإيجابي المتقطع (IPPV) والتنفس الإلزامي المتقطع المتزامن (SIMV) والتنفس العفوي ودعم الضغط (PS).
- 16.15.10. جهاز شفط يحقق معايير غرفة العمليات.
- 17.15.10. نماذج طبية قانونية مثل نماذج الموافقات وغيرها.
- 16.10. يتعين على كل مستشفى يوفر خدمات الطوارئ وضع وتطبيق سياسات وإجراءات خطية مثل:
- 1.16.10. تقييم مرضى الطوارئ.
- 2.16.10. إدخال المرضى من خدمة الطوارئ إلى وحدة المرضى الداخليين.
- 3.16.10. سياسة حفظ المتعلقات الشخصية والطعام في منطقة الطوارئ.
- 4.16.10. سياسة نقل المرضى واستقبالهم من منشأة صحية أخرى
- 5.16.10. سياسة إحالة وتحويل المرضى بين المنشآت الصحية
- 11. إجراءات خروج أو تحويل المرضى:**

- التخطيط المناسب لخروج المرضى من المستشفى أهمية بالغة لصحة المرضى وسلامتهم، ويتعين أن تتهيأ عمليات خروج أو تحويل المرضى احتياجات المريض من الرعاية المستمرة
- 1.11. يتعين على المستشفى الاحتفاظ بسياسات وإجراءات خطية تنطبق بخروج أو تحويل المرضى بحيث تعكس معايير الممارسة المتعارف عليها والالتزام باللوائح المعمول بها في دولة الإمارات العربية المتحدة.
- 2.11. يتعين أن تكون حالة المريض مستقرة عند النقل.
- 3.11. يتعين تسليم كل مريض خطة مكتوبة عند خروجه من المستشفى ويشترط شرحها للمريض أو لذويه في حال لا يمكن للمريض إدراكها على أن تشمل مذكرة أدوية الخروج وتعليمات تناول الأدوية الحالية عند الخروج بالإضافة إلى شرح شفوي كافٍ لمساعدة المريض في فهم الخطة، وتوافر خدمات في العيادات الخارجية تستطيع تلبية احتياجات خروج المريض من المستشفى.
- 4.11. إذا تم تحويل المريض إلى منشأة صحية أخرى لضمان استمرار رعايته، يتعين إخطار هذه المنشأة بحالة المريض ويجب توثيق موافقتها على تحويله إليها في ملف المريض.
- 5.11. يتحمل الطبيب المعالج مسؤولية تنسيق صلية نقل المعلومات المناسبة وإشعار خروج المريض وإرفاق مذكرة أدوية الخروج لخطة الأدوية الحالية من المستشفى إلى المنشأة الأخرى في وقت مناسب.

- 6.11. يجب تقديم خطاب تحويل إلى المريض أو ممثل أسرته أو ممثل المريض. ويجب عدم إرسال المريض تحت أي ظرف من الظروف إلى أي منشأة أخرى دون موافقته.
- 7.11. يجب تحديد وسيلة النقل على أساس حالة المريض ويقرر الفريق الطبي المعالج وفريق الإسعاف من يجب عليه مراقبة المريض، مثل فني طب الطوارئ (EMT) أو طبيب مختص أو ممرض/مدرّب/على رعاية الطوارئ والرعاية الحرجة.
- 8.11. يجب على الطبيب المعالج الالتزام بالأنظمة الإدارية المعتمدة إذا قرر المريض المغادرة على خلاف نصيحة الطبيب المعالج، وعلى المريض احترام الأنظمة الإدارية وأنظمة العلاج المعتمدة داخل المنشأة الصحية.
- 9.11. في حالة خروج المولود، يجب على المستشفى إصدار بلاغ الولادة لاستخراج شهادة الميلاد.
- 12. وحدة حفظ الجثث**

- 1.12. يتعين على كل مستشفى به أكثر من خمسة ومشرين (25) سريراً أن يوفر وحدة حفظ جثث داخل مقر المستشفى. ونسبة الأماكن المخصصة للجثث إلى سعة المستشفى هي 1: 25.
- 2.12. يتعين على المستشفى تعيين كادر إداري مدرب لإدارة كافة العمليات المتعلقة بوحدة حفظ الجثث
- 3.12. يجب تشغيل معدات وحدة حفظ الجثث وصيانتها وفقاً لمواصفات الشركة المصنعة ويتعين أن تلتزم بالمتطلبات الخاصة بالمعدات الطبية في هذا القرار.
- 4.12. يتعين الحفاظ على درجة حرارة ثلاجة وحدة حفظ الجثث عند مستوى يتراوح بين 2 درجة مئوية و 6 درجة مئوية ويجب مراقبة عدادات درجة الحرارة وتسجيلها يوميا في سجل خاص يحفظ قرب الثلاجة؛ ويتعين على الوحدة حفظ السجلات لمدة (25) سنة على الأقل. وفي حالة اختلاف درجة الحرارة يتعين الاتصال بمهندس / اسم الطب الحيوي.
- 5.12. يتعين الحفاظ على نظافة وحدة حفظ الجثث وتعقيمها بصفة يومية ويتعين توافر سياسة للتحكم في العدوى وتطبيقها في منطقة حفظ الجثث.
- 6.12. يتعين على المستشفى إعطاء الأولوية الأولى لأسرة المريض وأقاربه عند وفاته.
- 7.12. يتعين أن يتوفر بالمستشفى نظام لضمان التعامل مع جثث المتوفين من المرضى بإجراءات تحافظ على كرامة المتوفى.
- 8.12. يتعين على المستشفى الاحتفاظ بسياسة للتعامل مع أعضاء الجسم المبتورة تضمن إدارتها والتخلص منها بشكل مناسب.

- 9.12. يتعين تواجده سياسة وإجراء خطي لإدارة ورعاية المرضى الذين يعانون من أمراض في أطرافهم، بما يتفق مع اللوائح الاتحادية والمحلية.
- 10.12. يتعين احترام ومراعاة رغبات أسرة المريض بشكل تام عند وفاته.
- 11.12. يقدم ضابط العلاقات العامة أو موظف خدمة العملاء طلبات الأقارب والأصدقاء لمشاهدة المتوفى، أو يتم تقديم تلك الطلبات في وحدة حفظ الجثث.
- 12.12. يتعين على أسرة المتوفى القيام بالترتيبات اللازمة مع وحدة حفظ الجثث لنقل المتوفى من وحدة حفظ جثث المستشفى.
- 13.12. تتحمل خدمات وحدة حفظ الجثث في المستشفى مسؤولية الإشراف على نقل المرضى المتوفين من الأجنحة / الأقسام. ويحتفظ المستشفى بسجلات المرضى المتوفين.
- 14.12. يتعين معاملة كافة الجثث باعتبارها معدية. ويتعين اتخاذ إجراءات صارمة لمنع العدوى أثناء التعامل مع الجثث. ويجب تنظيف الجثث ولفها أو وضعها في كيس وحدة حفظ الجثث عند الضرورة.
- 15.12. يتم نقل المرضى المتوفين المصابين بأمراض معدية وفقاً للمادة 18 من القانون الاتحادي رقم 14 لسنة 2014 بشأن مكافحة الأمراض السارية. لمزيد من المعلومات عن الأمراض السارية يرجى الاطلاع على القرار الوزاري رقم (232) لسنة 2020م بشأن تعديل جدول الأمراض السارية والقرار الوزاري رقم (242) لسنة 2020م بشأن تحديث جدول الأمراض السارية الواجب التبليغ عنها المرفق باللائحة التنفيذية للقانون الاتحادي رقم (14) لسنة 2014 في شأن مكافحة الأمراض السارية.
- 16.12. يتعين إزالة كافة الأجهزة الطبية قبل وضع الجثة في وحدة حفظ الجثث.
- 17.12. لا يجب الاحتفاظ بالجثث ورفض تسليمها لإتمام إجراءات دفنها أو نقلها إلى الخارج بسبب عدم مصادم المبالغ المتعلقة بعلاج المتوفى.

القسم الثاني: خدمات التشخيص:

1. المختبر الإكلينيكي:

- 1.1. التزاماً بمتطلبات جهات اعتماد المختبرات الإكلينيكية المختصة، يتعين على المنشأة توفير أرقى مستوى من جودة الخدمات بالالتزام بالمعايير الإدارية والفنية.
- 2.1. يتعين على المختبر الحصول على اعتماد دولي بما يتوافق مع القرار الوزاري رقم 164 لسنة 2021 في شأن حصول المختبرات الطبية على شهادة الاعتماد الصحي الدولي، وكما تحدده الجهات الصحية وفي حال تعهيد الخدمات

المختبرية لمختبر خارجي، يجب الحرص على التزامه بمتطلبات الاعتماد الدولي المحددة في القرار الوزاري 164 لسنة 2021 وما تحدده الجهة الصحية

3.1. يتعين على كل مستشفى توفير خدمات المختبر الإكلينيكي ويجوز توفير هذه الخدمات داخل مقر المستشفى أو من خلال اتفاق تعاقدي مع مختبر مستقل مؤهل لطبية احتياجات المرضى.

4.1. يتعين على المستشفى امتلاك خدمة مختبر الطوارئ ويمكن الوصول إليها بشكل مباشر، تشمل تحليل البول وتحليل كامل للدم وتحديد فصيلة الدم ومقارنة تلام الدم. ويتعين توفير ثلاثة كافيية لحفظ الدم بها مقياس لدرجة الحرارة وغيرها من الأدوات اللازمة لمختبر الطوارئ.

5.1. يتعين أن يخضع المختبر الإكلينيكي لإشراف استشاري أو أخصائي متمرس في علم الأمراض بدوام كامل مرخص له من الجهة المعنية.

6.1. يتعين التزام تصميم المختبر الإكلينيكي والمهنيين بمعايير ترخيص المختبرات السريرية وفقا للجهة الصحية المانحة للترخيص واللوائح المنظمة لها.

2. التصوير الطبي:

1.2. يتعين على كل مستشفى توفير خدمات التصوير الطبي لطبية احتياجات المرضى ويجوز أن تشمل هذه الخدمات الأشعة التقليدية (التصوير الشعاعي العام) وخدمات الموجات فوق الصوتية وخدمات الأشعة المقطعية بالحاسوب.

2.2. يجوز توفير خدمات أخرى في مقر المستشفى أو بواسطة مورد خارجي وفق اتفاق خطي، وفي حال تهديد هذه الخدمات إلى موردين من الخارج يجب تلبية معايير الجهات الصحية المختصة والمتطلبات الصحية للجهات المختصة.

3.2. يجب على المستشفى أن يضمن وجود إجراء لتحديد ما إذا كانت التعرضات الطبية مبررة

4.2. يتعين على طبيب الأشعة تبرير التعرض الطبي للمريض بالتشاور مع الطبيب المحول حسبما هو مناسب، وباعتبار التالي:

1.4.2. أن يأخذ في اعتباره الإرشادات المحلية أو الدولية ذات صلة عند تبرير تعرض مريض لإشعاع لأغراض تشخيصية أو لأغراض التصوير التداخلي الموجه أو لأغراض علاجية.

2.4.2. يجب على المنشأة وفي حال وجود أدلة إرشادية وطنية لإحالة المريض للتصوير التشخيصي متابعة التزام الأطباء بهذه الإرشادات.

5.2. يتعين أن تخضع خدمات التصوير الطبي في المستشفى لإشراف استشاري أو أخصائي أشعة مرخص له ومتمرس ويتحمل مسؤولية جودة خدمات التصوير الطبي التي يتم توفيرها في المستشفى ونطاق تلك الخدمات. ويتعين على إدارة المستشفى التأكد من توفير خدمات التصوير الطبي لما يلي:

1.5.2. مراجعة وتفسير كافة صور الأشعة بواسطة أخصائي أشعة مرخص له. ويتعين حفظ تقارير كاملة لنتائج فحوصات الأشعة والجراجات الإشعاعية في الملفات أو نظام حفظ الصور إذا كان النظام رقميًا لمدة لا تقل عن 25 سنة حفظ صورة منها في سجل المريض.

2.5.2. ضمان توفير وحدة متحركة للتصوير الشعاعي في مقر المستشفى في قسم الطوارئ.

3.5.2. تقييم وتحسين خدمات التصوير الطبي في المستشفى من جانب لجنة أو فريق الوقاية من الإشعاع.

4.5.2. التزام خدمات التصوير الطبي بقوانين ولوائح الهيئة الاتحادية للرقابة النووية بخصوص استخدام المصادر الإشعاعية. وللإطلاع على مزيد من المعلومات عن لوائح الهيئة ومتطلباتها يرجى زيارة موقع الهيئة (www.fanr.gov.ae).

6.2. يتعين الالتزام بكافة معايير ترخيص خدمات التصوير الطبي واللوائح المنظمة لها. وللإطلاع على مزيد من المعلومات بخصوص تلك المعايير يرجى زيارة مواقع الجهات الصحية المختصة.

3. بنك الدم:

1.3. يتعين على بنوك الدم التي تعمل داخل المستشفيات الحكومية والخاصة الالتزام بنظام نقل الدم في دولة الإمارات والصادر عن مجلس الوزراء الإماراتي رقم 28 لسنة 2008.

تتويه: للإطلاع على مزيد من المعلومات برجاء الإطلاع على ما يلي:

1.1.3. قرار مجلس الوزراء رقم 28 لسنة 2008 بشأن نظام نقل الدم في الإمارات العربية المتحدة. الرجاء زيارة مواقع الجهات الصحية المختصة

2.1.3. الملحق 7 لمعرفة معايير مراكز للتبرع بالدم وبنوك الدم.

2.3. يتعين على بنوك الدم التي تعمل داخل المستشفيات الحكومية والخاصة الالتزام بقرار مجلس الوزراء المحدث وقوانين الهيئة الاتحادية للرقابة النووية فيما يخص مصادر الأشعة

3.3. يتعين على بنوك الدم التي تعمل داخل المستشفيات الحكومية والخاصة المشاركة في برنامج External Quality Assurance program لضمان صحة نتائج فحوصات زمر الدم، وتطابقه وفحص الأجسام المضادة لخلايا الدم الحمراء.

4.3. يتعين على بنوك الدم الحصول على اعتماد دولي بما يتوافق مع القرار الوزاري رقم 164 لسنة 2021 في شأن حصول المختبرات الطبية على شهادة الاعتماد الصحي الدولي، والمتطلبات التي تحددها الجهة الصحية.

5.3. يتعين على بنوك الدم التي تعمل داخل المستشفيات الحكومية والخاصة توفير إحصائيات بنوك الدم للجهات الرسمية بشكل دوري وبحسب متطلبات الجهة الرسمية الطالبة لهذه الإحصائيات

6.3. خدمات نقل الدم

1.6.3. اختبار الدم قبل النقل

1.1.6.3. يتم اختبار دم المتلقي ودم المتبرع بأمصال تصنيف فعالة وخلايا متفاعلة بدرجة كافية من نوع تم التحقق من كفاءته السريرية وذلك لتحديد فصيلة الدم الصحيحة والعامل الريسوز.

2.1.6.3. تؤكد خدمة نقل الدم من خلال تنفيذ اختبار التوافق على ما يلي طبقاً لإجراءات العمل القياسية الموثقة:

1.2.1.6.3. فصيلة الدم لكافة وحدات الدم الكامل ومكونات خلايا الدم الحمراء (ملاحظة: يجب أن يحدد

المختبر فصيلة الدم بواسطة الاختبار المتزامن لخلايا دم حمراء مجهولة على الأقل بكاشفات تصنيف الدم مضاد-أ ومضاد-ب. ولتأكيد فصيلة الدم، يجب اختبار المصل المجهول بخلايا دم حمراء معروفة أ وب).

2.2.1.6.3. تسمية العامل الريسوز للوحدات كعامل ريسوز سالب (ملاحظة: يجب أن يحدد المختبر

تصنيف D [Rho] باختبار خلايا دم حمراء مجهولة بكاشفات تصنيف مضاد -D (مضاد Rho)

3.2.1.6.3. فصيلة دم ABO والعامل الريسوز للمتلقي.

4.2.1.6.3. يتوجب إجراء فحص فصيلة الدم بنظام ABO & Rh على وحدات الدم المستلمة من مراكز التبرع بالدم.

5.2.1.6.3. يتم اتباع تعليمات الشركة الصانعة لتصنيف الدم إذا لزم.

2.6.3. للتأكد من فصيلة الدم (ABO) وكاشفات العامل الريسوز

1.2.6.3. هناك معايير محددة لتحديد فعالية وكفاءة الخلايا والأمصال والأمصال المضادة والكاشفات المستخدمة في تصنيف فصائل الدم، وأيضاً سياسات وإجراءات تصنيف عامل الريسوز والكشف عن الجسيمات المضادة بالمختبر.

1.1.2.6.3. يجب أن تكون الأمصال المستخدمة ذات فعالية معروفة تفي بالمواصفات المطلوبة وفقاً للممارسات العالمية

2.1.2.6.3. يحدد المختبر كتابة إجراءات لاختبارات النشاط والفاعلية أو مراقبة الجودة.

3.1.2.6.3. يتم اختبار وتوثيق كل قارورة أمصال مضادة أو خلايا متفاعلة أو كاشفات لتحديد درجة فعاليتها في كل يوم تستخدم فيه وعند أول استخدام لأي دفعة جديدة من الكاشفات.

4.1.2.6.3. على المختبر التأكد من أن كل كاشف مستخدم يتفاعل بالطريقة المتوقعة من حيث الحساسية والدقة قبل استخدام تلك الكواشف في الفحص.

- 5.1.2.6.3. يتم توثيق كافة نتائج فعالية وموثوقية كافة الكواشف المستخدمة في تصنيف فصائل الدم وتصنيف العامل الريسوز واكتشاف الجسيمات المضادة.
- 2.2.6.3. ينفذ المختبر الإجراءات التالية قبل نقل الدم:
- 1.2.2.6.3. تأكيد خبير فني من قسم بنك الدم أن كل معلومات التعريف الخاصة بطلب نقل الدم تطابق تلك المدونة على أنبوب العينة قبل إجراء اختبار التوافق.
- 2.2.2.6.3. تأكيد فرد خبير بطاقت العمل أن تصنيف فصيلة الدم ABO والعامل الريسوز تم إجراؤه لكافة الوحدات المراد استخدامها في نقل الدم ومكوناته.
- 3.2.2.6.3. تشمل الاختبارات التي تجري على دم المتلقي ما يلي:
- 1.3.2.2.6.3. فصيلة الدم والعامل الريسوز
- 2.3.2.2.6.3. فحص الكشف عن الأجسام المضادة وغير المتوقعة لكريات الدم الحمراء.
- 3.3.2.2.6.3. اختبار توافق رئيسي بين الخلايا الحمراء للمتبرع ومصل المتلقي.
- 4.2.2.6.3. عند طلب الجلوبيولين المناعي، يجب أن يكون نظام الاختبار المتبع كافياً لاكتشاف الجلوبيولين المناعي الهجومي المتصل بخلايا الدم الحمراء وملحقاته.
- 5.2.2.6.3. عندما يكون اكتشاف الجسيمات المضادة غير المتوقعة سلبياً، يلزم إجراء اختبار مصلي للكشف عن عدم توافق فصيلة الدم أو تأكيد الكروني لوجود توافق.
- 6.2.2.6.3. يحتفظ المختبر بملف للمرضى الذين سبق اختبارهم. وقبل إخراج أي وحدة من دم كامل أو مكونات خلايا دم حمراء بهدف نقل الدم، يتم مقارنة النتائج المتحصلة حالياً بأي سجلات سابقة للمريض كإجراء مراقبة للعملية بغرض الكشف عن أي خطأ محتمل. وتشمل تلك المقارنة ما يلي:
- 1.6.2.2.6.3. مقارنة تصنيف فصيلة الدم والعامل الريسوز خلال الشهرين السابقين،
- 2.6.2.2.6.3. مقارنة نتائج المرضى الذين تعرضوا لمشاكل سابقة في مناعة الدم أو نقل الدم خلال السنوات الخمس الماضية،
- 3.6.2.2.6.3. استقصاء المختبر وتوصله إلى الاختلافات بين كافة الحالات التي لا يتفق فيها تصنيف فصيلة الدم والعامل الريسوز مع السجل التاريخي للمريض.
- 7.2.2.6.3. عندما يجري المختبر اختبار التوافق بالجهاز المخبري:
- 1.7.2.2.6.3. يتم التحقق من صحة الجهاز المخبري والعملية بالمختبر.

- 2.7.2.2.6.3. يتم التأكد من فصيلة الدم بالاختبار المتكرر لنفس العينة أو عينة مختلفة أو بإجراء مسح تاريخي لسجلات المختبر
- 3.7.2.2.6.3. يتوفر للنظام الإلكتروني ببك الدم بالمختبر تسجيل لرقم وحدة المنح وتصنيف المكونات وتصنيف فصيلة الدم والعامل الريسوز للمكون، ونتائج اختبار التحقق من فصيلة الدم، وتصنيف فصيلة الدم والعامل الريسوز للمتلقي
- 4.7.2.2.6.3. إذا لم يتم المختبر بعمل توافقي مصلي، يتم التحقق من بيانات الجهاز المخبري باعتبارها صحيحة قبل صرف الدم أو مكوناته، ويحتوي الجهاز المخبري على إجراء منطقي لتبني المختبر بأية اختلافات.
- 3.6.3. اختيار الدم والمكونات اللازمة لنقل الدم
- 1.3.6.3. عند اختيار الدم ومكونات الدم لنقل الدم، يجب أن تشمل الإجراءات والممارسات ما يلي:
- 1.1.3.6.3. يتم إعطاء دم كامل أو مكونات خلايا حمراء خاصة بفصيلة الدم للمتلقين
- 2.1.3.6.3. يتم إعطاء دم كامل أو خلايا دم حمراء ذات عامل ريسوز سالب للمتلقين ذوي العامل الريسوز السالب فيما عدا الحالات غير العادية التي لا يتوفر فيها الدم ذي العامل الريسوز السالب ويقر الطبيب المعالج إعطاء دم ذي عامل ريسوز موجب للمتلقي.
- 3.1.3.6.3. عند نقل الدم من مريض لديهم عدد كاف من الجسيمات المضادة بالخلايا الحمراء أو مكونات أخرى تؤثر على مناعة الدم، يجب استخدام مكونات يتم تحضيرها بشكل جيد قبل نقل الدم.
- 4.1.3.6.3. على المختبر ضمان توافق كافة الجسيمات المضادة بالبلازما مع الخلايا الحمراء.
- 5.1.3.6.3. يجب أن تكون الخلايا الحمراء الموجودة في مكونات الخلايا المحببة متوافقة من حيث فصيلة الدم مع بلازما المتلقي وأن تكون البلازما المتجمدة الطازجة في فصيلة الدم متوافقة مع الخلايا الحمراء للمتلقي.
- 2.3.6.3. تتناول السياسات والإجراءات المتبعة كيفية تدبير مواقف مهددة للحياة (مثلا استخدام دم غير متوافق أو عمل اختبارات ناقصة). وفي مثل تلك المواقف، على الممارس المسؤول عن المريض تحديد احتياج المريض إلى تجاوز الخطوات العادية وتوثيق ذلك بتوقيعه عليه.

4.6.3. توفير الدم ونقل الدم

- 1.4.6.3. يلزم اتباع إجراءات مكتوبة بالنسبة لعملية صرف أو تسليم الدم من بنك الدم أو منطقة تخزين الدم بواسطة تعريف المريض وكيفية نقل الدم ومراقبة المريض، والاستجابة إلى علامات ردود الفعل المحتملة لنقل الدم.
- 2.4.6.3. هناك عملية محددة لفحص الدم الخارج من بنك الدم قبل القيام بنقل الدم. وتشمل عملية تعريف وحدة الدم التي تم توافيقها مع مريض معين، والتأكد من أنه المتلقي الصحيح لها، ما يلي:
- 1.2.4.6.3. التأكد من إجراء وتوثيق تحديد فصيلة الدم لكل من المتبرع والمتلقي قبل صرف الدم.
- 2.2.4.6.3. التثبيت المحكم لملصق ورق تثبت التوافق على الوحدة قبل صرف الدم. ويجب أن يبقى الملصق مثبت على الوحدة حتى تكتمل عملية نقل الدم. ويوثق الملصق بالبيانات التالية:
- 1.2.2.4.6.3. معرفين للمتلقي
- 2.2.2.4.6.3. بيان اختبارات التوافق
- 3.2.2.4.6.3. رقم وحدة المتبرع
- 3.4.6.3. قبل صرف الدم مباشرة، يتم فحص الدم ومكوناته بحثاً عن أي دليل على انحلال الدم أو أي تلوث بكتيري محتمل، أو أي شذوذ آخر يمكن اكتشافه بصرياً، ويتم توثيق هذا الفحص.
- 4.4.6.3. يتم تحديد سياسات وإجراءات معينة قبل وأثناء نقل الدم كتابة بشكل واضح.
- 1.4.4.6.3. تشمل العمليات، التي تتم قبل نقل الدم، ما يلي:
- 1.1.4.4.6.3. وصف دقيق خطوة بخطوة لكيفية إجراء وتوثيق تعريف المتلقي ووحدة الدم بجوار سرير المريض
- 2.1.4.4.6.3. المطالبة، إذا لزم الأمر، بقيام شخصين بعملية التعريف
- 3.1.4.4.6.3. تحديد المدة الزمنية منذ وقت صرف الدم حتى اكتمال عملية نقل الدم.
- 2.4.4.6.3. تشمل العملية المستخدمة أثناء نقل الدم على ما يلي:
- 1.2.4.4.6.3. طلب إجراء نقل الدم تحت إشراف وتوجيه طبي.
- 2.2.4.4.6.3. تعليمات استخدام أدوات الحقن والأجهزة المساعدة، مثل تدفئة الدم وأدوات استرداد الخلايا (ملاحظة: تتم تدفئة الدم بنظام معتمد مزود بصوت تنبيه لتعبية المستخدم عندما ترتفع درجة الحرارة عن الحدود المقبولة).
- 3.2.4.4.6.3. التعليمات الدالة عموماً على ضرورة إضافة كلوريد صوديوم بتركيز 0.9% إلى الدم أو مكونات الدم، ما لم يتم اعتماد إضافة أدوية معينة إلى الدم، أو توجد سجلات متاحة تدل على أن إضافة الدواء عملية آمنة ولا تؤثر سلباً على مكونات الدم.

4.2.4.4.6.3. الترتيب المناسب على كافة جوانب عملية نقل الدم لأفراد طاقم العمل الذين ينقلون الدم إلى

المرضى

5.2.4.4.6.3. توثيق ما يلي، على الأقل، بالسجل المرضي أو الصحي للمريض:

1.5.2.4.4.6.3. اسم القائم بنقل الدم

2.5.2.4.4.6.3. وقت نقل الدم

3.5.2.4.4.6.3. تصنيف ورقم وحدة مكون الدم الذي يتم نقله

4.5.2.4.4.6.3. دليل ونتائج مراقبة المريض

5.5.2.4.4.6.3. أي تأثيرات عكسية على عملية نقل الدم

5.6.3. تمييز ردود الفعل المتوقعة لنقل الدم

1.5.6.3. يتم تعريف وتنفيذ ما يلي:

1.1.5.6.3. يتم ترتيب أفراد طاقم تنفيذ عمليات نقل الدم على تمييز أعراض أي رد فعل محتمل لنقل الدم.

2.1.5.6.3. يتم تحديد وتوضيح معايير التمييز والاستجابة إلى ردود الفعل هذه.

3.1.5.6.3. يتوفر لأفراد الطاقم خطة عمل مكتوبة لتنفيذها في حالة أي رد فعل محتمل، وعليهم الإبلاغ على

الفور عن أي من ردود الفعل هذه إلى خدمات نقل الدم والطبيب المسؤول عن المريض.

4.1.5.6.3. عندما تدل الأعراض على رد فعل مباشر ممكن لنقل الدم، يتم إيقاف نقل الدم فورًا ويبحث أسباب

ذلك.

5.1.5.6.3. لمدير المستشفى الحق في التدخل في الوقت المناسب لمناقشة حالة المريض أثناء إجراء البحث

المذكور أعلاه.

6.1.5.6.3. يقوم المختبر بسرعة ببحث سبب رد الفعل المعاكس، باستخدام بروتوكول محدد يشمل تحديد ما

إذا كان قد حدث رد فعل انحلائي دموي أم لا.

7.1.5.6.3. يشمل فحص رد الفعل المشتبه فيه تقييم كل ما يلي:

1.7.1.5.6.3. تعريف ملصقات تسمية المريض ووحدة الدم للتأكد من أن الوحدة الصحيحة تم إعطاؤها

للمريض الذي تم التوافق له.

2.7.1.5.6.3. تواجد كل الملفات بجوار سرير المريض وفي المختبر للبحث عن أي أخطاء ممكنة في

تعريف المريض أو وحدة الدم.

3.7.1.5.6.3. البحث البصري لمصل أو بلازما المتلقي بعد حدوث رد الفعل، بهدف التأكد من وجود

انحلال الدم من عدمه. ويتم مقارنة هذه العينة بعينة ما قبل رد الفعل من نفس المتلقي، لو أمكن.

4.7.1.5.6.3. يتم إجراء اختبار مباشر للغلوبينات المضادة على عينة دم ما بعد رد الفعل للمتلقي.

5.7.1.5.6.3. يتوفر للمختبر معايير لتحديد الظروف التي تتطلب المزيد من الاختبارات، وماهية تلك الاختبارات.

8.1.5.6.3. يقوم المدير الطبي لبنك الدم بتفسير نتائج الاختبار المطلوبة كجزء من بروتوكول رد الفعل المعاكس، ويعتبر هذا التفسير جزءاً دائماً من السجل السريري للمتلقي.

9.1.5.6.3. يشترك المدير اشتراكاً فعالاً عندما يدل فحص رد الفعل لنقل الدم على وجود خطأ في النظام، مثل الحقن الخطأ لأحد مكونات الدم.

10.1.5.6.3. يتم تخزين عينات الدم المأخوذة من المتبرع والمتلقي لإعادة اختبارها في حالة ظهور أمراض لرد فعل مشتبه فيه لنقل الدم خلال مدة 7 أيام على الأقل بعد نقل الدم.

11.1.5.6.3. على المستشفى إبلاغ مركز التبرع بالدم المسؤول عن جمع وفحص وصرف الدم ومكوناته إلى المستشفيات عن الأعراض الجانبية التي يمكن أن تظهر على المريض متلقي الدم وهذه المضاعفات قد تشمل ردود فعل بسيطة إلى خطيرة وقد تشمل انتقال عدوى للمريض وكل ما سبق يتطلب من مركز التبرع بالدم المسؤول إجراء تحقيق ومراجعة المعلومات الخاصة بالوحدات وإعادة فحص المتبرعين بالدم في بعض الحالات وفقاً لبروتوكول عمل موثق وفقاً لأفضل الممارسات العالمية.

2.5.6.3. يتم اتباع وتوثيق كافة الخطوات المذكورة في هذه العملية.

6.6.3. متطلبات تسجيل بيانات متبرعي الدم وخدمات نقل الدم

1.6.6.3. يتم حفظ السجلات التخصصية التالية لمدة 25 سنوات على الأقل.

2.6.6.3. يقوم المختبر بتسجيل أداء كل خطوة هامة في جميع ومعالجة واختبار توافق وتخزين وتوزيع وصرف ونقل كل وحدة دم ومكونات الدم.

3.6.6.3. تحدد السجلات الشخص القائم بالعمل، وتاريخ كل قيد بسجل، ونتائج الاختبار وتفسير النتائج، وتاريخ انتهاء صلاحية كل منتج.

4.6.6.3. يتم تدوين كافة التفاصيل بالسجلات لإكمال تاريخ العمل الذي تم.

5.6.6.3. تكون كل السجلات واضحة، ومقروءة، ودائمة.

6.6.6.3. تشمل سجلات مركز متبرع الدم على ما يلي:

- 1.6.6.6.3. معلومات عن كافة المبرعين.
- 2.6.6.6.3. كافة نتائج اختبارات الدم، وتشمل النتائج الخاصة بالأمراض المنقولة خلال عملية نقل الدم
- 3.6.6.6.3. يتم تنفيذ كافة الاختبارات بأعلى جودة ممكنة
- 4.6.6.6.3. كافة سجلات درجة حرارة وحدات تخزين الدم والمرافق الموجودة بها
- 5.6.6.6.3. التحقق من سلامة التعامل مع كافة مكونات الدم المأخوذة، بما في ذلك طريقة تدمير أو نقل الوحدات غير المناسبة لنقل الدم.
- 7.6.6.3. تشمل سجلات الجهة القائمة بنقل الدم على ما يلي:
 - 1.7.6.6.3. كافة نتائج اختبارات الدم.
 - 2.7.6.6.3. نتائج تنفيذ كافة الاختبارات بأعلى جودة ممكنة.
 - 3.7.6.6.3. سجلات الدم ومكونات المستلمة من جهة أخرى.
 - 4.7.6.6.3. كافة سجلات درجة حرارة وحدات تخزين الدم والمرافق الموجودة بها.
 - 5.7.6.6.3. معلومات عن كافة خطوات صرف كافة كميات الدم ومكوناته.
 - 6.7.6.6.3. معلومات عن نقل الدم، وتشمل أي رد فعل مقترن بنقل الدم، ونتائج تشخيص ردود الفعل تجاه نقل الدم، وتفسير الطبيب المعالج والمدير الطبي لبنك الدم للتشخيص.
 - 7.7.6.6.3. التحقق من سلامة التعامل مع كافة مكونات الدم المأخوذة، بما في ذلك طريقة إتلاف أو نقل الوحدات غير المناسبة لنقل الدم.
 - 8.7.6.6.3. استيراد وتصدير الدم ومكونات الدم والخلايا البشرية
- 8.6.6.3. يحظر استيراد أو تصدير الدم أو مكونات الدم أو البلازما ذات المصدر البشري، من كافة موانئ ومطارات الدولة، بدون إذن مسبق من وزارة الصحة ووقاية المجتمع.

القسم الثالث: الخدمات المساندة

1. خدمات التغذية

- 1.1. يجب الالتزام بتلبية معايير السلامة الغذائية ذات الصلة بمراحل تداول الأغذية والعمليات الغذائية في مطبخ المستشفى والمرافق التابعة له بالإضافة إلى متطلبات متداولي الأغذية (Food Handlers)، سواء تم تقديم تلك الخدمات في مرافق المستشفى أو بواسطة مورد من الخارج وفق اتفاق خطي يضمن التأكد من استيفاء معايير السلامة الغذائية على طول مراحل السلسلة الغذائية وضمان تقديم أغذية صحية وآمنة.

2.1. يجب أن يقوم بالإشراف على هذه الخدمة تقني تغذية سريرية متمرس ومؤهل، ومرخص من الجهات الصحية المختصة، يجب على أخصائي التغذية تحمل المسؤوليات التالية على سبيل المثال لا الحصر:

1.2.1. تقديم الاستشارة وزيارة المريض

2.2.1. فحص وتقييم وإعادة تقييم نظام التغذية.

3.2.1. تطوير خطة العناية بالتغذية.

4.2.1. مراعاة "التفاعلات بين الأطعمة والمنتجات الدوائية" للأطباء وثوثيقها في السجل الصحي للمريض.

5.2.1. تقديم توصيات خاصة باحتياجات النظام الغذائي للمريض.

6.2.1. المتابعة مع فريق رعاية المريض عند تسجيل أي اضطرابات أثناء الفحص.

7.2.1. متابعة حالات منع المريض من تناول أي أطعمة بواسطة الفم (NPO).

8.2.1. توعية المرضى وعائلاتهم بالإضافة إلى الأعضاء الآخرين بفريق الرعاية الصحية.

9.2.1. إعداد قوائم الأطعمة.

10.2.1. تقييم وثوثيق الأغذية التي يتناولها المريض عند خضوع المريض لنظام غذائي متخصص.

3.1. يجب توفير برامج للقضاء على الحشرات

لضمان مراعاة متطلبات السلامة الغذائية المتعلقة بمزاولة الأنشطة الغذائية في المستشفيات، يرجى الرجوع إلى القانون

الاتحادي رقم (10) لسنة 2015 بشأن سلامة الغذاء

2. خدمات المفصلة:

1.2. يجب على المستشفى تقديم خدمات المفصلة سواء داخل مبنى المستشفى أو بواسطة مزود من الخارج وفق اتفاق خطي. في حال تقديم الخدمة داخل المستشفى، يجب توفير كامل المعدات المناسبة المستخدمة في تنظيف، وغسل الملابس والمفروشات والأغطية.

2.2. توفير منطقة منفصلة تماماً للملاءات غير النظيفة عن الملاءات النظيفة ويجب أن تحتوي غرفه الملاءات غير النظيفة على مغسلة لغسل اليدين

3.2. يجب العناية بتهوية وتجديد الهواء بمنطقة خدمات المفصلة بنحو 10 مرات على الأقل في الساعة وفق متطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التبريد والتدفئة وتكييف الهواء (ASHRAE). يجب الاحتفاظ بضغط موجب بشكل يتناسب مع المناطق المجاورة. يجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام معالجة الهواء، مع تقديم المعدات اللازمة للصيانة، في المنطقة التي يتم تقديم الخدمات فيها.

4.2. توفير عربات مخصصة مغلقة لنقل الملاءات غير النظيفة وعربات مغلقة أخرى لنقل الملاءات النظيفة، ويجب أن يقوم قسم الغسيل بتعقيم دوري للعربات.

3. الخدمات المتعلقة بالنظافة:

1.3. يجب تقديم مصدر نظيف ونقي للمياه في المستشفى، والاهتمام بصيانة وتنظيف وإحكام غلق خزانات المياه ويجب القيام بفحص لقياس جودة المياه بالخزانات بشكل دوري (الكيميائي وبكتيريا)

2.3. يجب توفير دورات مياه نظيفة لمرضى العيادات الخارجية بالمستشفى (دورات منفصلة للرجال والسيدات)، على أن تتضمن كل دورة مياه على الأقل حوض واحد للاغتسال، وصابون والمناديل ذات الاستخدام الواحد. كما يجب الاحتفاظ بنظافة المراحيض الخاصة بجميع العاملين والمرضى. مع مراعاة نظام صرف المياه والمجاري للمعايير الصحية.

3.3. ينبغي توفير حصول اليدين في المراحيض وغرف المرضى وجميع المغاسل في المنشأة الصحية.

4.3. يجب توصيل نظام الصرف والمجاري بالمستشفى بنظام صرف عام يتوافق مع لوائح الجهات الصحية المختصة.

4. الخدمات الخارجية

1.4. يجب التعامل مع مورد الخدمات الخارجية بشكل فعال في سبيل تقديم خدمات بجودة عالية ورعاية آمنة. تتعاقد العديد من المنشآت الصحية مع متعاقد من الخارج أو مورد خدمات بهدف تقديم خدمات محددة ضرورية في التشغيل المستمر لأقسام المؤسسة التي تشمل قسم الأشعة والمختبر وأقسام علاج الأورام وعلم الأمراض والخدمات الصحية المصاحبة وتحويل المرضى وخدمات المغسلة والتغذية والتنظيف، والصيانة، والأمن، والتعليم.

2.4. بينما يعد اتفاق أو عقد الخدمة من الأمور المهمة لكل من المنشأة الطبية ومزود الخدمة، لضمان تقديم خدمات ذات جودة، يجب أن تظل المسؤولية الأساسية لتحقيق الجودة في جانب المنشأة الطبية الرئيسية. ويجب على المنشأة الطبية أن تحدد في اتفاقات أو عقود، نوع الخدمات ومستوى الخدمة المتوقعة، وتقديم دليل على الالتزام باللوائح أو المعايير الصناعية للخدمة، مثل التوافق مع المعايير الخاصة بخدمات المغسلة أو الأطعمة من السلطات المختصة

القسم الرابع: السلامة

1. سلامة المرضى:

1.1. يجب على المستشفى تطوير نظام خاص لتقليل الأضرار التي تواجه المرضى وطواقم العمل ومنع الأخطاء الطبية، وتحديد الأسباب الأكثر شيوعاً التي تتسبب في حدوث أضرار بالنظام الصحي من قبل منظمة الصحة العالمية الخاصة بحلول سلامة المرضى،

- 2.1. يجب على المستشفى تقديم دليل يوضح تطوير وتنفيذ الحلول الخاصة بسلامة المرضى وتعميمها.
- 3.1. اعتمدت لجنة التوجيه الدولية (9) تسع حلول تم تعميمها. فيما يلي الحلول الخاصة بسلامة المرضى:
 - 1.3.1. أسماء الأدوية المتشابهة بالشكل والتسمية.
 - 2.3.1. تعيين هوية المريض بشكل صحيح
 - 3.3.1. التواصل الفعال أثناء عمليات نقل المريض بخصوص التعليمات الطبية الشفهية /الهاثية بين مقدمي الرعاية الصحية
 - 4.3.1. تنفيذ الإجراء الصحيح في الموضع الصحيح من الجسد
 - 5.3.1. التحكم في محاليل الكهارل (الإلكتروليتات) المركزة
 - 6.3.1. ضمان دقة تناول الأدوية في أثناء الفترات الانتقالية في الرعاية للوقاية من الأخطاء الدوائية عالية الخطورة قبل إعطائها للمريض وفحصها (الأدوية عالية الخطورة هي الأدوية التي تشكل خطرًا متزايدًا إذا تم استخدامها بطريقة خاطئة)
 - 7.3.1. تجنب أخطاء وعدوى توصيلات القسطرة والأنابيب
 - 8.3.1. استخدام أدوات الحقن لمرة واحدة
 - 9.3.1. تقليل مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية عن طريق اتباع المبادئ التوجيهية لنظافة اليدين.
- 4.1. يجب على المستشفى تحديد وإدارة المخاطر المرتبطة بسلامة المرضى.
- 5.1. يجب على المستشفى إدارة المخاطر المرتبطة بالأدوية عالية المخاطر ومحاليل الكهارل (الإلكتروليتات) الشديدة
2. مكافحة العدوى:
 - 1.2. يجب على المستشفيات تنفيذ برنامج للمكافحة والوقاية من العدوى لتحديد وتقليل مخاطر الإصابة ونقل العدوى بين المرضى والعاملين في الرعاية الطبية والزوار.
 - 2.2. يجب على المستشفى وضع دليل لمكافحة العدوى يتضمن برنامج للمكافحة والوقاية من العدوى. يتم - بشكل سنوي - مراجعة وتحديث الدليل عند الضرورة.
 - 3.2. يجب أن يتضمن برنامج المكافحة والوقاية من العدوى السياسات والإجراءات التي تتناسب مع الإرشادات الدولية للمكافحة والوقاية من العدوى.
 - 4.2. يجب أن يدعم برنامج مكافحة العدوى التطبيق الآمن ويضمن توفير بيئة آمنة للمرضى وطاقم الرعاية الصحية وزوار المستشفى.

- 5.2. تعيين لجنة أو متخصصون معينين ومؤهلين لمكافحة العدوى يقومون بمتابعة تنفيذ برنامج مكافحة والوقاية من العدوى.
- 6.2. عند الضرورة تقوم اللجنة أو متخصصون مكافحة العدوى بالتشاور مع شخص ذي خبرة في مجال مكافحة والوقاية من العدوى بهدف اتخاذ القرارات.
- 7.2. يجب على المستشفى إجراء تدريبات استباقية للمكافحة والوقاية من العدوى وفق تصنيفات معينة لطاخم العمل الجديد قبل الانضمام إلى أقسام عملهم.
- 8.2. يجب على المستشفى إجراء دورات تدريبية "ثناء الخدمة" وتعليمية بشأن مكافحة والوقاية من العدوى لجميع فئات العاملين مرة واحدة على الأقل سنوياً أو عند حدوث أي تحديث للممارسات أو انتشار أي وباء.
- 9.2. يجب على المستشفى توعية المرضى والأسر والزوار بشأن مكافحة والوقاية من العدوى.
- 10.2. يجب على المستشفى مراقبة وإصدار تقارير وتبادل المعلومات مع طاقم العمل وموردي الخدمة بشأن اتجاهات العدوى ومتابعة معدلات العدوى التي تتضمن العدوى نتيجة الرعاية الطبية (بالمستشفيات).
- 11.2. يجب أن يلتزم برنامج مكافحة والوقاية من العدوى بالاحتياطات القياسية في جميع الأوقات ويتضمن إجراءات تنظيف وتعقيم المعدات والمفروشات والمغسلة وتعقيم المطبخ والأمور الخاصة بمعالجة الأطعمة.
- 12.2. يجب على المنشأة الصحية تحديد وإدارة ومكافحة العدوى، مع ضمان ما يلي:
 - 1.12.2. وضع سياسات وإجراءات وإرشادات خاصة بالتهوية والعزل والمجموعات المتجانسة (عند الضرورة) والاحتياطات الأخرى لمنع وكبح انتشار الأمراض المعدية.
 - 2.12.2. ترتيب الإجراءات اللازمة لفحص حالات عدوى المستشفيات المشتبه بها داخل المنشأة.
 - 3.12.2. دعم إعداد التقارير بواسطة جميع العاملين وتقديم التدريب والمعلومات المناسبة الخاصة بعملية تقديم التقارير.
 - 4.12.2. أن يقوم الأشخاص المعينين بمكافحة العدوى بإعداد الخطط التطويرية في حال زيادة معدلات العدوى داخل المنشأة.
 - 5.12.2. اتخاذ الإجراءات اللازمة لعزل المرضى (والمشتبه بهم) ممن يعانون من أمراض معدية قد تعرض الآخرين لخطر الإصابة بالعدوى.
 - 6.12.2. تحديد العزل الذي قد يتضمن غرفة خاصة، أو مرافق العزل، أو غرفة بضغط سلبي، أو إيجابي حسب سجل المخاطر السلوي وعدد ونوع الخدمات المقدمة من قبل المنشأة الطبية.
 - 7.12.2. تدريب وتعليم العاملين بشأن التعامل مع المرضى المصابين بالعدوى.

- 8.12.2. تقديم تقارير بشأن المراقبة والمكافحة والوقاية من العدوى إلى الجهات الصحية المعنية على النحو المحدد وفق القانون واللوائح.
- 9.12.2. وضع إرشادات لغسل اليدين والتي تعد جزءاً أساسياً من خطة المكافحة والوقاية من العدوى ويجب ضمان ما يلي:
- 1.9.12.2. أن يكون الوصول لمرافق غسل اليدين سهلاً ومباشراً في جميع مناطق رعاية المرضى أمام المرضى ومزودي الرعاية الصحية والزوار.
- 2.9.12.2. أن يكون الوصول لمصدر مياه دائم سهلاً ومؤمناً لجميع صنادير المياه وكذلك اللوازم الضرورية (مثل الصابون والمناشف الورقية) لغسل اليدين.
- 3.9.12.2. تسهيل وصول العاملين والمرضى والزوار لمطهرات اليدين بالكحول في مناطق تقديم الرعاية والخدمة.
- 4.9.12.2. تسهيل وصول العاملين والزوار إلى لوازم الوقاية الشخصية (مثل القفازات والأقنعة) عند الضرورة.
- 5.9.12.2. على المنشأة تقديم التدريب للعاملين على كيفية ارتداء وإزالة لوازم الوقاية الشخصية ووضع لوحات إرشادية للتذكير وضمان التقيد بالإجراء الصحيح.
- 6.9.12.2. تقديم تدريب بشأن التقنيات الصحيحة لغسل اليدين.
- 7.9.12.2. عرض الإعلانات الترويجية والإرشادات الخاصة بغسل اليدين في مكان العمل.
- 8.9.12.2. مراقبة وتوثيق التزام العاملين بالعناية بغسل اليدين ومشاركة النتائج مع جميع العاملين.
- 9.9.12.2. يجب أن توفر المنشأة الصحية جميع الأدوات الحماية الشخصية والمواد اللازمة لمكافحة العدوى بجودة عالية وكمية كافية في جميع نقاط تقديم الخدمات الصحية
- 10.12.2. يجب أن تتحمل المنشأة الطبية والمختصين في مكافحة العدوى مسؤولية مراقبة الأنشطة في المناطق المحددة أدناه:
- 1.10.12.2. تحديد المناطق ذات الخطورة العالية في المنشأة الطبية، ويجب توجيه أنشطة المراقبة على النحو الملانم في هذه المناطق.
- 2.10.12.2. إجراء عمليات جمع بيانات الترصد بصفة مستمرة وتقديم تقارير إلى الجهات المختصة في حالة الإعلان عن أمراض معدية وفق القوانين واللوائح المطبقة.
- 3.10.12.2. تتضمن أنظمة المراقبة متابعة كفاءة تنفيذ الخدمات والتطهير بالمستشفى.

- 11.12.2. وضع سياسات وإجراءات بالمنشأة الطبية لمراقبة تنظيف وتعقيم المعدات، والأجهزة، والإمدادات الطبية، وإدارة معالجة أو التخلص من المخلفات الطبية والنفايات المشعة والمخلفات الأخرى.
- 12.12.2. على المنشأة الطبية ضمان نظافة وتعقيم بيئة الرعاية.
- 13.12.2. تنظيف وتطهير المفروشات والبياضات بطريقة تقلل من خطر إصابة طاقم العمل والمرضى بالتلوث.
- 14.12.2. على المؤسسة وضع آلية لإدارة ومعالجة وصرف الأدوات الحادة والإبر وفق سياسات وإجراءات المنشأة الطبية والقوانين واللوائح المطبقة.
- 15.12.2. تجميع حاويات الأدوات الحادة في حاويات خاصة مؤمنة غير قابلة لإعادة الاستخدام وفق السياسات والإجراءات الخاصة بالمنشأة الطبية.
- 16.12.2. وضع إجراءات محددة بالمنشأة الطبية لإدارة ومراقبة وصرف اللوازم منتهية الصلاحية.
- 17.12.2. على المنشأة الطبية اتخاذ الإجراءات المناسبة للتخلص من المخلفات بحيث تقلل من خطر العدوى أو التلوث الإشعاعي.
- 18.12.2. على المنشأة الطبية اتخاذ الإجراءات المناسبة لإدارة ومعالجة المخلفات الطبية والأنواع الأخرى من المخلفات.
- 19.12.2. اتباع إجراءات الوقاية الشخصية المناسبة بواسطة جميع فئات العاملين ممن يتعاملون مع المخلفات الطبية وأي مواد ملوثة بموائل الجسم.
- 20.12.2. على المنشأة الطبية الالتزام بإرشادات الصحة والسلامة المهنية وفق القوانين واللوائح الخاصة بقيود العمل للعاملين في مجال الرعاية الصحية وموردي الخدمة المعرضين للأمراض المعدية.
- 21.12.2. على المنشأة الصحية توفير برنامج لصحة العاملين يشمل (التطعيمات، متابعة العاملين المعرضين لخطر التعرض لوخز الإبر أو لموائل الجسم من المرضى عند تقديم الخدمات والعاملين المصابين بأمراض معدية).
- 13.2. فيما يلي السياسات والإجراءات الخاصة بتنظيف وتعقيم المنشأة الطبية:
- 1.13.2. تحدد المنشأة الطبية أدوار طاقم العمل المعني بتنظيف وتعقيم البيئة الفعلية.
- 2.13.2. في حال تقديم خدمات التنظيف بواسطة مورد من الخارج، يجب تطبيق آلية لتحديد دور طاقم العمل المتعاقد معه والتحقق من جودة الخدمات المقدمة.
- 14.2. يجب على المنشأة الطبية تحديد إجراءات عمليات إدارة ومعالجة المواد والمعدات الملوثة.

- 1.14.2. يجب أن توجه السياسات والإجراءات طريقة المعالجة المناسبة للأخطية الملوثة والمواد المعدية والمخلفات الخطرة وفق القوانين واللوائح المطبقة.
- 2.14.2. يجب أن توفر المنشأة الطبية الحاويات المناسبة لمعالجة وإدارة ونقل المواد الملوثة إلى منطقة محددة.
- 3.14.2. في حالة التعاقد مع مورد خارجي لإعادة المعالجة والتعقيم، تقوم المنشأة الطبية بشكل دوري مراقبة جودة الخدمات المقدمة.
- 4.14.2. يجب على المنشأة الطبية التحقق من إتباع المورد الخارجي للمعايير المناسبة في تنفيذ عمليات إعادة المعالجة والتعقيم، وفق الإرشادات، والقوانين، واللوائح.
- 15.2. يجب على طاقم العمل وموردي الخدمة حفظ وإعداد ومعالجة الأطعمة على النحو المناسب:
- 1.15.2. يجب على المنشأة الطبية وضع سياسات وإجراءات خاصة بحفظ ومعالجة وإعداد الأطعمة.
- 3.15.2. يجب مراقبة حفظ ومعالجة وإعداد الأطعمة حتى في حالة إعداد الأطعمة باستخدام خلطات أو مكونات سابقة التجهيز أو مجهزة خارج الموقع.
- 3.15.2. في حالة التعاقد مع مورد من الخارج لتقديم خدمات الأطعمة، يجب أن تضع المنشأة الطبية آلية لتحديد والتحقق من جودة عمليات حفظ وإعداد ومعالجة الأطعمة المنفذة بواسطة المورد الخارجي.
- 16.2. تقوم المنشأة الطبية باتخاذ إجراءات مناسبة لمكافحة نقشي العدوى، مع ضمان ما يلي:
- 1.16.2. يجب أن تتضمن خطة الوقاية ومكافحة العدوى إرشادات وسياسات وإجراءات شاملة لتعرض لوقاية المرضى والعاملين في الرعاية الصحية ومعالجة نقشي العدوى.
- 2.16.2. تتضمن خطة الوقاية ومكافحة العدوى آلية للتحقق من نقشي الأمراض المعدية.
- 3.16.2. تقوم المنشأة الطبية بتنسيق خطة لمواجهة نقشي العدوى مع وضع مخطط عام للتعامل مع حالات الكوارث والطوارئ والتدريب على الخطة بشكل سنوي ومتابعة الإجراءات التصحيحية اللازمة.
- 17.2. يجب منع العاملين في المستشفى من حفظ الأطعمة في أي مبردات توجد في مناطق خدمة المرضى تستخدم في تخزين الأدوية أو المعدات الطبية

3. قسم التعقيم المركزي

- تقوم كل مستشفى بتقديم خدمات تتطلب تعقيم المعدات والأدوات، حيث يجب مراعاة تطبيق ما يلي:
- 3.2. إتاحة الدليل الخاص بسياسات وإجراءات قسم التعقيم المركزي.
- 3.3. يجب القيام بصيانة دورية لجميع أجهزة التعقيم والغسيل.

- 4.3. استخدام طاقم العمل للملابس الوقائية المناسبة للوقاية من التعرض للرداذ والمواد الكيميائية.
- 5.3. توفير منطقة تخزين مناسبة للمواد المعقمة واستخدامها على النحو المناسب والحفاظ على درجة الحرارة.
- 6.3. فحص فترة الصلاحية وتواريخ الانتهاء بانتظام.
- 7.3. اتباع إجراءات ضمان الجودة لعملية التعقيم بشكل دوري (الكيميائي والميكانيكي والبيولوجي).
- 8.3. التوجيه والتدريب المستمر لطاقم العمل بقسم التعقيم المركزي وتوثيق عملية التدريب.
- 9.3. تطعيم طاقم العمل بقسم التعقيم المركزي ضد التهاب الكبد الوبائي ب، وتوثيق ذلك في ملفات الطاقم.

4. الوقاية من قرحة الضغط (الفراش)

- 1.4. يجب على المستشفى الاحتفاظ بسياسة وقائية وعلاجية لمثل تلك القرحة وتنفيذها.
- 2.4. يجب تقليل حالات الإصابات بقرح الضغط (الفراش) من خلال استراتيجية للوقاية والمعالجة.
- 3.4. يجب تطوير برامج التعليم والمعلومات بشأن قرحة الضغط (الفراش) وتقييمها بواسطة فريق متعدد التخصصات بالمستشفى.
- 4.4. يجب إتاحة أدوات الفحص والتقييم بالمستشفى.
- 5.4. يجب على مختصي الرعاية الطبية استخدام أدوات تقييم خطر الإصابة بقرحة الضغط (الفراش) لتقييم حالة المرضى.

5. آلية تفادي إصابة المرضى وسقوطهم:

- 1.5. يجب تقليل من حالات سقوط المرضى والإصابات الناجمة عنها من خلال برنامج للتعامل مع حالات السقوط.
- 2.5. يجب توفير سياسة للتعامل مع حالات سقوط المرضى، كما ينبغي تقييم إمكانية تعرض المرضى لخطر السقوط:
 - 1.2.5. عند دخول المستشفى
 - 2.2.5. عقب حدوث تغير في الوضع الصحي
 - 3.2.5. بعد التعرض للسقوط
- 3.5. يلزم توفير المعلومات الوقائية من السقوط لجميع طاقم العمل والمرضى وأسرهم أو ممثلي المرضى.
- 4.5. يجب تنفيذ الاستراتيجيات المناسبة للحد من سقوط المرضى بواسطة المستشفى وفق عوامل الخطر المحددة.

القسم الخامس: إدارة الأدوية والصيدلية:

1. إدارة الأدوية واستخدامها

1.1. تتضمن إدارة الأدوية واستخدامها تحديد شراء وطلب، وصف وكتابة، إعداد وصرف وتقديم وتوثيق ومراقبة العلاج بالأدوية.

2.1. الهدف الرئيسي من إدارة الأدوية بالمستشفيات توفير الأدوية الصحيحة والفعالة وبتكلفة مجدية وأمنة في جميع الأوقات.

3.1. يجب على إدارة الأدوية ضمان تحقيق ممارسة آمنة وفعالة، كما يجب على الهيئات الصحية والمستشفيات التابعة لها وضع سياسات وإجراءات خاصة بإدارة الأدوية تتوافق مع القوانين والتشريعات الاتحادية المطبقة واللوائح المحلية ذات الصلة في دولة الإمارات العربية المتحدة والمعايير الدولية لإدارة الأدوية واستخدامها.

4.1. يجب على المستشفى الاحتفاظ بقائمة الاختصاصات المعتمدة للأدوية المستخدمة داخل المنشأة.

5.1. يجب تحديد وتقييم المخاطر المحتملة للأدوية ومعالجتها.

6.1. يجب أن تقوم لجنة متعددة الاختصاصات بمراقبة وضمان إدارة الأدوية بشكل مناسب وسلامة الأدوية داخل المستشفى.

7.1. يجب أن يتاح لمختصي الرعاية الصحية سهولة الوصول إلى الإرشادات المطبوعة أو الإلكترونية الخاصة بإدارة الأدوية.

8.1. يجب على الصيدلة ومختصي الرعاية الصحية الآخرين تقديم تقارير بشأن أية أخطاء خاصة بالأدوية أو تفاعلات دوائية ضارة أو المشكلات المتعلقة بالأدوية إلى الجهات الصحية المختصة من خلال القنوات المناسبة.

2. الصيدلية:

1.2. يجب تنفيذ خدمات الصيدلية تحت إشراف صيدلي معتمد من الجهات الصحية المختصة.

2.2. يجب تقديم خدمات الصيدلية لتلبية احتياجات المرضى بشكل مباشر أو بواسطة اتفاق خطي.

3.2. يجب أن يكون بالصيدلية بيان خطي يعكس مسؤوليات رعاية المرضى والمسؤوليات التشغيلية.

4.2. تكمن مهمة الصيدلة في مساعدة الأفراد في تحقيق الاستخدام الأمثل والأمن للأدوية، لذلك، يجب أن يهتم الصيدلة بأداء ونتائج خدمات الصيدلية.

5.2. يختلف نطاق خدمات الصيدلية باختلاف احتياجات المرضى ونطاق خدمات المستشفى وكذلك الموارد المتاحة.

6.2. يجب اعتماد ساعات العمل المناسبة لأداء خدمات الصيدلية المطلوبة، كما يجب تقديم خدمات الصيدلية على مدار 24 ساعة إن أمكن.

7.2. يجب توفير خدمات الصيدلية على مدار 24 ساعة في جميع المستشفيات التي تقدم برامج علاجية تتطلب علاجاً طبياً مكثفاً (مثل برامج نقل الأعضاء وبرامج جراحات القلب المفتوح ووحدات الرعاية المكثفة لحديثي الولادة ومراكز علاج الإصابات).

8.2. يجب أن يتواجد صيدلي مناوب في حال عدم تقديم خدمات الصيدلية على مدار 24 ساعة.

9.2. يتطلب تقديم خدمات الصيدلية على مدار 24 ساعة وجود أربعة (4) صيادلة على الأقل معتمدين من قبل الجهات الصحية المختصة.

10.2. في حال وجود صيدلية لمرضى العيادات الخارجية بالمستشفى في مكان يسهل الوصول إليه، يمكن عندئذ اعتبارها صيدلية خاصة بمرضى العيادات الخارجية وصيدلية عامة.

11.2. يجب أن يقوم الصيادلة بدور قيادي في تطوير وتنفيذ السياسات والإجراءات الخاصة بقبول وصرف وتحويل المرضى، وبالتالي يمكن إدارة العلاج بالأدوية بشكل مناسب.

12.2. يجب أن تضمن إدارة المستشفى أن خدمات الصيدلية تستوفي ما يلي:

1.12.2. المهام التالية: (التخزين والتحكم ومعالجة وطلب وكتابة وتركيب وإعداد وصرف وإدارة وتوثيق ومراقبة

المنتجات الدوائية والأدوات والمواد الحيوية) وفق لوائح وإرشادات وسياسات وإجراءات الجهات الصحية المختصة.

2.12.2. يجب إتاحة المنتجات الدوائية والأدوات الخاصة بحالات الطوارئ للاستخدام بواسطة طاقم العمل

الطبي في أماكن محددة عند وقوع حالة الطوارئ كما يجب الاحتفاظ بسجلات محدثة ونظيفة عند استلام وصرف

جميع المواد المقررة. كما يجب تخزين وحفظ وحماية أدوية الطوارئ من الفقد أو السرقة.

3.12.2. يجب تخزين جميع المنتجات الدوائية المخدرة والمراقبة وشبه المراقبة في مكان آمن لمنع الوصول

إليه من قبل أشخاص غير مصرح لهم حسب اللوائح والإجراءات المعمول بها في ذات الشأن. فقط بحق للمصرح

لهم بالوصول أو الدخول إلى المكان المؤمن.

4.12.2. يجب تخزين المنتجات الطبية وفق تعليمات المصنع الخاصة بدرجة الحرارة، أو الإضاءة، أو الرطوبة،

أو تعليمات التخزين الأخرى، ويجب نقلها من الصيدلية أو منطقة التخزين فقط بواسطة طاقم العمل المكلف وفق

سياسات المستشفى ولوائح الجهات الصحية المختصة.

5.12.2. يجب فحص توريد المنتجات الطبية والمستحضرات الحيوية بشكل أساسي ودوري للتخلص من

المنتجات منتهية الصلاحية أو المرمزة بشكل خاطئ أو غير المرمزة أو المنتجات غير المستخدمة وصرفها على

النحو الملائم.

- 6.12.2. يجب إتاحة المعلومات المرتبطة بدواي استخدام المنتجات الدوائية والتفاعلات وموانع الاستعمال والآثار الجانبية وعلم السموم والجرعة المناسبة وطرق تناول الدواء لجميع أفراد طاقم العمل بالصيدلية.
- 7.12.2. يجب تحديث قاعدة بيانات المعلومات الإكلينيكية بشكل دوري، حسب التحديثات التي تطرأ على هذه المعلومات من المصادر العلمية الموثوقة والمعتمدة عالمياً.
- 8.12.2. ينبغي الحفاظ على قائمة بالأدوية والمنتجات الصيدلانية المخزنة بالمستشفى المتاحة من مصدر خارجي بواسطة لجنة متعددة الاختصاصات تتكون من المعنيين بإدارة الأدوية. ينبغي أن تكون هذه القائمة وفق معايير محددة وتحت الرقابة.
- 9.12.2. يجب أن تلتزم كافة إجراءات حفظ وإدارة جميع الأدوية المخدرة وفق نظام القوانين الاتحادية.
- 10.12.2. يجب اتخاذ إجراءات محددة للتخزين والتحكم في أنواع معينة من الأدوية (مثال، أدوية الإشعاع والأدوية التي تم إحضارها بواسطة المريض وعينات الأدوية والأدوية المسحوبة والمنتجات الخاصة بالتقنية).
- 11.12.2. ينبغي إعداد وصرف الأدوية في مكان نظيف وآمن باستخدام تقنيات ومعدات طبية مناسبة، بواسطة طاقم عمل مدرب وينبغي الالتزام بلوائح الجهات الصحية المختصة والمعايير المتخصصة المطبقة. ينبغي صرف الأدوية في أسهل صورة للتناول طبقاً لفئة المنتج الدوائي ومنطقة إعداده للصرف.
- 12.12.2. يجب مراجعة جميع وصفات أو طلبات الأدوية لتحديد ملاءمتها بواسطة صيدلي معتمد أو متخصص مدرب وفق لوائح وسياسات الجهات الصحية المختصة قبل الصرف.
- 13.12.2. يجب الاهتمام بتهوية وتجديد الهواء بنحو 4 مرات على الأقل في الساعة وفق متطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التفتة والتبريد وتكييف الهواء (ASHRAE) في منطقة تقديم خدمات الصيدلية، كما الحفاظ على درجة حرارة من 20 إلى 25 درجة مئوية في جميع الأوقات مع توفير أجهزة لقياس درجة حرارة الصيدلية ودرجة رطوبة نسبية بين 30 و60%، كما يجب أن تكون قابلة للضبط. يجب تركيب مرشحات عالية الكفاءة في نظام معالجة الهواء، مع تقديم المعدات اللازمة للصيانة، في المنطقة التي يتم خدمتها.
- 14.12.2. في حالة وجود مستحضرات تحتاج إلى تبريد يجب أن تحتوي الصيدلية على غرفة تبريد (ثلاجة) لتخزين المواد التي تحتاج إلى تبريد مزودة بجهاز إنذار في حال انخفاض أو ارتفاع درجة الحرارة عن الدرجة المطلوبة بحيث يضمن أن يكون نطاق درجة الحرارة من 2-8 درجة مئوية.
- 15.12.2. يجب حفظ الأدوية المجمدة (المستحضرات التي يحتاج حفظها لدرجة حرارة شديدة الانخفاض) في درجة حرارة تتراوح بين -25 درجة و -10 درجة مئوية.

16.12.2. توفير نظام الكتروني لتسجيل قراءات درجة الحرارة والرطوبة لكافة أرجاء الصيدلية، والثلاجة والمجمد

(الفریزر) بشكل دوري

لمزيد من المعلومات بشأن متطلبات الصيدلية، الرجاء زيارة مواقع الجهات الصحية المختصة

القسم السادس: حقوق المرضى وأسره

1. حقوق المرضى ومسؤولياتهم

يجب على المستشفى ضمان ثبوت الحقوق والمسؤوليات التي يتمتع بها المرضى والخاصة بالرعاية الطبية المقدمة من قبل المستشفى ونقلها للملاء بما يتلاءم مع القرار الوزاري رقم 14 لسنة 2021 بشأن ميثاق حقوق المريض وواجباته وذلك يشمل ما يلي.

1.1. ينبغي التعامل مع المرضى باحترام واهتمام حافظاً على كرامتهم.

2.1. للمريض الحق في مراعاة خصوصيته وأسراره.

3.1. ينبغي تقديم المعلومات الخاصة بتشخيص وتقييم حالة المريض وخيارات العلاج وتوقعات انتقال المرض إلى المريض أو شخص آخر.

4.1. يجب منح المرضى الفرصة في المشاركة في القرارات الخاصة برعايتهم الصحية إن سمح الأمر.

5.1. للمرضى الحق في رفض أي إجراء تشخيصي أو علاجي، ويجب إعلامهم بالعواقب الطبية لرفضهم.

6.1. للمرضى الحق في طلب معلومات بشأن نطاق ممارسة ورخصة الطبيب، ويجب وضع شارة تعريفية أو رخصة من الجهات الصحية المختصة بواسطة جميع المختصين في الرعاية الصحية أثناء ساعات العمل.

7.1. للمرضى الحق في الحصول على نسخة من سجلاتهم الصحية الشخصية.

8.1. للمرضى الحق في معرفة كامل نفقات الخدمات الصحية قبل أداء أي إجراءات.

9.1. يجوز عرض معلومات تكلفة الخدمة في شكل منشور أو نشرة بالأسعار أو أي شكل آخر يمكن تطبيقه بواسطة المستشفى.

10.1. ينبغي الإعلان عن وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى في أماكن ظاهرة داخل المنشأة ليسهل الوصول إليها.

يجب على المستشفى التوافق مع جميع اللوائح المطبقة من الجهات الصحية المختصة بشأن وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى.

11.1. يجب توفير سياسة مكتوبة في المستشفى عن أدوار ومسؤوليات كل فرد بطاقم العمل في المستشفى فيما يتعلق بحقوق المرضى وأسره.

- 12.1. يجب أن يكون في المستشفى برنامج فعال لمعالجة شكاوى المرضى.
- 13.1. يجب على الجهات المختصة في المستشفى فحص الشكاوى المقدمة من المرضى أو أسرهم، كما يجب توثيق الشكاوى والقرار المتخذ بشأنها. ويمكن تكليف لجنة متخصصة لأداء هذه المهمة.
- 14.1. يجب أن يتمتع المريض في المستشفى بالحق في تغيير أو نقل مسؤولية رعاية المريض من استشاري لآخر مع تقديم سبب واضح.
- 15.1. ينصح تنفيذ استقصاءات رضا المرضى بشكل دوري لاتخاذ الإجراءات وفق النتائج المعنية بتطوير الرعاية الصحية.
- 16.1. على المستشفى وضع سياسة فيما يتعلق بأمثلة المرضى، وبالأخص من هم تحت التخدير، وفالدي الوهي ومصابي الفيوية والنماس والمصابين بصدمات نفسية شديدة.
- 17.1. يجب على الجهات المعنية في المستشفى تطوير سياسة التعامل بشأن رفض العلاج بواسطة المريض، وإعلام المريض بشأن العواقب المحتملة المتوقعة لهذا الرفض.

2. توعية المرضى:

- 1.2. للمرضى وأسرهم الحق في الحصول على المعرفة والتوعية الصحية لاتخاذ القرارات أثناء المشاركة في عملية الرعاية الخاصة بهم.
- 2.2. يجب تطوير برنامج توعية المرضى وإتاحته بالمستشفى على أن يتضمن البرنامج طبعة التوعية، والمنهج، والمدة، والتكرار.
- 3.2. يجب توفير مواد خاصة ببرنامج التوعية الصحية للمرضى وأسرهم بالمستشفى، ويتضمن ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:
 - 1.3.2. عرض خاص بالوقاية من العدوى للمرضى واستخدام الأدوية والمعدات الشخصية ورعاية الجروح بسبب الجراحة وما إلى ذلك.
 - 2.3.2. المواد الإرشادية الخاصة بالإعداد قبل وبعد الجراحة وإجراءات الأشعة والمعالجة التمهيدية بالليزر وما إلى ذلك.
 - 3.3.2. تكليف طاقم عمل مؤهل ببرنامج التوعية الصحية مثل محاضرين في مرض السكري.
 - 4.3.2. يتلقى المرضى وأسرهم معلومات / نشرات خاصة بأمراضهم والمضاعفات المحتملة التي قد تطرأ لاحقاً .
 - 5.3.2. يتلقى المرضى المعلومات الخاصة بالاستخدام المناسب للأدوية والآثار الجانبية المحتملة.

6.3.2. التوعية بشأن التخزين والصرف المناسب للأدوية .

7.3.2. توفير نموذج توعية المريض في المستشفى.

4.2. ينبغي تقييم احتياجات توعية المرضى والأنشطة التعليمية وتوثيقها في سجلات المريض الطبية.

3. التنوع اللغوي:

تتسم دولة الإمارات العربية المتحدة بكونها متعددة الثقافات، حيث يتحدث المقيمون مجموعة كبيرة من اللغات المختلفة.

يعتبر إدراك الاحتياجات الثقافية والدينية واللغوية جزءاً لا يتجزأ من تقديم الرعاية الصحية المتجاوبة.

1.3. يجب على المستشفى تلبية احتياجات هؤلاء الأفراد عند مرضهم. قد يتضمن ذلك تقديم وجبات غذائية نباتية

متوازنة للمرضى النباتيين، وتقديم نشرات معلوماتية بلغات متعددة وتوفير مترجم مقيم في المستشفى

4. حقوق ذوي الهمم:

1.4. يجب على جميع المستشفيات تسهيل إقامة ذوي الهمم وفق القانون الاتحادي رقم 29 لسنة 2006 بشأن حقوق

ذوي الاحتياجات الخاصة، فيما يلي المتطلبات الإلزامية لذوي الهمم:

1.1.4. توفير أماكن لانتظار السيارات لذوي الهمم داخل مرافق المستشفى.

2.1.4. توفير دورات مياه خاصة بذوي الهمم للذكور والإناث في كل طابق داخل مبنى المستشفى.

3.1.4. توفير سياسات داخلية تتعلق برعاية ذوي الهمم أو الفئات الأكثر عرضة للخطر (كبار السن، الحوامل،

الأطفال ومن هم تحت تأثير الأدوية).

القسم السابع: إدارة المعلومات الصحية

يجب أن تلبى البيانات والمعلومات احتياجات المستشفى وتدعم تقديم رعاية وخدمات عالية الجودة. تتشابه مبادئ الإدارة

الجيدة للمعلومات بغض النظر عن حجم ونوع المستشفى ومدى تعقيد تكنولوجيا المعلومات. تعد متطلبات إدارة

المعلومات في زيادة مستمرة بهدف دعم أداء المستشفى وتقديم الرعاية الصحية

1. السجلات الصحية

يعد السجل الصحي بمثابة مستند قانوني يجب أن يحدد بدقة احتياجات ورعاية وإدارة المرضى بالكامل. يسهل السجل

الصحي من عملية التواصل واتخاذ القرارات وتقييم الرعاية وحماية المصالح القانونية للمريض والطبيب وكادر التمريض

والقبالة وغيرهم من الرعاية الصحية والمستشفى

- 1.1. يجب الاحتفاظ بسجل صحي واضح وكامل وشامل وديق لكل مريض.
- 2.1. أن تكون السجلات الصحية في نسخ ورقية أو ملف إلكتروني أو مزيج من الاثنين، ويجب أن تتضمن المعلومات الكافية التي تحدد بوضوح حالة المريض وتوضح التشخيص والعلاج وتوثق النتائج بدقة.
- 3.1. يجب أن يتم ربط السجلات الصحية الإلكترونية مع منصة تبادل البيانات الصحية الموحدة لكل إمارة بحسب توافرها (على سبيل المثال لا الحصر: منصة نابض في إمارة دبي، منصة رعائتي، تلمين)
- 4.1. يجب حفظ المعلومات الإلكترونية بما يتماشى مع القوانين المعمول بها في دولة الإمارات العربية المتحدة المتعلقة بتقنية المعلومات والاتصالات في المجالات الصحية ومنها قرار مجلس الوزراء رقم (32) لسنة 2020 بشأن اللائحة التنفيذية للقانون الاتحادي رقم (2) لسنة 2019 بشأن تقنية المعلومات والاتصالات في المجالات الصحية وما تحدده الجهات الصحية.
- 5.1. يجب أن يتضمن السجل الصحي، التاريخ الطبي، والفحص السريري، وأي ملاحظات خاصة بالتقدم، والتقارير الجراحية، وتقارير المختبر، وتقارير الأشعة ومشمولة الجراحات الإشعاعية، والتواصل مع ذوي المرضى. كما يجب أن توضح الحساسية والتفاعلات غير المتوقعة مع المنتجات الدوائية، حيث تضمن هذه المعلومات تقديم الرعاية الصحية على نحو آمن وفعال.
- 6.1. يجب أن يتضمن كل سجل صحي للمريض على سبيل المثال لا الحصر المعلومات التالية:
 - 1.6.1. بيانات التعريف
 - 2.6.1. رمز تعريف لكل سجل من السجلات الصحية
 - 3.6.1. نظام لتبويب طاقم العمل للمرضى ذوي الأسماء المتشابهة
 - 4.6.1. وقت وتاريخ ملاحظة المريض
 - 5.1.1. التاريخ المرضي الكامل الذي يتضمن على سبيل المثال لا الحصر: (الشكاوى الرئيسية، والمرض الحالي، والبحث الاجتماعي والنفسي، والحساسية ضد الأدوية، والشكاوى الحالية، والشكاوى السابقة، والتاريخ العلاجي السابق)
 - 6.6.1. الفحص السريري ومراجعة النظام
 - 7.6.1. التشخيص عند الدخول
 - 8.6.1. جميع التقارير الخاصة بعلم الأمراض والمختبر والأشعة
 - 9.6.1. نماذج الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف
 - 10.6.1. طلبات الأطباء

- 11.6.1. تقييم الأكم
- 12.6.1. توثيق جميع إجراءات الرعاية والعلاج والتدخلات الجراحية، موقعة (بحسب الأحوال) ومختومة بواسطة الطبيب المعالج.
- 13.6.1. تقارير أمراض الأكمجة
- 14.6.1. إخطارات التقدم الخاصة بجميع المجالات
- 15.6.1. ملخص عند الخروج من المستشفى
- 16.6.1. بطاقة الخروج: يجب تقديمها للمريض عند الخروج من دون تكلفة.
- 17.6.1. نتائج التشريح وسبب الوفاة
- 18.6.1. التوجيهات المتقدمة (إن وجدت)
- 19.6.1. توعية المريض
- 20.6.1. سجلات التطعيم (للأطفال)
- 21.6.1. شهادة براءة ذمة للشرطة.
- 7.1. يجب تحديد المرضى صعب المراس في السجلات الصحية.
- 8.1. يجب أن تتضمن السجلات الصحية كافة البيانات مؤرخة وواضحة ومدققة بشكل غير قابل للحذف. يجب تحديد وتعريف كاتب كل إجراء. يجب أن يتضمن التعريف: الختم الرسمي، أو التوقيع، أو التوقيع بالأحرف الأولى، أو المدخل بواسطة الحاسوب.
- 9.1. يجب الاحتفاظ بنسخ من الموافقة الموقعة على التدخلات الجراحية أو علاج معين بواسطة المريض (مثل العلاج الكيماوي) في السجلات الصحية الخاصة بالمريض.
- 10.1. يجب تضمين النتائج ذات الصلة للتقييمات المنفذة خارج المنشأة الطبية في عملية تقييم المريض والسجل الصحي.
- 11.1. يجب تبادل ومشاركة جميع المعلومات الخاصة بالمريض أمام مختصي الرعاية الصحية المصرح لهم أو في حالة تحويل المريض إلى منشأة طبية أخرى.
- 12.1. ينبغي الحفاظ على سرية معلومات المريض وحمايتها من الضياع والتلاعب والتلف والإفشاء غير المصرح أو غير المتعمد.

- 13.1. ينبغي تنظيم السجلات الصحية بطريقة متسقة تضمن استمرارية الرعاية. وينبغي تضمين المناقشات مع المرضى بشأن الحاجة وملاءمة ومخاطر الجراحة أو الإجراء المقترح وكذلك مناقشة البدائل العلاجية في السجل الصحي للمريض وكذلك توثيق الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف.
- 14.1. يجب على المستشفى وضع آلية لحفظ السجلات الصحية الخاصة بالمرضى وتقديم احصائيات سنوية بشأن سير عملياتها، والتسقيط مع الجهة الصحية بشأن هذه السجلات في حالة غلق المنشأة نهائياً.
- 15.1. يجب توفير غرفة أو منطقة خاصة لحفظ السجلات الصحية مع تعيين طاقم العمل المناسب وتوفير الإمدادات والمعدات في كل مستشفى. بناءً على نشاط المستشفى وعدد المرضى وطريقة الحفظ.
- 16.1. يجب الاحتفاظ بالسجلات الصحية في المنشأة الطبية ويجب عرضها أو تسليم نسخة منها للمريض أو ممثله بواسطة متخصص الرعاية الصحية أو مندوبه في أوقات مناسبة وبعد تقديم إخطار مقبول.
- 17.1. يجب الاحتفاظ بسجل صحي لكل مريض، يشمل ذلك الأطفال وحديثي الولادة أو الداخل للمستشفى للحصول على الرعاية أو المعالج في قسم الطوارئ أو خدمات العيادات الخارجية.
- 18.1. يجب أن تتضمن السجلات الصحية جميع السجلات العلاجية وغير العلاجية، سواء كانت إلكترونية أو ورقية.
- 19.1. يجب حفظ السجلات الصحية بشكل آمن لحمايتها من الضياع والتلف والاستخدام غير المصرح به.
- 20.1. يجب أن تحتفظ المستشفى بنظام لإدارة السجلات الصحية يضمن ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:
 - 1.20.1. حفظ البيانات والسجلات الصحية على نحو آمن ومنظم.
 - 2.20.1. استعادة السجلات الصحية المحفوظة داخل أو خارج الموقع في الوقت المناسب وعلى نحو دقيق.
 - 3.20.1. الحفاظ على خصوصية المريض عند نشر السجلات الصحية أو تقديمها للرعاية.
 - 4.20.1. يتم التخلص من السجلات الصحية وفق جميع اللوائح والإرشادات الخاصة بالسجلات الصحية ذات الصلة (حرق أو تمزيق السجلات الورقية أو مسح الأقراص أو الإتلاف الفعلي للأقراص التي تحتفظ بالسجلات الإلكترونية).
- 21.1. يجب أن تضمن المستشفى تعيين هوية معينة لكل مريض بالمستشفى، وفي حال وجود سجلات صحية متعددة للمريض يتم عمل إسناد ترافقي لكل منها.
- 22.1. يتم إجراء تصنيف علاجي لجميع المرضى المقبولين وفق التصنيف الدولي للأمراض 11 (ICD 11). يجب أن تضمن المستشفى توافق الأكواد مع معايير التصنيف الدولي للأمراض 10.
- 23.1. يجب أن تتناسب مدة الحفظ مع الحاجة إلى البيانات والمعلومات الصحية، على ألا تقل مدة الحفظ عن (25) خمس وعشرين سنة من تاريخ آخر إجراء صحي للشخص المعني بتلك البيانات والمعلومات الصحية.

لمزيد من المعلومات بشأن السجلات الصحية، يرجى زيارة مواقع الجهات الصحية المختصة

2. الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف:

1.2. بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (40) لسنة 2019 بشأن اللائحة التنفيذية للمرسوم بقانون اتحادي رقم (4) لسنة 2016 بشأن المسؤولية الطبية، يجب الحصول على موافقة قائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف بواسطة الطبيب المعالج من المريض أو ممثله (حسب الحاجة) وبعد مناقشة احتمالات المضاعفات والمخاطر والمزايا والإجراءات أو الجراحات البديلة (باستثناء حالات الطوارئ).

2.2. في حالة عدم تمتع المريض بكامل الأهلية (مثال أقل من 18 عاماً) يجب أخذ موافقة قائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف من الأقارب حتى الدرجة الرابعة، قبل أداء الإجراء الطبي أو الجراحة.

3.2. يجب أن يحصل المريض على معلومات شاملة ويمكن الوصول لها بشأن العلاج أو الإجراء الطبي والبدائل.

4.2. يجب على إدارة المستشفى بشكل واضح تحديد الفحوصات والعلاج والإجراءات الجراحية التي تتطلب موافقة قائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف.

5.2. تتولى إدارة المستشفى وضع سياسة لإجراءات الحصول على الموافقات الداخلية تتفق مع التشريعات الاتحادية، على أن تراعي تلك السياسة الأفراد الذين يفترضون الي القدرة على اتخاذ القرارات

6.2. يجب الاحتفاظ بالموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف في السجل الصحي للمريض. ينبغي صياغة نموذج الموافقة في لغتين ويجب أن يتضمن ما يلي:

1.6.2. التشخيص، في حال معرفته

2.6.2. اسم الإجراء أو العلاج المقترح

3.6.2. مخاطر ومزايا الإجراءات أو العلاج المقترح

4.6.2. البدائل، ومخاطر ومزايا البدائل

5.6.2. بيان يوضح شرح الإجراء للمريض أو من يمثله

6.6.2. تاريخ ووقت الحصول على الموافقة

7.6.2. اسم وتوقيع الطبيب المعالج

8.6.2. توقيع الشاهد على الموافقة (إن وجد)

7.2. يجب أن تتفق جميع محتويات "نماذج الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف" مع قرار مجلس الوزراء

رقم (40) لسنة 2019 بشأن اللائحة التنفيذية للمرسوم بقانون اتحادي رقم (4) لسنة 2016 بشأن المسؤولية الطبية،

لمراجعة القانون يرجى زيارة الموقع الجهة الصحية

8.2. يجب أن تتفق نماذج الموافقة الخاصة بالإخصاب مع القانون الاتحادي رقم 2008/11 بشأن ترخيص مراكز الإخصاب ولائحته التنفيذية الصادر بها بالقانون الاتحادي رقم (7) لسنة 2019 في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب، لمراجعة القانون يرجى زيارة موقع الجهة الصحية والإطلاع على جميع اللوائح التنفيذية المتعلقة به.

9.2. يجب إعلام وتوعية مختصي الرعاية الطبية في المستشفى بشأن سياسة الموافقة.

عند الحصول على الموافقة بواسطة طبيب المجتمع الزائر، يجب على إدارة المستشفى ضمان استلام الموافقة الموقعة وحفظها في سجل المريض الصحي.

3. الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف:

تعتبر أوامر رعاية المرضى الشفوية وتلك المرسلة عبر الهاتف أكثر طرق الاتصال عرضة للخطأ.

1.3. يجب على المستشفى تطوير سياسة وإجراءات الاتصالات الشفوية والهاتفية.

2.3. يتم قبول الاتصالات الهاتفية أو الشفوية بواسطة متخصص الرعاية الصحية المعتمد كالرعاية الخاصة بتقديم نتائج اختبارات المختبر العلاجية الحساسة ويجب تدوينها بواسطة متخصص الرعاية الصحية المؤهل.

3.3. يجب توثيق الاتصالات الهاتفية أو الشفوية فوراً بواسطة متخصص الرعاية الصحية الذي يستلم الأمر وينبغي التحقق منها خلال 24 ساعة بواسطة متخصص الرعاية الصحية المسؤول عن طلب أو تقديم أو تقييم الخدمة المقدمة.

القسم الثامن: المعايير الإدارية

تسعى إدارة المستشفى لتحسين الأداء وضمان الإدارة الفعالة للمؤسسة والمخاطر العلاجية.

1. مراقبة جودة الخدمات

1.1. يمكن إظهار التزام المستشفى تجاه تحسين مخرجات الرعاية وتقديم الخدمة من خلال ثقافة تحسين الجودة المستمرة. إن تتواجد هذه الثقافة في مؤسسة من دون قيادة فعالة تستهدف الجودة بالمستشفى بما يتوافق مع أهداف المستشفى. تتضمن خصائص تحسين المستشفى ما يلي:

1.1.1. التركيز على احتياجات المريض ومعرفة.

2.1.1. إظهار المسؤولية والالتزام تجاه تحسين الأداء من قبل القيادة التي تتكون من ممثلي هيئة الإدارة والمدير الطبي ومدير خدمات التمريض والإداريين.

3.1.1. إظهار ثقافة تحسين الإدارة وتطوير أداء طاقم العمل باستمرار.

4.1.1. استخدام نتائج تقييم الجودة في عملية التحسين والتطوير.

5.1.1. السعي لتطبيق أفضل الممارسات الصحية وفقاً للدراسات والمقارنات المعيارية من حيث الأداء والتطوير وفق نتائج المقارنة.

2.1. يجب على المستشفى إنشاء مجلس أو لجنة أو فرق لإدارة الجودة وتطوير الأعمال

3.1. يجب على المستشفى كذلك تقديم دليل يوضح خطط تحسين الجودة المستمرة (الخطط الاستراتيجية والتشغيلية)، وسياسة تحسين الجودة، وتقارير عن مستوى الأداء، وسياسات إدارة الشكاوى وخطة التوعية.

4.1. يجب على كل مستشفى مرخص وضع برنامج لإدارة الجودة يتناسب مع حجم ونوع الخدمات، ويجب تقديمه أمام الجهات الصحية المختصة لمراجعة الخطة التي تتضمن العناصر التالية:

1.4.1. وصف عام لأنواع الحالات أو المشكلات أو المخاطر الواجب مراجعتها ومعايير تحديد المخاطر المحتملة، التي تتضمن - على سبيل المثال لا الحصر - الإبلاغ عن أي حادث مطلوب تبليغ الجهات الصحية المختصة به وفق اللوائح المحلية والاتحادية بدولة الإمارات العربية المتحدة.

2.4.1. تحديد الأشخاص أو اللجان المسؤولة عن تنسيق أنشطة إدارة الجودة ووسائل رفع التقارير إلى المدير أو هيئة إدارة المستشفى.

3.4.1. وصف الطريقة الخاصة بتقديم المعلومات بطريقة منهجية للشخص المكلف بواسطة المستشفى خلال فترة زمنية محددة.

4.4.1. إقرار استراتيجية لتحليل أسباب تكرار المشكلات الفردية أو النمطية.

- 5.4.1. استراتيجيات إجراءات تصحيح المشكلات، التي تشمل منع وتقليل المشكلات أو المخاطر.
- 6.4.1. آلية متابعة الإجراء التصحيحي لتحديد فعالية هذا الإجراء.
- 7.4.1. آلية مشاركة أداء وجودة الخدمات مع العملاء
- 8.4.1. آلية ضمان مشاركة العملاء والعاملين وأخذ رأيهم في تحسين جودة الرعاية في المستشفى
- 9.4.1. يجب على الجهات الصحية المختصة مراجعة برنامج إدارة الجودة لتحديد مدى تجاوبه.

2. اعتماد المستشفى:

- 1.2. يجب تحقيق اعتماد المستشفى وفق سياسة أو متطلبات اعتماد المستشفى من الجهات الصحية المختصة.
- 2.2. يجب اعتماد جميع المستشفيات (الحديثة والموجودة) بواسطة مؤسسة اعتماد دولية تقدم شهادات فعلية لبرنامج اعتماد دولي (IAF) من قبل الجمعية الدولية للجودة في الرعاية الصحية (ISQua).
- 3.2. وللهيئات الصحية المختصة الحق في وضع آلية تنفيذ وتطبيق تلك المعايير، وكذلك وضع السياسات والإجراءات الرقابية اللازمة.

3. إدارة المخاطر:

- 1.3. يجب أن يكون لدى المستشفى خطة متكاملة لإدارة المخاطر على مستوى المستشفى لضمان التعرف على المخاطر المؤسسية والعلاجية وتقليلها والتعامل معها.
- 2.3. وضع سياسات وإجراءات واضحة لإدارة المخاطر المؤسسية والعلاجية، مع ضمان توزيع وفهم هذه السياسات بين جميع العاملين في المنشأة.
- 3.3. استخدام تكنولوجيا المعلومات لتعزيز تتبع وإدارة المخاطر
- 4.3. يجب أن تقوم المستشفيات بوضع نظام يقوم بتحديد وتحليل وتقييم ومعالجة ومراقبة وتحليل المخاطر باستمرار.
- 5.3. يمكن أن تتضمن استراتيجيات إدارة المخاطر المؤسسية والعلاجية أنشطة من قبيل:

- 1.5.3. تخطيط الموارد البشرية
- 2.5.3. استراتيجيات الصحة والسلامة المهنية
- 3.5.3. عمليات التدقيق العلاجي
- 4.5.3. مراجعة سجل التاريخ المرضي للمريض
- 5.5.3. مراجعة حالات الوفاة والحالات المرضية

6.5.3. التدقيق والمراجعة لمخططات غرف الأشعة ومعايير السلامة الإشعاعية بواسطة فيزيائي طبي أو خبير

مؤهل معتمد.

4. نظام الشكاوى:

- 1.4. يجب التعامل مع الشكاوى الطبية وغير الطبية لضمان إجراء تحسينات على تقديم نظام الرعاية الصحية.
- 2.4. يجب وضع سياسات خاصة بإدارة الشكاوى وعرضها بوضوح للمرضى وطاقم العمل.
- 3.4. يجب تقديم المعلومات الخاصة بالشكاوى بالمستشفى والرد عليها للمرضى وأسرة المريض.
- 4.4. يجب على كل مستشفى تطوير إجراء مكتوب يضمن إجراء تحقيقات فورية وكاملة لجميع الشكاوى المقدمة ضد مختصي الرعاية الصحية أو موظفي المستشفى. يجب أن يتضمن الإجراء - كحد أدنى - البنود التالية:
 - 1.4.4. تعيين عضو مؤهل بإدارة المستشفى مسؤولاً عن مراقبة تحقيق الشكاوى المقدمة.
 - 2.4.4. يجب أن يتضمن تكوين وإجراءات تحقيق الشكاوى عملية تجميع الحقائق وإنشاء ملف للشكوى والتحقيق المنفذ ونتيجة التحقيق شاملة الإجراء المتخذ، إن وجد.
 - 3.4.4. إخطار مقدم الشكوى بنتيجة التحقيق.
 - 4.4.4. يجب رفع الشكاوى الطبية إلى الجهات الصحية المختصة حسب إجراءات المحددة لكل جهة صحية.
 - 5.4.4. ضرورة التعاون مع ممثلي الجهات الصحية في مختلف الطلبات الواردة إليهم وتزويدهم بها بأسرع وقت ممكن.
- 6.4.4. يجب إتاحة ملفات الشكاوى أثناء أي عملية تدقيق بواسطة محققى الجهات الصحية المختصة بكل إمارة.

5. التبليغ عن الأخطاء الجسيمة والحوادث الكبيرة:

- 1.5. يجب أن تستحدث كل مستشفى استراتيجية لمعالجة الأخطاء الجسيمة والحوادث غير المتوقعة أو الخطيرة.
- 2.5. يجب أن تقوم المستشفى بتبليغ الجهات الصحية المختصة بأي خطأ جسيم، والحوادث الكبرى التي قد تحدث بمرافق المستشفى، وتتضمن على سبيل المثال لا الحصر:
 - 1.2.5. أي حادث يلي عملية جراحية أو الإشراف على التخدير يؤدي إلى وفاة المريض.
 - 2.2.5. الإجراءات الجائرة الجراحية وغير الجراحية التي تتم على المريض الخطأ أو الموضع الخطأ أو الإجراء الخطأ.
 - 3.2.5. الوفاة غير المتوقعة أو غير المرتبطة بطبيعة مرض أو حالة المريض أو كانت نتيجة لخطأ.

- 4.2.5. سقوط المريض الذي يؤدي للوفاة أو فقدان دائم لعضو كنتيجة مباشرة للإصابات جراء المقوط.
- 5.2.5. نسيان من دون تعمد كائن غريب داخل جسم المريض بعد الجراحة أو أي إجراء آخر.
- 6.2.5. تفاعلات التحلل الدم بعد نقل الدم أو منتجاته نتيجة عدم توافق فصائل الدم (فصيلة الدم ABO أو العامل الريسوز Rh).
- 7.2.6. الجرائم الخطيرة مثل الاغتداء أو القتل أو الجرائم الأخرى التي تؤدي لوفاة المريض أو فقدان دائم لعضو داخل مرافق المستشفى.
- 8.2.5. الإخلاء الكامل أو الجزئي للمستشفى لأي سبب.
- 9.2.5. اشتعال حريق في مرافق المستشفى.
- 10.2.5. وفاة الأم المرتبطة بالحمل والولادة والنفاس.
- 11.2.5. اختطاف مولود جديد أو إعطاء الطفل الخطأ للعائلة الخطأ.
- 12.2.5. الوفاة غير المتوقعة لرضيع سليم بعد 37 أسبوعاً من الحمل.
- 13.2.5. فرط بيليروبين الدم الشديد عند الأطفال حديثي الولادة (البيليروبين > 30 ملليجرام/ديسيلتر)*.
- 3.5. يتعين على المنشأة إبلاغ الهيئة الاتحادية للرقابة النووية - عن الحوادث التي تتعلق بالمصادر الإشعاعية خلال المدد الزمنية المذكورة في متطلبات الهيئة.
- 4.5. يتعين على المنشأة إبلاغ الهيئة الاتحادية للرقابة النووية والهيئات الصحية حول حالات التعرض الطبي والعرضي أو غير المتعمد وتقديم التقرير للهيئة خلال 30 يوماً.
- 5.5. يجب في الحال الإبلاغ عن الأخطاء الجسيمة أو الحوادث الكبرى خلال فترة لا تتجاوز ثلاثة (3) أيام عمل بعد وقوع الحدث. وللجهات الصحية تحديد المدة المناسبة وفقاً لإجراءات المعتمدة لديها.
- 6.5. يجب أن تتضمن وسائل التبليغ عن الأخطاء الجسيمة والحوادث الكبرى خطاب رسمي مكتوب موجه إلى الجهات الصحية المختصة سواء بواسطة البريد أو التسليم باليد. يجب أن يتوافق التبليغ مع الحفاظ على أسرار المريض.
- 7.5. يجب على إدارة المستشفى إعداد تقييم مكتوب لاستجابتها للأخطاء الجسيمة أو تقديم تحليل شامل وواقعي للأسباب الرئيسية مع خطة العمل كما يجب تقديم الاستجابة إلى الجهات الصحية المختصة سواء بواسطة اليد أو بالبريد خلال 45 يوم عمل من وقوع الحدث أو إدراك الحدث.
- 8.5. دعماً لمهمة الجهة الصحية المختصة في التحسين المستمر لسلامة وجودة الرعاية الصحية المقدمة للجمهور، يحق للجهة الصحية المعنية إجراء دراسات لأنشطة المنشأة استجابة لحالة الأخطاء الجسيمة أو الحوادث الكبرى.
- 9.5. يجب التبليغ وانتاج القوانين الخاصة بالحوادث الإشعاعية للهيئة الاتحادية للرقابة النووية.

6. التبليغ عن حالات الوفاة والحالات المتسببة فيها:

- 1.6. يجب التبليغ عن حالات الوفاة خلال (72) ساعة من تاريخ وقوع الحدث مصحوباً بالسجل الصحي الأصلي للمريض مرفقاً به تقريراً إلى الجهة الصحية المختصة مع نموذج إخطار الوفاة، سواء بواسطة البريد أو التسليم باليد.
- 2.6. يجب استكمال نموذج إخطار الوفاة بصورة إلكترونية خلال سبعة (7) أيام، يتولى النموذج في موقع الجهة الصحية المختصة.
- 3.6. لا يُخلي تبليغ الجهة الصحية المختصة المستشفى من مسؤولياته تجاه تبليغ الحالات إلى قسم الشرطة المعني على النحو المطلوب، مثلاً في حالة زيارة أي مريض لقسم الطوارئ مع الاشتباه في محاولة الانتحار أو وجود إصابة بدنية مع الاشتباه في التعرض لاعتداء أو إهمال وما إلى ذلك.
- 4.6. يجب كتابة سبب الوفاة بحيث أن يكون واضحاً ومرتبئاً بالسبب الفعلي للوفاة.
- 5.6. يجب الإبلاغ عن سبب الوفاة من حيث:
 - 1.5.6. الإبلاغ عن سلسلة من الأحداث التي تؤدي مباشرة إلى الوفاة، مع السبب المباشر للوفاة (المرض النهائي أو الإصابة أو المضاعفات التي تسبب الوفاة بشكل مباشر) والسبب الأساسي للوفاة (المرض أو الإصابة التي بدأت سلسلة الأمراض المرضية) الأحداث التي أدت بشكل مباشر وحتمي إلى الوفاة
 - 2.5.6. الإبلاغ عن جميع الأمراض أو الحالات أو الإصابات الجسيمة الأخرى التي ساهمت في الوفاة، ولكنها لم تؤدي إلى السبب الكامن وراء الوفاة.
- 6.6. يجب أن تكون معلومات سبب الوفاة هي أفضل رأي طبي للطبيب المعالج ويمنع استخدام الاختصارات غير المعتمدة.

7. جمع البيانات والإحصائيات:

- 1.7. يجب على كل مستشفى مرخص لدى الجهة الصحية المختصة تقديم البيانات التالية إلى القسم المعني كل فترة ربع سنة:

- 1.1.7. عدد مرات إعادة إدخال المريض خلال 48 ساعة بعد خروجه مع نفس التشخيص.
- 2.1.7. عدد المرضى المغادرين بعد تلقي استشارة طبية.
- 3.1.7. عدد المرضى ممن لا يمكن خروجهم أو تحويلهم نتيجة عدم توفر أماكن في المستشفيات الحكومية.
- 4.1.7. عدد تقنيات التلقيح بالمساعدة (ART) الناجحة (إذا وجدت).
- 5.1.7. متوسط فترة المكوث في المستشفى

- 6.1.7. عدد الولادات وفحوصات حديثي الولادة (إذا وجدت)
- 7.1.7. عدد حوادث سقوط المرضى داخل المستشفى.
- 8.1.7. عدد تدريبات الوقاية من الحريق ومواجهة الكوارث المنفذة (كل سنة).
- 2.7. يجب على كل مستشفى مرخص من الجهة الصحية المختصة تقديم البيانات الإحصائية التالية كل ثلاث أشهر (راجع الملحق 8)
- 1.2.7. إجمالي عدد المرضى المقيمين داخل المستشفى وفق للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) وحسب الجنسية والجنس والمجموعة العمرية.
- 2.2.7. خدمات المرضى المقيمين التي تتضمن عدد مرات الدخول والخروج وحالات الوفاة.
- 3.2.7. إجمالي عدد المرضى المتوجهين للعيادات الخارجية بالمستشفى وفق التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) وحسب الجنسية والجنس والمجموعة العمرية.
- 4.2.7. إجمالي عدد علاجات الأسنان لكل تخصص حسب جنسية المريض والجنس والمجموعة العمرية.
- 5.2.7. عدد مرات حضور عيادات الطب التقليدي والبديل والتكميلي (TCAM) (إذا وجدت) حسب جنسية المريض والجنس والمجموعة العمرية.
- 6.2.7. نوع وعدد العمليات والإجراءات المنفذة داخل المستشفى حسب التخصص والنوع (الاجتيازية والطارئة) ونوع العمليات والإجراءات (كبرى أو صغرى).
- 7.2.7. إجمالي القوى العاملة المسجلة في المنشأة الطبية حسب الجنسية والجنس والمجموعة العمرية والتخصص العملي.
- 8.2.7. إجمالي عدد تحاليل المختبر المنفذة داخل المستشفى حسب نوعها وبنسبة المريض والجنس والمجموعة العمرية.
- 9.2.7. إجمالي عدد إجراءات فحوصات الأشعة المنفذة داخل المستشفى ومعدل الجرعات الإشعاعية حسب النوع وبنسبة المريض والجنس والمجموعة العمرية.
- 10.2.7. إجمالي عدد التطعيمات المقدمة في المستشفى حسب النوع وبنسبة المريض والجنس والمجموعة العمرية.
- 3.7. يحق للجهات الصحية المعنية في أي وقت طلب بيانات إضافية تعتبرها ضرورية.

1. هيئة الإدارة

تتحمل هيئة إدارة المستشفى المسؤولية القانونية لجودة خدمات رعاية المرضى، وإدارة والتزامات المستشفى كمؤسسة وضمان الامتثال لجميع القوانين الاتحادية والمحلية لدولة الإمارات العربية المتحدة.

1.1. يجب على هيئة إدارة المستشفى تحمل مسؤولية توجيه أعمال تشغيل المستشفى وفق مهامها. إذا لم يكن بالمستشفى هيئة إدارة مؤسسة، يجب عندئذ على الشخص أو الأشخاص المسؤولين عن إدارة المستشفى القيام بهذه المهام. تتحمل هيئة إدارة المستشفى مسؤولية ما يلي:

1.1.1. قيادة المؤسسة لضمان تقديم خدمات عالية الجودة وأمنة عبر التخطيط والتطوير الاستراتيجي والتنظيمي الموثق.

2.1.1. الحصول والحفاظ على اعتماد إيجابي للمستشفى.

3.1.1. تطوير الحوكمة عبر هيكل تنظيمي رسمي ينبغي تعريفه لجميع أعضاء طاقم العمل.

4.1.1. يجب على هيئة الإدارة إنشاء لائحة مكتوبة للمؤسسة تعكس مسؤوليتها القانونية تجاه المرضى والتزامها تجاه المجتمع الذي تخدمه. يجب أن تحدد اللائحة على الأقل ما يلي:

1.4.1.1. واجبات ومسؤوليات هيئة الإدارة.

2.4.1.1. علاقات ومسؤوليات هيئة الإدارة وإدارة المستشفى وطاقم العمل الطبي والأكاديمية المنفذة بواسطة هيئة الإدارة للحفاظ على مسؤوليات جميع الأطراف.

3.4.1.1. آليات إنشاء ومراجعة وتقييم اللائحة بمعرفة هيئة الإدارة.

4.4.1.1. آليات الاعتماد الرسمي لللائحة المؤسسات وقواعد عمل طاقم العمل الصحي وأقسامه بالمستشفى.

2.1. ينبغي اتخاذ الإجراءات الضرورية والمناسبة للتوافق مع جميع المتطلبات التنظيمية المحلية والاتحادية ومراقبة الأداء لتحسين أي حالات قصور تم تحديدها.

3.1. دعم تطوير قواعد السلوك المهني والسياسات والإجراءات العلاجية لمساعدة المؤسسة في تقديم رعاية آمنة وذات جودة وتعيين طاقم عمل مسؤول عن تطوير ومراجعة مستندات المؤسسة.

4.1. التزام وصول فريق قيادة المستشفى وطاقم العمل الصحي بجميع اللوائح والسياسات العلاجية المرتبطة بالخدمات الصحية.

5.1. ضمان وجود هيكل تنظيمي بالمستشفى ونظام موحد خاص بالتوجيه والتعيين والاحتفاظ المهني.

6.1. دعم التوعية المستمرة والتطوير المهني لطاقم العمل من خلال تخصيص تمويل خاص بهذه الأنشطة.

- 7.1. دعم تطوير نظام لتقييم وضمان الجودة يسعى على نحو فعال تجاه التحسين المستمر للجودة.
- 8.1. إدارة عقود توريد الخدمات من الخارج لترقية جودة الرعاية وتقديم الخدمات.
- 9.1. إدارة نظام فعال لتقييم طاقم العمل أثناء فترة الاختبار وكذلك التقييم السنوي لطاقم العمل.
- 10.1. ضمان وجود لجان فنية متخصصة بالمستشفى تعمل تحت إشراف المدير الطبي أو مدير خدمات التمريض.
- 11.1. ضمان مشاركة المرضى ومقدمي الرعاية والمجتمع في تخطيط وتقديم وتقييم الخدمة الصحية.
- 12.1. ضمان توفر الموارد الكافية وطاقم العمل المتخصص لتقديم خدمات الرعاية الصحية الآمنة في المستشفى.
- 13.1. ضمان تعريف وتحديد جميع المسؤوليات الوظيفية لجميع مختصي الرعاية الصحية والعاملين. كما ينبغي تقديم السياسات والإجراءات الخاصة بمتابعة مختصي الرعاية والصحية والعاملين.
- 14.1. الحصول على الاعتمادات المطلوبة من الهيئات الصحية المختصة الخاصة بأي تغييرات أو تعديلات في نطاق خدمات ومرافق وأجهزة المستشفى.

2. المدير الطبي

- 1.2. يجب أن يكون المدير الطبي بالمستشفى طبيباً مرخصاً له من الجهة الصحية المختصة بدولة الإمارات العربية المتحدة بمزاولة الطب في إحدى التخصصات المدرجة ضمن نشاط المنشأة الصحية أو شخص مؤهل حاصل على شهادة في إدارة المستشفى أو إدارة الرعاية الصحية من جامعة معترف بها وخبرة ذات صلة في إدارة المستشفى لمعرفة السياسات الصحية التشريعات المحلية والقدرة على قيادة الفريق وإدارة العمليات الصحية.
- 2.2. يجب إدارة خدمات المستشفى على نحو يضمن تقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة مع مراعاة حقوق المرضى. تتضمن مسؤوليات المدير الطبي، على سبيل المثال لا الحصر :
 - 1.2.2. ضمان حصول جميع مختصي الرعاية الصحية على ترخيص مزاولة مهنة ساري المفعول بواسطة الجهة الصحية المختصة واكتساب التدريبات والمهارات المطلوبة للقيام بالخدمات العلاجية المقدمة بالمستشفى.
 - 2.2.2. ضمان توفير المستشفى دورات تدريبية إكلينيكية مستمرة لمختصي الرعاية الصحية في مناطق مختلفة اعتماداً على تقييم الكفاءة المهنية وتقييم الأداء، على سبيل المثال لا الحصر : الرعاية الإكلينيكية الجيدة والمعالجة اليدوية والتعامل مع الأنواع والتعقيم والتدريب على الوقاية من الحرائق والوقاية من الإشعاع والمخاطر المادية والكيميائية في المرافق الصحية وما إلى ذلك.
 - 3.2.2. ضمان تمتع جميع العاملين (المختصين في غير مجال الرعاية الصحية) المشاركين في تقديم خدمات الرعاية الصحية بالمستشفى بتدريب وتأهيل وإشراف مناسب، وكذلك توفير عدد كافٍ منهم لتقديم الرعاية المطلوبة.

- 4.2.2. تطوير عملية داخلية واضحة لتجميع وتقديم الشهادات المعتمدة لمختصي الرعاية الصحية (الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة) إلى الجهة الصحية المختصة
- 5.2.2. تحديد معايير موضوعية لامتيازات الطبيب بالمستشفى والاحتفاظ بسجلات خاصة بنتائج الاعتماد والمزايا.
- 6.2.2. ضمان إعلام جميع مختصي الرعاية الصحية ولتباعهم لللائحة المستشفى والسياسات والإجراءات العلاجية.
- 7.2.2. ضمان تأسيس وتنفيذ برنامج توجيه بالمستشفى.
- 8.2.2. الاستجابة لأي تقارير معاينة أو متطلبات خاصة بالجهة الصحية المختصة.
- 9.2.2. قيادة مؤسسة المستشفى في التزامها تجاه تحسين الأداء من خلال إدارة المخاطر الوشيك، والحوادث، والشكاوى، والاستجابات. كما يجب على المستشفى اتباع نظام التبليغ عن الحادث وتقديم دليل على التنفيذ.
- 10.2.2. ضمان توفير المستشفى خطة لمعالجة حالات الاشتباه في الاعتداء على الأطفال والأعمال الإجرامية.
- 11.2.2. على دراية كاملة بالإجراءات والعمل على التبليغ عن جميع الأمراض المعدية وفق القائمة المعتمدة من الجهة الصحية المختصة.
- 12.2.2. على دراية كاملة بالإجراءات والعمل على التبليغ عن الأخطاء الجسيمة إلى الجهة الصحية المختصة.
- 13.2.2. تقديم بيانات وإحصائيات المستشفى السنوية المطلوبة إلى الجهة الصحية المختصة.

3. مدير خدمات التمريض

- 1.3. يجب على كل مستشفى تنفيذ خدمات تمريض تحت توجيه ممرض/ة مسجل/ة مرخص/ة من الجهة الصحية المختصة، حاصل كحد أدنى على درجة الماجستير في التمريض أو الإدارة وخبرة لا تقل عن خمس (5) سنوات في مجال التمريض، مع إتمام حامين على الأقل في وظيفة إدارية أو إشرافية.
- 2.3. يجب تكليف الممرضات/الممرضين المرخص لهم بالعمل في الإشراف على خدمات الرعاية والمساعدة في التمريض وفق خطة العمل المكتوبة التي تقدم تغطية مناسبة لجميع وحدات التمريض أثناء كل مناوبة.

4. اللجان الفنية بالمستشفى

- 1.4. يجب على المستشفى تعيين لجان فنية متخصصة تحت إشراف المدير الطبي أو مدير خدمات التمريض وفق أنشطة المستشفى وسعة الأثر والخدمات العلاجية المقدمة،

2.4. يجب أن تجتمع اللجان على أساس دوري لتسقي وتطويع أعمال الرعاية. كما يجب توثيق محضر الاجتماع مع بيان المهام والمسؤوليات بوضوح.

3.4. يجب أن تتضمن اللجان الفنية بالمستشفى اللجان التالية، على سبيل المثال لا الحصر:

1.3.4. لجنة الجودة الطبية سلامة المرضى

2.3.4. لجنة الاعتمادات والامتيازات

3.3.4. لجنة الصحة والسلامة

4.3.4. لجنة المضاعفة والوفيات

5.3.4. لجنة الاستفادة من الدم ومراجعة نقل الدم

6.3.4. لجنة الصيدلة والدواء

7.3.4. لجنة الوقاية من الإشعاع

8.3.4. لجنة الأورام متعددة التخصصات.

5. نظام الاعتماد والامتيازات

يعتبر تعريف نطاق عمل الأطباء وأطباء الأسنان (الامتيازات) نتيجة مدى ملاءمة مؤهلات ومهارات وخبرات الطبيب وقدرته على أداء الخدمات المطلوبة والمسؤوليات الخاصة بالمستشفى.

1.5. تتحمل هيئة إدارة المستشفى والمدير الطبي مسؤولية ضمان تقديم الخدمات بواسطة مختصين أكفاء في الرعاية الصحية معتمدين من الجهة الصحية المختصة.

2.5. يجب إنشاء لجنة للاعتمادات والامتيازات في المستشفى لضمان دعم العمليات وتقديم خدمات رعاية صحية آمنة.

3.5. يجب أن يمتلك جميع مختصي الرعاية الصحية رخصة مهنية سارية من الجهة الصحية المختصة والقيام بأعمال تتوافق مع مجال تخصصهم.

4.5. يجب على اللجنة تطوير وتنفيذ سياسات وإجراءات واضحة للاعتمادات والامتيازات كما يجب تطبيق نظام الاعتمادات والامتيازات لأطباء المجتمع والأطباء الزائرين.

5.5. يجب على اللجنة التعاون مع وحدة أو قسم الموارد البشرية بالمستشفى لضمان الاحتفاظ بنسخة من شهادات مختصي الرعاية الصحية الخاصة بالتعليم والتدريب والخبرات والرخصة والامتيازات في ملف الموارد البشرية كما يجب الاحتفاظ بقائمة من الإجراءات التي يسمح للأطباء القيام بها داخل المنشأة.

6.5. يجب مراجعة مجال الخبرات العلاجية لجميع الأطباء (الامتيازات) خلال فترات زمنية دورية طوال فترة عملهم وتعيينهم.

7.5. يجب على لجنة الاعتمادات والامتيازات تطوير سياسة التقديم الآمن للإجراءات الحديثة.

القسم العاشر: إدارة الموارد البشرية

تعمل إدارة الموارد البشرية بالمستشفى على دعم وتعزيز جودة الرعاية الصحية والقوى العاملة وبيئة العمل المرضية لكل العاملين، كما تضمن تعيين وإدارة العاملين بالرعاية الصحية لدعم توفير الرعاية والخدمات الصحية الآمنة وعالية الجودة.

1. ممارسات الموارد البشرية

يتعين أن تركز ممارسات الموارد البشرية على سياسات وإجراءات وأنظمة يمكنها التأثير على سلوكيات واتجاهات وأداء العاملين.

- 1.1. على المستشفى إظهار تأثير التركيز على تخطيط الموارد البشرية وتلبية احتياجات المستشفى الحالية والمستقبلية.
- 2.1. يجب أن يضمن نظام اختيار العاملين وتعيينهم توفر الخبرة والكفاءة المطلوبة حسب احتياجات المستشفى.
- 3.1. التحقق من وجود نظام للتعليم والتطوير المستمر لضمان دوام مهارة وكفاءة العاملين في المهام الموجهة لهم.
- 4.1. ضرورة توثيق أنشطة التطوير المهني المستمرة.
- 5.1. يجب توفير منظومة منهجية مستقرة للتوجيه الأولي والمتابعة المهنية وتقييم الأداء للعاملين.

2. الحد الأدنى للمتطلبات الواجب توافرها في مقدمي الرعاية الصحية

- 1.2. يجب توفير عدد كاف من مقدمي الرعاية الصحية من المؤهلين والحاصلين على ترخيص مزاولة المهنة ساري المفعول من الجهة الصحية، ولاتخاذ الإجراءات اللازمة للرعاية الصحية للمرضى.
- 2.2. تقوم إدارة المستشفى بتحديد عدد مقدمي الرعاية الصحية المخصص لكل خدمة رعاية صحية، بما يتماشى مع البرنامج الوظيفي للمستشفى.
- 3.2. على كافة أفراد مقدمي الرعاية الصحية العمل في مجال تخصصهم.
- 4.2. يجب تعيين رئيس وطاقت طبي متخصص لإدارة كل قسم طبي مع توفير المتطلبات التالية:
 - 1.2.4. ضرورة وجود استشاري واحد (1) على الأقل طوال الوقت بالنسبة لجميع التخصصات الجراحية على سبيل المثال لا الحصر (الباطنة والجراحة والأطفال والنساء والتوليد والتخدير والعناية الحرجة والخدج والقلب)

- 2.2.4. ضرورة وجود استشاري أو أخصائي واحد (1) طب باطني على الأقل للأقسام أو الخدمات الأخرى في المستشفى.
- 3.2.4. ضرورة وجود أخصائي أو ممارس عام واحد (1) على الأقل بمقر المستشفى، بحيث يغطي كل قسم أو خدمة طبية على أن يشمل ذلك العطلات والإجازات العامة.
- 4.2.4. يعتمد عدد الأخصائيين أو ممارسي الطب العام على أنشطة المستشفى وعدد المرضى.
- 5.3.4. يجب ألا تزيد مسؤولية الممارس العام أو الأخصائي تجاه المرضى من نزلاء المستشفى على 10 أسرة للطبيب في الأجنحة العامة، تحت الإشراف المباشر للأخصائي أو الاستشاري في مجال تخصصه.
- 6.3.4. ضرورة وجود عدد كاف من كادر التمريض والقابلات المرخص للعمل على مدار (24) ساعة للتخطيط والإشراف وتقييم الرعاية اللازمة. وعلى المستشفى استيفاء بنسبة التمريض التي تقرها الجهة الصحية (راجع ملحق 9) كحد أدنى من متطلبات هيئة التمريض.
- 7.3.4. يجب أن يفي عدد كادر التمريض والقابلات وكادر التمريض المساعد - والمرخص من الجهة الصحية والمخصص لكل قسم أو خدمة طبية - خدمات التمريض اللازمة للرعاية الطبية.
- 8.3.4. يجب توفير استشاري أو أخصائي واحد (1) على الأقل لكل مناوبة في علم الأمراض والتحاليل على مدار (24) ساعة لإدارة الخدمات المخبرية للعيادات بالمستشفى.
- 9.3.4. يجب وجود على الأقل عدد ثلاثة (3) فنيين مختبر مرخصين من الجهة الصحية لتقديم الخدمات المخبرية الأساسية.
- 10.3.4. يجب توفير استشاري واحد (1) أو أخصائي أشعة واحد (1) لكل مناوبة على مدار (24) ساعة لإدارة خدمات التصوير الطبي بالمستشفى.
- 11.3.4. يجب توفير استشاري واحد (1) أو أخصائي واحد (1) في مجال العلاج بالأشعة لكل مناوبة على مدار (24) ساعة لتحديد الجرعات الإشعاعية وطرق العلاج الإشعاعي سواء في قسم الطب العلاجي أو قسم العلاج بالأشعة في حال تم توفير الخدمة في المستشفى. بالإضافة إلى الطبيب أورام، طبيب أورام إشعاعي، فيزيائي طبي للعلاج الإشعاعي، فني مخطط علاج إشعاعي، فني علاج إشعاعي وذلك لضمان الجودة وتنفيذ مبدأ مراجعة النظراء (peer review).
- 12.3.4. يجب متابعة تحسين خدمات التصوير الطبي واختبارات ضبط الجودة لأجهزة الأشعة وتعديل ومتابعة الجرعات الإشعاعية للموظفين والمرضى والاحتفاظ بسجلاتها وتصميم صيانة غرف الأشعة وقياس التسرب الإشعاعي والتشتت الإشعاعي إما بتمهيدها لشركة خارجية أو توفير فيزيائي طبي واحد (1) على الأقل.

13.3.4. يجب وجود - على الأقل - ثلاثة (3) فنيي أشعة معتمدين في المستشفى للمساعدة في خدمات التصوير الطبي بالمستشفى.

14.3.4. يلزم توفير فنية تصوير بالأشعة واحدة (1) على الأقل للقيام بخدمات تصوير الثدي بالأشعة.

15.3.4. يتوقف مدى توفر المختصين في مجال الرعاية الطبية على أنشطة المستشفى وعدد المرضى بها. ويتم تحديد هذا العدد بمعرفة إدارة المستشفى لضمان التغطية الكافية لكل الخدمات الطبية بكافة الأقسام، وكذلك لضمان توافر طاقم التمريض بكل مناوبات العمل الثلاث، صباحاً ومساءً وليلاً وفي أثناء الإجازات والعطلات الرسمية.

3. متطلبات اعتماد مختصي الرعاية الصحية

1.3. يتعين على كافة المختصين في مجال الرعاية الصحية الحصول على اعتماد أو تدريب ساري المفعول في طرق الإنعاش الأساسية.

2.3. يتعين على كافة المختصين في مجال الرعاية الصحية بخدمات الرعاية الحرجة وقسم العمليات الجراحية الحصول على اعتماد أو تدريب ساري المفعول في مجال الإنعاش القلبي الرئوي المتقدم.

3.3. يجب أن تتوفر الكفاءة للمختصين العاملين في مجال الرعاية الصحية والحاصلين على تدريب نوصي أو اعتماد كما يلي:

1.3.3. طاقم التمريض والأطباء العاملون بوحدة العناية المركزة لحديثي الولادة: برنامج الإنعاش لحديثي الولادة.

2.3.3. القابلات والأطباء العاملون بأجنحة الولادة: برنامج تدريب مستدام على تشغيل جهاز متابعة الجنين قبل الولادة.

3.3.3. طاقم التمريض في غرف العمليات: التدريب في مجال تقييم ورصد المرضى تحت تأثير التخدير.

4.3.3. أطباء وفنيي الأشعة والفيزيائيين الطبيين ومختصي الوقاية من الإشعاع وهيئة التمريض العاملين في أقسام الأشعة التشخيصية والعلاجية والطوارئ الإشعاعية.

4. متطلبات تحسين العاملين بالرعاية الصحية

1.4. على المستشفى أن تضمن اتخاذ التدابير الصحيحة لمنع أصابه العاملين الصحيين بالأمراض المعدية الممكن توقيها باللقاحات حيث أن الكثيرين من العاملين بالرعاية الصحية عرضة لمخاطر الإصابة بأمراض يمكن منعها بالتطعيم. على كل مستشفى وضع سياسة شاملة للإشراف على التطعيم لجميع العاملين بالرعاية الصحية.

2.4. على المستشفى توفير التطعيمات اللازمة والتحائيل الخاصة بالأجسام المضادة لبعض الأمراض المعدية للعاملين بالرعاية الصحية بصورة مجانية.

3.4. يجب أن تكون التطعيمات مشمولة ومعترفًا بها في القوانين واللوائح الاتحادية. وتكون جداول مواد التطعيم والأمصال اللازمة للعاملين بالرعاية الصحية في (الملحق 10)، ولابد من مراعاة استخدام تلك المواد أثناء تطوير سياسات التطعيم.

4.4. يتعين الاحتفاظ بـ سجل أو سجل للتطعيم الحالي بالمواد الموصى بها للعاملين بالرعاية الصحية، وتوثيق السجل في نظام مركزي لمتابعة حالات ومواقف التطعيم للعاملين بالرعاية الصحية.

القسم الحادي عشر: إدارة المنشآت

يجب أن تضمن المستشفى بيئة رعاية صحية سليمة وأمنة وداعمة ومؤثرة على المرضى وأسرتهم وطاقم العمل. ولتحقيق ذلك يستلزم الأمر وجود برنامج منهجي لتحديد الأولويات والتخلص من المخاطر المختلفة.

1. نظام إدارة السلامة بالمستشفى:

1.1. على إدارة المستشفى تخطيط وتمويل كافة أوجه الدعم والموارد الضرورية لتحسين السلامة بالمنشأة.

2.1. على المستشفى إنشاء لجنة متعددة التخصصات للصحة والسلامة.

3.1. يجب أن تتفق أنظمة إدارة المستشفى وسياساتها مع اللوائح المحلية والاتحادية المعنية.

4.1. يجب أن تشمل منظومة إدارة السلامة على أنظمة السلامة من الحرائق ومكافحتها، وإدارة النفايات الخطرة والنفايات المشعة ومخططات غرف الأشعة ومخططات الطوارئ والأمن والأمان وأية مخاطر أخرى.

5.1. اختبار ومعايرة أدوات ومستلزمات الأشعة والقيام بصيانة أجهزة الأشعة وقياس كفاءتها واختبارات ضبط الجودة دورياً ووثائقاً.

6.1. على إدارة المستشفى تعيين ضابط سلامة مدرب طوال الوقت.

7.1. يمكن التعامل مع موردي خدمات خارجيين، على أن يتم إفادتهم بالمعلومات اللازمة لهم وإمتثالهم بمتطلبات وشروط الصحة والسلامة بالمستشفى.

8.1. يجب إحاطة طاقم العمل بالمعلومات التي تلتزمهم وتعريفهم بمسؤولياتهم وبتدابير التعامل مع المواد والنفايات الخطرة والمشحونة، وكذلك بتدابير الوقاية من الإشعاع والوقاية من الحرائق ومكافحتها.

9.1. يجب أن يتضمن برنامج تقديم وتوجيه أي فرد جديد في طاقم العمل التوجيه الخاص بتدابير السلامة.

10.1. يجب أن تلتزم المستشفى بتدابير السلامة والأمن التي توجبها إدارة الدفاع المدني المعنية.

11.1. على إدارة المستشفى الالتزام بقواعد وتعليمات ولوائح الهيئة الاتحادية للرقابة النووية بشأن استخدام الإشعاع المؤين والمواد المشعة بالمستشفى، وكافة إجراءات السلامة والوقاية المتعلقة بهذا الموضوع.

2. الوقاية من الحرائق:

الحريق خطر محتمل قد يواجهه كافة مؤسسات الرعاية الصحية، وهو أكثر خطراً على المرضى المقعدين أو العاجزين عن الحركة والتعامل مع خطر الحريق، يتعين على المستشفى أن:

1.2. تضع خطة للوقاية من الحرائق تتماشى مع توجيهات إدارة الدفاع المدني، للكشف المبكر عنها ومحاصرتها، وإطفائها، وإنقاذ جميع المتواجدين والمرضى.

2.2. وضع تدابير معينة لإخطار أو تنبيه الجهات المسؤولة.

3.2. وضع وتنفيذ سياسة لعدم التدخين بالمستشفى.

4.2. وضع تصور لمخاطر الحريق المحتمل الذي قد يواجهه مرافق المستشفى.

5.2. فهم وإدارة المخاطر المقترنة بموقع المستشفى ومرافقها.

6.2. إجراء الصيانة الدورية لمعدات الوقاية من الحرائق، واختبار كفاءة تدابير مكافحتها وأنظمة الاتصالات في حالات الطوارئ.

7.2. تدريب طاقم العمل على كيفية التصرف في حال نشوب حريق بالمبنى المتواجدين به.

8.2. التأكد من توفر أعداد كافية من العاملين المدربين جيداً وموزعين على كل مناورات العمل، بحيث يقومون بالاستجابة المناسبة في حال نشوب أي حريق.

9.2. تدريب وتلقيّن العاملين على حالات الطوارئ، لتقييم درجة كفاءة الاستعداد لديهم.

3. المواد والبضائع الخطرة:

1.3. يجب أن يتوفر للمستشفى سياسات وإجراءات بشأن التوريدات وإدارتها والتخلص من البضائع والمواد الخطرة، مع ضرورة الالتزام باللوائح المحلية.

2.3. وضع تدابير معينة لإخطار أو تنبيه الجهات المسؤولة والهيئة الاتحادية للرقابة النووية في حالات الحوادث الإشعاعية أو التلوث الإشعاعي أو فقدان مصدر مشع حسب قوانين الهيئة.

3.3. على المستشفى ضمان وجود حيز كاف وتهوية كافية من أجل التعامل الآمن مع المواد الخطرة.

4.3. يجب أن يتوفر بكل اسم قائمة حالية ومحدثة بالمواد والبضائع الخطرة المستخدمة في تلك المنطقة، على أن تغطي تلك القائمة ما يلي:

- 1.4.3. الغرض من الاستخدام
- 2.4.3. الشخص المسؤول عن الاستخدام
- 3.4.3. الكمية المسموح استخدامها
- 4.4.3. في حال المواد المشعة يجب توفر المعلومات التالية:
 - 1.4.4.3. اسم المواد المشعة
 - 2.4.4.3. النشاط الإشعاعي عند التخزين
 - 3.4.4.3. تاريخ التخزين
 - 4.4.4.3. التقرير الدوري للقراءة الـ Survey meter
- 5.3. يجب تسمية وتصنيف كافة المواد بوضوح، ويشمل ذلك الأوعية المضادة لنمو الأورام والمواد المشعة، وكافة الأحماض والمواد السامة والغازات والأبخرة الخطرة وغازات التخدير.
- 6.3. يجب توفير ملابس ومعدات واقية بكافة مرافق المستشفى التي تتعامل مع المواد الخطرة ومولدات الأشعة والمصادر المشعة.
- 7.3. يجب توفر ملفات بيانات سلامة المواد لطاغم العمل في الأماكن المتخصصة، وإدارة الدفاع المدني في حالة الطوارئ.
- 8.3. يجب تسمية وتصنيف المواد الخطرة بوضوح وتسجيلها بسجل كافة المواد الخطرة بموقع العمل. ويحظر تغيير بطاقات التسمية، ويتعين تخزين كافة المواد بأوعيتها الأصلية ووضع العلامات اللازمة حسب القوانين المتبعة.

4. إدارة النفايات والبيئة

تدعم إدارة النفايات والبيئة الممارسات السليمة الأمانة. ومن الضروري أن تطبق المستشفى سياسة إدارة النفايات والبيئة بكافة أرجاء المستشفى. ويتعين أن تشمل تلك السياسة العزل والتخلص من نفايات المستشفى والنفايات الطبية بطريقة سليمة طبقاً للوائح المحلية.

- 1.4. يجب أن تغطي سياسة إدارة النفايات كيفية التعامل، والتخزين، والنقل، والتخلص من كل أنواع النفايات مثل:

- 1.1.4. النفايات الإكلينيكية
- 2.1.4. نفايات العلاج بالمواد الكيميائية
- 3.1.4. النفايات المشعة
- 4.1.4. الغازات الخطرة

5.1.4. غازات التخدير

- 2.4. يجب تحديد وتعريف مسارات إدارة النفايات، مع عرض علامات أو لافتات التحذير.
- 3.4. يجب التخزين الصحيح لمواد النفايات وتعبئتها وحفظها داخل أوعية وحاويات.
- 4.4. التعاقد مع شركة متخصصة للتعامل مع مواد النفايات الطبية والنفايات المشعة، مع ضرورة أن يتم ذلك طبقاً للشروط التي تصدرها الوحدة المحلية والجهة الصحية المختصة والهيئة الاتحادية للرقابة النووية.
- 5.4. يحظر التخلص من السوائل والأدوية والمحاليل والكيمائيات الطبية الخطرة في مجاري الصرف الصحي العامة.
- 6.4. يجب الحفاظ على النظافة في كافة مرافق المستشفى من قبل طاقم النظافة المدربين.

5. إدارة المعدات والإمدادات الطبية

تعتبر الأجهزة والمعدات الصالحة والدقيقة والأمنة بالعيادات شرطاً ضرورياً لتقديم خدمات الرعاية الصحية. ويجب أن يتم اختيار الأجهزة والمعدات الطبية بعناية واعتماد المستخدم النهائي لها، مع ضرورة تركيبها ومعاينتها وتشغيلها طبقاً لمواصفات الشركة المصنعة. ويلزم تحديد وتعريف المعدات والأجهزة فائقة الأهمية، مع ضرورة مراقبة صيانتها ومعاينتها وتشغيلها طبقاً للوائح المحلية.

- 1.5. على المستشفى القيام بالصيانة الوقائية الفعالة بشكل دوري طبقاً لتوصيات الشركة المصنعة. ويجب أن تشمل الصيانة الوقائية - على سبيل المثال لا الحصر - ما يلي:

1.1.5. اختبار سلامة التوصيلات الكهربائية الخاصة بالأجهزة والمعدات عند تركيبها وأثناء إجراء الصيانة الوقائية وبعد عمل إصلاحات كبرى لها وعمل تقرير بها.

2.1.5. يجب أن يخصص لكل جهاز قائمة مراجعة تشمل جداول الصيانة وحالات التعطل والإصلاحات التي تعرض لها الجهاز.

3.1.5. يجب أن يتوفر للمستشفى إجراءات مستدامة قياسية لتنفيذ اعتماد أو التصديق على كل المعدات والأجهزة الجديدة قبل تشغيلها واستخدامها.

2.5. يجب أن يتوفر بالمستشفى ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:

1.2.5. كتيبات السلامة في ورش عمل الطب الحيوي

2.2.5. كتيب تشغيل الأجهزة والمعدات لكل اسم أو إدارة تستخدمها

3.5. يجب أن يكون للمستشفى سياسة مكتوبة لوضع بطاقات التعريف والتسمية على الأجهزة والمعدات الطبية

1.3.5. عمليات الصيانة الوقائية وتاريخ الاختبار والتاريخ المحدد

- 2.3.5. رقم الجرد
- 3.3.5. الانتهاء من الخدمة
- 4.3.5. اختبارات السلامة.
- 5.3.5. اختبارات ضبط الجودة الدورية وبعد الصيانة أو استبدال أنبوب الأشعة
- 6.3.5. حالة الأجهزة والمعدات (معقمة أم لا)
- 4.5. على المستشفى الاحتفاظ بسياسة مكتوبة بشأن انتهاء المعدات والأجهزة من الخدمة.
- 5.5. يجب أن تتم صيانة الأجهزة والمعدات بمعرفة متخصصين مؤهلين ومدربين.
- 6.5. على المستشفى إلغاء استخدام أسلاك التوصيل.
- 7.5. من الضروري أن يتم تدريب مختصي الرعاية الصحية بالمستشفى (الأطباء وطاقم التمريض ومعاونيهم) على تشغيل الأجهزة والمعدات الطبية والمخاطر المقترنة بها، وأن يشمل هذا التدريب - على سبيل المثال لا الحصر - ما يلي:
 - 1.7.5. الأجهزة والمعدات الجديدة
 - 2.7.5. طاقم العمل المنقل من قسم إلى آخر
 - 3.7.5. طاقم العمل المعين حديثاً
 - 4.7.5. تكرار حدوث سوء استخدام الأجهزة والمعدات.
 - 8.5. يتعين على المستشفى حفظ سجل أو قوائم جرد لكافة الأجهزة، والمعدات، وأماكن وجودها.
 - 9.5. توفر بيانات عن عمليات الصيانة الوقائية بشأن تحديث أو استبدال الأجهزة والمعدات.
 - 10.5. يتم توثيق وحفظ كافة سجلات الخدمة ونتائج الاختبارات (الخاصة بالسلامة والصلاحية) وتقارير المعايير وعمليات الضبط ومراقبة جودة لكافة الأجهزة والمعدات.
 - 11.5. يتم اختبار ومعايرة كل الأجهزة والمعدات باستخدام أدوات اختبار مناسبة.
 - 12.5. يجب حفظ تقارير أعطال الأجهزة والمعدات الطبية والإجراءات التصحيحية التي تمت بالمستشفى.
 - 13.5. يجب أن تكون المرافق والوسائل والملحقات والمستهلكات مناسبة لأداء الأجهزة والمعدات لوظائفها ومطابقة لتوصيات الشركة المصنعة.
 - 14.5. يلزم تخطيط وتنفيذ برنامج تدريبي مستدام من قبل إدارة الطب الحيوي لطاقم العمل المعني بالمستشفى، وذلك على التشغيل الآمن والصيانة الدورية للأجهزة والمعدات الطبية فائقة الأهمية.

- 15.5. يجب وجود منظومة بالمستشفى لمتابعة الموردين والمهندسين بخصوص الأجهزة والمعدات في فترة الضمان وأماكن وجودها والعقود الخاصة بها.
- 16.5. يجب أن يتوفر بالمستشفى منظومة لسحب أو إيقاف أي منتج أو جهاز.
- 17.5. يتعين وضع وتفعيل سياسة إجرائية تمكن من سحب أي منتج أو جهاز من الخدمة.
- 18.5. يلزم وجود مواد كهرباء احتياطي للحالات الطارئة لتغذية المناطق المهمة جدًا بالكهرباء عند انقطاع الكهرباء العمومية.
- 19.5. يجب توافر منظومة صحيحة لإدارة وتقييم كافة الكاشفات والإمدادات، بما في ذلك المياه، وذلك من أجل تحقيق إجراءات ونتائج اختبار دقيقة وموثوق بها.
- 20.5. يتم تسمية الكاشفات والإمدادات بشكل صحيح كما يلي:
- 1.20.5. الاسم العلمي،
 - 2.20.5. الشدة أو التركيز،
 - 3.20.5. شروط واعتبارات التخزين،
 - 4.20.5. المعلومات التحذيرية والإضافية،
 - 5.20.5. تاريخ الإعداد أو الاستلام وتاريخ الفتح،
 - 6.20.5. تاريخ انتهاء الصلاحية أو الفعالية.
- 21.5. على المستشفى عدم استخدام مواد أو كواشف ذات فعالية متدنية (دون القياسية) أو قديمة.
6. إدارة الطوارئ والكوارث
- يجب أن يضع المستشفى سياسة شاملة تطبق بكل أقسامها ومرافقها بهدف إدارة حالات الطوارئ والكوارث بما يضمن استمرارية أنشطة المستشفى.
- 1.6. على المستشفى وضع مخططات للتعامل مع الكوارث الخارجية الطارئة بالمجتمع المحلي، ويجب أن تتضمن تلك المخططات ما يلي:
- 1.1.6. الأعداد وبيانات العمل
 - 2.1.6. واجبات ومسؤوليات رئيس المستشفى ورؤساء الأقسام ورؤساء الوحدات.
 - 3.1.6. مجالات فرز حالات المرضى لتحديد أولويات علاجهم، وأماكن وجودهم، وبيانات أولويات علاجهم.
 - 4.1.6. تحديد الشخص المسؤول عن إعلان حالة الطوارئ واستدعاء سلطة البلدية أو المحلية.
 - 5.1.6. أسماء كافة العاملين المراد استدعائهم، وسيلة الاتصال بهم.

- 6.1.6. مكان غرفة التحكم والشخص المسؤول في حالات الطوارئ، مع العرض الواضح لمخططات الاستجابة والإخلاء.
- 2.6. يتعين على المستشفى إجراء تمارين وتدريب على حالات الطوارئ، تشمل مواجهة ومكافحة الحرائق والإخلاء، وذلك للتحقق مما يلي:
- 1.2.6. توقيت استجابة العاملين لنداء أو استدعاء الطوارئ.
- 2.2.6. كفاءة منظومة الاتصالات، مثل أصوات حادة أو صريريه، هواتف نقالة، ونظام الاستدعاء العلوي المتكرر.
- 3.2.6. قدرة طاقم العمل على تنفيذ الأنوار المنوطة به.
- 4.2.6. الوقت الذي تستغرقه عملية إخلاء المرضى والأجهزة والأدوات اللازمة لهم.
- 6.6.5. تدوين نتائج إجراءات التدريب والنقاط التي يجب العمل عليها وتحسينها.
- 3.6. لابد أن تضمن إدارة المستشفى توفر الإمدادات والأجهزة والمعدات اللازمة لاستخدامها في حالات الطوارئ الخارجية مثل الحقائق الطبية والأوعية وأجهزة المتابعة المتقلة.
- 4.6. ينبغي توافر مخططات بالمستشفى للتعامل مع الكوارث الطارئة الداخلية، ويجب أن تتضمن تلك المخططات ما يلي:
- 1.4.6. أسماء كافة العاملين المطلوب استدعائهم عند حدوث الكارثة، وأرقام هواتف الاتصال بهم، وبطاقات العمل.
- 2.4.6. مكان غرفة التحكم ووظيفة الشخص المسؤول عنها.
- 3.4.6. واجبات ومسؤوليات رئيس المستشفى ورؤساء الأقسام ورؤساء الوحدات.
- 4.4.6. الإجراءات المتبع لنقل المرضى إلى أماكن أخرى.
- 5.4.6. تحديد الشخص المسؤول عن إعلان حالة الطوارئ واستدعاء السلطة المحلية.
- 5.6. يلزم وجود مخططات وخرائط إخلاء في جميع أرجاء المستشفى تبين أماكن ما يلي:
- 1.5.6. المكان الذي أنت فيه الآن
- 2.5.6. طفايات الحريق.
- 3.5.6. حجيرات بكرات خرطوم إطفاء الحرائق
- 4.5.6. بطانيات مقاومة للحريق
- 5.5.6. طرق وممرات النجاة

- 6.5.6. نقاط أو أماكن التجمع
- 7.5.6. مخارج واضحة للحريق والطوارئ
- 8.5.6. نقاط النداء أو الاستدعاء ويلزم كسر زجاجها أو جذب وسيلة النداء منها.
- 6.6. على موردي الخدمات الخارجية الالتزام بشروط ومتطلبات المستشفى من أجل منع حالات الطوارئ.
- 6.7. يتم تعليم وتدريب العاملين عند توجيههم لأول مرة ثم سنوياً على مكافحة الحرائق وإخلاء المستشفى
- 8.6. لابد من وجود دليل موثق على قيام مورد الخدمة الخارجي المعتمد بالتحقيق الكامل على نظام مكافحة الحرائق طبقاً للتشريعات السارية.

7. إدارة الأمن

- على إدارة الأمن بالمستشفى دعم الممارسات الطبية الآمنة والبيئة الآمنة. بمراعاة الآتي على سبيل المثال لا الحصر:
- 1.7. وجود أفراد معينون ومكلفون بتنفيذ واجبات الأمن.
 - 2.7. يتم تعليم أفراد الأمن وتزويدهم بالمعلومات المتعلقة بمخاطر الأمن وبمسؤولياتهم. ويجب أن يكون لهم توصيف وظيفي مكتوب ويتم توجيههم بشأن مجال عملهم ومكافحة الحرائق وقوانين الطوارئ بما يتناسب مع حجم المستشفى.
 - 3.7. يتم تطبيق سياسة أمنية في كافة أرجاء المستشفى، تشمل تحديد وتمييز كل مما يلي بواسطة بطاقة تعريفية معينة:

- 1.3.7. طاقم العمل بالمستشفى
- 2.3.7. الكادر بنظام عمل موافق
- 3.3.7. العاملين لدى موردي الخدمات الخارجية.
- 4.7. توفير سياسات مكتوبة بخصوص ما يلي وتشمل - على سبيل المثال لا الحصر - ما يلي:
 - 1.4.7. المفقودات والأمانات والتي يتم العثور عليها
 - 2.4.7. الحفاظ الأمن لمتعلقات المرضى
 - 3.4.7. كيفية الاتصال بالشرطة المحلية وقت الحاجة.
- 5.7. تقييد المداخل إلى الأماكن مصرح الدخول إليها فقط من قبل المعنيين ومراقبتها من قبل أفراد الأمن أو منظومة الأمن، مثل منطقة تسليم البضائع، وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة، الحضانه، قسم مرضى النساء، قسم العمليات وقسم التعقيم وغرف تخزين المواد والنفايات المشعة.

- 6.7. يجب أن يكون للمستشفى سياسة أمنية مكتوبة بشأن تدخل الشرطة في مرضى الحالات النفسية، وحوادث السيارات، والحالات الجنائية وحالات الإنمان.
- 7.7. يجب أن يكون لدى المستشفى سياسة مكتوبة للحد من حالات اختطاف الأطفال، وحبثي الولادة
- 8.7. يجب تعريف مخاطر الأمن بالمستشفى.
- 9.7. يتم تزويد موردي الخدمات الخارجية بالمعلومات المناسبة لهم، ويتمين التزامهم بضوابط الأمن التي تضعها المستشفى.

الملحق 1: مواصفات أجهزة التنفس الصناعي

1. أجهزة التنفس الصناعي: تستخدم لكافة المرضى (سواء البالغين أو الأطفال)، ويمكن أن تشمل كافة أنماط التنفس الصناعي:
- 1.1. التنفس الصناعي بالضغط الإيجابي المتقطع: وهو تنفس يتم التحكم فيه بالضغط أو الحجم.
- 2.1. التنفس الصناعي المعزز (تعزيز حجمي أو تعزيز ضغطي أو AP، CP، PEEP، أو تعويض أنبوي آلي أو بعلامة).
- 3.1. التنفس الصناعي المشترك: (التنفس الإلزامي المتقطع المتزامن، ضغط هواء موجب ثنائي المستوى أو تدفق آلي أو تنفس منقطع).
- 4.1. أنماط تنفس غير اختراقية (من خلال قناع وجهي أو خوذة)

2. مراقبة الأحداث وحدود التبيّيات والغازات وضغوط التغذية الخاصة بمعاملات التنفس الصناعي ومعاملات الرئة وتجهيز التنفس الصناعي.

3. التقلل عبر حربة مزودة بقباس تبادلي في وحدات البطارية.

الملحق 2: معدات عيادة الأسنان

يجب أن تشمل عيادة الأسنان، على سبيل المثال لا الحصر، على ما يلي:

1. كرسي مريض الأسنان، المزود بعربة الأدوات وأبواب الشفط.
2. كرسي طبيب الأسنان ومساعدته.
3. مصباح هالوجيني.
4. أنبوب شفط العاب.
5. وحدة تشير الأسنان، تعمل بالهواء أو بالموجات فوق الصوتية.
6. مملغم للزئبق (اختياري).
7. وحدة الأشعة السينية للأسنان القياسية (اختياري) في حال وجودها مع وجوب وجود جهاز التحكم داخل الغرفة وليس خارجها.
8. منظار بسيط بالأشعة السينية للأسنان.
9. واقي رصاص للجسم مخصص لعيادة الأسنان بحجمين صغير للأطفال وكبير للبالغين وحامل مناسب لتعليق واقي الرصاص عليه.
10. جهاز تعقيم.
11. جهاز علاج ضوئي.
12. ساحة طبية مزودة بأداة لقياس ضغط الدم.
13. مكتب طبيب الأسنان بمقعدين.
14. عدد كاف معدات الوقاية الشخصية.
15. ثلاجة كهربائية.
16. خزانة الأدوات المشتتة على أدراج.
17. أطباق مقوسة (على شكل كلية) يتم التخلص منها، أو ما شابهها.
18. مآزر بلاستيكية (يفضل أن تكون من النوع الذي يتم التخلص منه).

19. مطهرات لليد لا يتم إعادة تعبئتها، وبخاخات كحول يدوية.

20. وعاء مناسب.

21. وعاء لسكب أو تفريغ المواد الحيوية الخطرة.

22. منطقة معالجة وتعقيم الأدوات والأجهزة (وتكون مستقلة تماما عن غرفة العلاج).

الملحق 3: الأجهزة الدقيقة والمستلزمات الخاصة بطب الأسنان العام

رقم مسلسل	الوصف	الحد الأدنى للعدد
(أ) الأدوات اليدوية		
عدة أدوات التشخيص ¹		
1	مرايا الفم بمقابض (mouth mirror)	6
2	ملاقط (tweezers)	6
3	مجسات (probes- explorers)	6
جراحة الفم		
1	حقن خرطوشة (cartridge syringe)	4
2	روافع سنية (extraction elevators)	1 (عدة)
3	مجموعة كاملة من الكماشات (للکبار أو الأطفال) (pliers)	1 (عدة)
4	ماسك الإبرة (needle holder)	2
5	مقصات مستقيمة ومقوسة (straight and curved Scissors)	عدد 1
6	مقرضة عظام (bone rongeur)	1
7	مبارد عظام (bone file)	1
الصيانة		
1	حامل الملغم الزئبقي (مستقيم وقائم الزاوية) (straight o amalgam carrier right angled)	عدد 1

¹ طاقم تشخيص معقم واحد لكل مريض

2	أربطة المطاطية وماسكها (ضرس واحد رقم 1، ضرس واحد رقم 8، أو عام) (rubber dam clamp and holder No.1, Ivory No.8) (matrix band or retainer Ivory No.1, Ivory No.8)	2
1	شريحة زجاجية (Glass slab)	3
1	ملوقة فرش (من صلب لا يصدأ) (mixing spatula)	4
2	ناقشات ومكثفات- مناجت ² المملغم الزئبقي (amalgam carvers)	5
1	أدوات صقل وتلميع (polishing burs)	6
3	أدوات بلاستيكية (plastic instrument)	7
3	محفرات أسنان (مختلفة المقاسات) (dental burs in different sizes)	8
1	فرشاة أو إسفنجة كشط (Instrument cleaning sponge)	9
1	فرشاة كشط من الصلب (Stainless steel cleaning sponge)	10
1	كلايات شيتل (Cheatele Forceps)	11
4	صواني الألوات (من صلب لا يصدأ أو بلاستيك) (Stainless steel tray)	12
(ب) أدوات فتح قنوات الجذور		
طاقم كامل للبطانة الصندوقية		
20	مبارد قنوات الجذور أرقام 8 و 10 و 90 (endo files No 90, 10, 8)	1
20	مقورات قنوات الجذور أرقام 8 و 10 و 90 (endo) - (rotary instruments) - (cavity probe No.)	2
2	سداد أو مبادعات قنوات الجذور (barbed broaches)	3
تقشير الأسنان وألوات الصحة الفمية		
5	مقشرات يدوية: أمامية - 3 قطع (hand scaling) خلفية: 2 قطعة	1
1	مقشر بالموجات فوق السمعية أو مقشر هوائي (ultrasonic scaler handpiece)	2
3	أدوات كحت مختلفة المقاسات (prophy brushes)	3

² لا نوصي باستخدام مملغم الزئبق

ب- الأدوات الدوارة		
1	مقّاب - كربيد التتجستن صلب لا يصدا (solid tungsten carbide)	3
2	جراحية (surgical hand piece)	1
3	حجرية (ceramic polishing kit)	1
4	أدوات تهذيب مختبرية (acrylic denture trimming bur)	1
5	أدوات يدوية عالية السرعة (high speed hand piece)	3
6	أدوات يدوية منخفضة السرعة (low speed hand piece)	2

الملحق 4: استبيان لمرضى الأسنان

رقم مسائل	السؤال	نعم	لا	تعليقات
1	هل صحتك العامة جيدة؟			
2	هل أنت حاليًا تحت الرعاية الطبية؟			
3	هل عانيت مرة من مرض خطير أو تعرضت لعملية جراحية؟			
4	هل تتناول أية أدوية بما في ذلك مضادات التجلط؟			
5	هل أصبت من قبل بأي مما يلي:			
	- فقر الدم (أنيميا)			
	- نوبة قلبية أو مشاكل في صمامات القلب أو بحمى روماتيزمية؟			
	- ارتفاع في ضغط الدم؟			
	- نزيف دموي أو فقر دم حاد أو ميل إلى النزف؟			
	- اليرقان؟			
	- الربو؟			
	- البول السكري؟			
	- الصرع؟			
	- التهاب الكبد أو فيروس نقص المناعة؟			

			- أي مشاكل بالكبد أو الكلى أو الغدة الدرقية؟	
6			هل أنت حامل أو أم مرضعة؟	
7			هل أصبت ذات مرة بالحساسية؟ (من عصارة النباتات أو الأدوية أو الطعام أو البود أو غير ذلك)	
8			هل عانيت ذات مرة من رد فعل خطير تجاه مضاد حيوي مثل البنسلين؟	
9			هل تعاني أنت أو أسرتك من الحساسية ضد أي أدوية مخدرة؟	
10			هل أنت مدخن؟	
11			هل لديك أي مشاكل صحية أو احتياجات خاصة لم تذكرها؟	
12			هل أخفي عليك ذات مرة أثناء عملية العلاج؟	
13			متى كانت آخر زيارة لك لطبيب الأسنان؟	
14			هل هناك أي شيء آخر يجب أن نعرفه قبل البدء بعملية العلاج؟	
15			هل المريض جاهز للبدء بمعالجة أسنانه؟	

تم هذا الاستبيان بمعرفة ----- يوم ----- الوقت -----
 التوقيع: -----
 تمت المراجعة من قبل طبيب الأسنان: -----
 التاريخ: ----- الوقت: ----- التوقيع: -----

الملحق 5: مخطط طب الأسنان

فحص أسنان شخص بالغ بعيادة الأسنان

ملصق المريض

فحص أسنان طفل بعيادة الأسنان

✓ ADULT CLINICAL EXAMINATION

Probe 1

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

R

lateral

palatal

Probe 2

Probe 3

R

lingual

facial

Probe 4

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

PEDIATRIC

A B C D E F G H I J

R

lateral

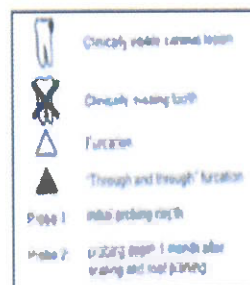
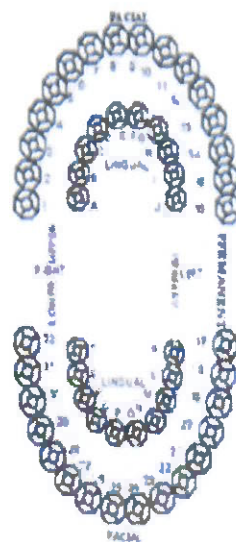
palatal

lingual

facial

T S R Q P O N M L K

Patient Sucker



الملحق 6: قائمة مراجعة إجراءات طب الأسنان ووثيقة التحقق من الموقع والوقت المستقطع
(يتم استخدامه لكل مريض الأسنان)

التاريخ:	الإجراء			الوحدة:
	المقترح:	جناح:	غرفة العمليات	عيادة خارجية

رقم مسلسل	الإجراء	نعم	لا	تعليقات
1	الموافقة من الموقع			
2	ملاحظات حالة المريض / الفحص بأشعة إكس			
3	إتمام التعرف على المريض			
4	التحقق من إصابته بالحساسية من عدمه			
5	إعطاء المريض دواء لتجهيزه للبيج			
6	التحقق من استخدام مضاد للتجلط			
7	التحقق من استخدام مضاد حيوي			
8	غير ذلك - اذكره			

تعريف الموضوع (أكمل إذا لزم الأمر)

رقم مسلسل	الإجراء	نعم	لا	تعليقات
1	مشاركة المريض أو الأسرة في التحديد			
2	متسق مع الموافقة			
3	التعليم على النموذج المرفق			

4	غير ذلك - انكره		
5	الموضع تم تعليمه بمعرفة:		

قبل بدء الإجراء: (أكمل قبل البدء في الإجراء كمباشرة، وذلك بالاتصال الفعال بجميع أفراد الفريق بمن فيهم المرضى)

رقم مسلسل	التحقيق	نعم	لا	المشاركون في الوقت (راجع كل ما ينطبق هنا)
1	تم تحديد المريض		1	طبيب الأسنان
2	الموافقة كاملة		2	المريض/ة أو مساعدتها
3	التحقق من الموضع والجانب		3	طبيب التخدير
4	التحقق من الأنواع المستخدمة		4	فني
5	غير ذلك			

تم إكمال هذا الملحق بمعرفة:

الاسم / الختم: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____

التوقيع: _____

الملحق 7: معايير مراكز التبرع بالدم وبنوك الدم

1. اختيار المتبرع واختباره

- 1.1. تتوفر عملية فحص لمتبرعي الدم ككتابة وتشمل معايير اختيار ورفض متبرعي الدم.
- 2.1. يتم تدريب طاقم العمل على تنفيذ تلك الإجراءات ويتم تقييم كفاءتها.
- 3.1. تشمل عملية فحص متبرعي الدم المحتملين تاريخاً تفصيلياً وفحصاً بدنياً.
- 1.3.1. تاريخ متبرع الدم، ويشمل ما يلي:
 - 1.1.3.1. السن
 - 2.1.3.1. المدة المتفضية بعد آخر عملية منح دم
 - 3.1.3.1. التاريخ المرضي الطبي: القلب، أو الكبد، أو الرئتين، أو السرطان، أو الميل غير العادي للنزف
 - 4.1.3.3. تاريخ العلاج بالأدوية
 - 5.1.3.3. عوامل الخطر لفيروس نقص المناعة أو العوامل المرضية الأخرى الممكنة المنقولة بسبب نقل الدم (مثل تاريخ الأدوية غير المعوية، أو تاريخ الأمراض المعدية مثل الملاريا، أو التهاب الكبد، أو الدرن، أو الاختبار الإيجابي للدم لمرض الأجسام السطحية المضادة لالتهاب الكبد الوبائي ب أو أثناء الـ 12 شهراً السابقة أو استلام دم أو مكونات دم لنقل الدم، أو استلام الغلوبولين المناعي ضد مرض التهاب الكبد، أو اختراق في الجلد مثل أعمال الوشم والوخز بالإبر، وتاريخ الحجز لمدة لا تقل عن 72 ساعة بمؤسسة (إصلاحية).
 - 6.1.3.3. الفحص بحثاً عن أي مرض معد آخر يمكن أن يكون المتبرع قد التقطه من جراء سفر حديث له (في غضون (12) شهر الأخيرة) إلى مناطق معينة وقت تبرعه بالدم.
- 2.3.1. معايير استبعاد متبرعي الدم، وتشمل ما يلي:
 - 1.2.3.1. الحمل، حتى 6 أسابيع بعد الولادة.
 - 2.2.3.1. بعد التطعيم بسم واهن مناعي أو لقاح تم إبطال فيروس يحمل، ويشمل ذلك التطعيم ضد مرض الكلب (ما لم يكن قد حُصنه حيوان مصاب بداء الكلب) لمدة عام واحد.
 - 3.2.3.1. بعد التطعيم بلقاحات موهنة، لمدة أسبوعين.
 - 4.3.2.1. عقب الإصابة بالحصبة الألمانية أو الجدري المائي، لمدة أربعة أسابيع.
 - 3.3.1. المتبرعون غير المناسبين يتم نصيحهم بطلب الرعاية الطبية المناسبة
 - 4.3.1. أثناء عملية الفحص، تعطى مواد تعليمية للمتبرعين المحتملين، ويشمل ذلك معلومات عن مخاطر المرض والجسيمات المضادة غير العادية والمنتجات الدوائية المحتملة

- 4.1. يتم إبداء الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف على المتبرع بالدم قبل بدء العمل
- 5.1. يجرى فحص بدني صحيح بمعرفة شخص مؤهل ويتم توثيقه. ويجب أن يشمل الفحص ما يلي مع توفر معايير واضحة لقبول المتبرع:
 - 1.5.1. درجة الحرارة وضغط الدم ومعدل النبض
 - 2.5.1. الوزن
 - 3.5.1. الهيموجلوبين أو الراسب الدموي
 - 4.5.1. الفحص اليدوي لضمان غياب الثقوب الجلدية أو الندبات التي تدل على حقن المخدرات، وغياب الأمراض الجلدية المعدية التي تصبح مصدر خطورة لتلوث الدم
 - 5.5.1. يتم جمع دم المتبرع بأمان وتعميم طبقاً لبروتوكول محدد
 - 6.5.1. يوجد إجراء مكتوب لجمع الدم يتضمن ما يلي:
 - 1.6.5.1. أوصاف المحاليل والطرق المستخدمة لتجهيز موقع فصد الدم
 - 2.6.5.1. كيفية تنفيذ والحفاظ على تعريف هوية المتبرع وكذا الدم
 - 3.6.5.1. وصف تفصيلي خطوة بخطوة لكيفية تنفيذ عملية فصد الدم
 - 4.6.5.1. طريقة التعرف على ردود فعل المتبرع والاستجابة لها
 - 5.6.5.1. تسمية إجراءات الدم ومكوناته ويشمل ذلك ضمانات تجنب أخطاء التسمية
 - 6.6.5.1. كيفية القياس الدقيق لكمية الدم المأخوذة من المتبرع
 - 7.5.1. في كل مرة يتم فيها أخذ دم من المتبرع، يلزم وجود طبيب مؤهل ومرافق للطوارئ.
 - 8.5.1. يقوم بعملية الفصد إما طبيب مؤهل أو أحد أفراد طاقم العمل تحت إشرافه
 - 9.5.1. يشمل التدريب على فصد الدم أو سحبه من المتبرع ما يلي:
 - 1.9.5.1. أسلوب صحيح للتعميم التام (يشمل تجهيز موقع تمدد المتبرع)
 - 2.9.5.1. معايير التعرف على ردود فعل المتبرعين والتصرفات الواجب اتخاذها عند حدوث ردود الأفعال هذه
 - 3.9.5.1. الإجراءات المستخدمة للحفاظ على هوية وحدات دم المتبرع، والعينات الأخرى والسجلات.
- 6.1. يتم الفصد باستخدام أسلوب تعقيم صحيح، ويشمل ذلك نظام تعقيم مغفل. وتخزن محاليل لتجهيز الجلد في أوعية معقمة ويتم تغييرها بشكل مستمر.
- 7.1. عند حدوث رد فعل للمتبرع، على القائم بالفصد والمشرف الطبي اتخاذ التصرف السليم، مع ملاحظة وتوثيق الأعراض والتصرفات الظاهرة.

2. سجلات متبرعي الدم

- 1.2. يتم تحديد سجلات الدم وما يتعلق به بدقة، ويحتفظ بهذا السجل لجمع الدم خلال المدة التي يتم خلالها نقل دم الوحدة.
- 2.2. تشمل السجلات توثيق كافة تواريخ المتبرعين والفحوصات البدنية وفحص نتائج الاختبارات، جنبًا إلى جنب مع إقرار المتبرع عن موافقته بالتوقيع بهذا الشأن.
- 3.2. يجب تعريف وحدات الدم المجمعة، الأنابيب الخاصة بجمع العينات والسجلات الخاصة بالتبرع بالحالي برقم تعريف رقمي رقمي بغرض تتبع التبرع.
- 4.2. يتم ضمان الحفاظ على خصوصية وسرية وسلامة سجلات المتبرعين.

3. اختبار دم المتبرع

- 1.3. يخضع دم المتبرع لاختبار نمطي قبل استخدامه في نقل الدم. وبالإضافة إلى ذلك، تستخدم ضوابط للعملية لضمان المتابعة الصحيحة والحيولة دون صرف الدم قبل الأوان.
- 2.3. يتم اختبار دم المتبرع نمطيًا لمعرفة فصيلة الدم والعامل الريسوز، والأجسام المضادة لكريات الدم الحمراء الغير متوقعة بالإضافة إلى الفحوصات الخاصة بالكشف عن الأمراض المعدية والتي من الممكن انتقالها من خلال نقل الدم، قبل صرفه لنقل الدم.
- 3.3. تصف الإجراءات المكتوبة الاختبار وإجراءات تأكيد جودة دم المتبرع. ويلزم الوفاء بالشروط التالية:
 - 1.3.3. تتحدد فصيلة الدم باختبار الخلايا الحمراء بكاشفين (مضاد - أ)، (مضاد - ب)، واختبار المصل أو البلازما بخلايا الدم الحمراء أ، ب.
 - 2.3.3. يتم تصنيف العامل الريسوز باستخدام اختبار الدم (مضاد - د) المالب ل (مضاد - د)، ثم يختبر مرة أخرى للكشف عن (د الضعيف).
 - 3.3.3. في اختبار الأمراض المعدية، يتبع المختبر النظام المتبع في معايير الممارسة الحالية. وكحد أدنى، يتم اختبار الدم باختبار مصلي بحثًا عن وجود:
 - 1.3.3.3. يجب اضافة فحص الحمض النووي للكشف عن فايروس نقص المناعة المكتسب، فايروس التهاب الكبد نوع ب والتهاب الكبد نوع ج.
 - 2.3.3.3. مرض الزهري
 - 3.3.3.3. الأجسام السطحية المضادة لالتهاب الكبد الوبائي ب والأجسام المضادة لالتهاب الكبد الوبائي بي

4.3.3.3. الأجسام المضادة لفيروس لوكيميا الدم في الخلايا البشرية - النوع الأول والأجسام المضادة لفيروس

لوكيميا الدم في الخلايا البشرية - النوع الثاني

5.3.3.3. الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشري - 1 والأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة

البشري - 2

6.3.3.3. الأجسام المضادة لالتهاب الكبد الوبائي سي

4.3. يجب التحقق من أن نتائج مراقبة الجودة والمعايير والمراجعات الوظيفية للأدوات المستخدمة مرضية قبل الإبلاغ

عن نتائج اختبارات المتبرع. ويتم الاحتفاظ بالسجلات التي تبين مراقبة الجودة وردود الأعمال ومراجعات وظائف الأدوات والأجهزة ونتائج اختبارات دم المتبرع.

5.3. تستخدم ضوابط العمليات لمتابعة الدم وضمان عدم صرف الدم إلا في الوقت المناسب. وتشمل هذه الضوابط ما يلي:

1.5.3. نظام تعريف وحدات الدم الدولي من خلال استخدام نظام الملصق النهائي لنظام ISBT (128)

2.5.3. أن تكون كافة الإجراءات مكتوبة لضمان عزل الدم وأيضاً التخلص من الوحدات

3.5.3. توثيق كافة خطوات تخزين وصرف الدم من منطقة عزله

4.5.3. وضع الإجراءات اللازمة لإعلام الطبيب المعالج في حال تم نقل وحدات دم غير مطابقة لشروط صرف الدم.

5.5.3. مراجعة اسم كل متبرع ومقارنته بقائمة المتبرعين غير المقبولين (للتأكد من عدم وجوده بها) قبل صرف الدم لتوزيعه

6.5.3. عدم صرف دم المتبرع التي تبين نتائج اختباره وجود أي مرض معد غير عادي

7.5.3. مراجعة نتائج اختبارات دم المتبرعين غير العاديين بمعرفة طبيب مؤهل، مع إخطار المتبرعين بتلك النتائج.

4. جمع الدم الذاتي

1.4. يضع مدير بنك الدم إرشادات مكتوبة يتم تنفيذها لجمع الدم ذاتياً.

2.4. يتم جمع الدم ذاتياً فقط عند وجود طلب مكتوب من طبيب المريض بذلك.

3.4. يتم تسمية وحدة الدم المجمع ذاتياً بنفس المعلومات المدونة على وحدات الدم الأخرى.

4.4. يتم اختبار الدم للبحث عن الأمراض التي ينقلها الدم، مثلما هو الحال مع وحدات الدم الأخرى.

5. تجهيز أو تعديل مكونات الدم

1.5. يراعى الإجراءات الكتابية المحددة، لجمع وتحضير وتخزين كافة مكونات الدم التي يتم تحضيرها وتخزينها في مركز التفرع بالدم.

2.5. تحدد بروتوكولات مكتوبة تدابير مراقبة الجودة لكل مكون دم يتم تحضيره أو تعديله مركز التفرع بالدم

3.5. يجب أن تكون مراقبة الجودة مقبولة وفقاً للسجلات، أما إذا لم يتم الوفاء بشروط مراقبة الجودة، يتعين اتخاذ وتوثيق إجراء تصحيحي فوري لها.

4.5. تحدد البروتوكولات شروط الحفاظ على التسليم، ويتم تحديد تواريخ انتهاء الفاعلية لكافة المكونات والمنتجات.

5.5. يتم إجراء تحليل مختبري للدم ومكونات الدم طبقاً للمعايير والأدلة الإرشادية المقبولة حالياً للممارسات المخبرية الصحيحة، مثل الجمعية الأمريكية لبنوك الدم وهيئة الغذاء والدواء ومعايير دورية للفحوص الإكلينيكية لمعايير المختبرات والجمعية الدولية لنقل الدم

6.5. تتم تسمية كل مكون طبقاً لمعايير الممارسات المقبولة، مثلاً الجمعية الأمريكية لبنوك الدم والجمعية الدولية لنقل الدم

6. بطاقة تسمية المعيار الدولي لنقل الدم 128

1.6. تقسم بطاقة تسمية المعيار الدولي لنقل الدم 128 إلى 4 مربعات ذات 5 شفرات خطية

2.6. كل مربع مساحته 2 بوصة X 2 بوصة في شكل ربع دائرة

3.6. الربع الأيسر العلوي يتضمن الشفرة الخطية لرقم تعريف المتبرع

4.6. الربع الأيمن العلوي يتضمن الشفرة الخطية لمجموعة الدم (فصيلة الدم / العامل الريسوز)

5.6. الربع الأيسر السفلي يتضمن شفرة المنتج (التحديد منتج الدم، مثل الدم الكامل، وحدات كريات الدم المركزة، صفائح، .. إلخ)

6.6. الربع الأيمن السفلي يتضمن تاريخ انتهاء الفاعلية وشفرات اختبار خاصة.

7. الدم الكامل

1.7. بالنسبة إلى الدم الكامل، تؤخذ عينة من الدم من المتبرع وقت تجميع الوحدة ويتم اختبارها قبل استخدامها من الجوانب التالية:

1.1.7. اختبار مصلي للكشف عن وجود الزهري: يستخدم دم كامل فقط إذا كان سلبياً في اختبار المصل

للكشف عن وجود الزهري.

2.1.7. يتم تزويد جزء واحد أو أكثر لكل وحدة دم كامل أو خلايا دم حمراء عند صرفها أو إعادة صرفها.

3.1.7. يتم تحديد كل الأجزاء قبل ملئها لربطها بمتبرع تلك الوحدة من الدم الكامل.

4.1.7. تحديد فئة أو فصيلة الدم: يتم تصنيف كل وعاء من حيث فصيلة الدم الموجود به. يتم إجراء اختبارين لفصيلة الدم على الأقل، ولا يتم صرف تلك الوحدة إلا بعد اتفاق مجموعة من الاختبارات التي تجري بأساليب مختلفة أو بمقايير مختلفة من أمصال مضادة.

5.1.7. تحديد العوامل الريسوزية: يصنف كل وعاء من حيث العامل الريسوز، على ضوء الاختبارات التي تجري على العينة. فإذا كان الاختبار المستخدم لكاشف تصنيف الدم (مضاد - د) إيجابيًا، يمكن تسمية الوعاء (عامل ريسوز موجب). وإذا كان الاختبار سلبيًا، يتم تأكيد النتائج بإجراء تجارب جديدة تتضمن اختبارات البحث عن "د ضمنية (دو سابقًا)". ويتم تسمية الدم (عامل ريسوز سالب) إذا كان المزيد من الاختبارات سلبيًا. والوحدات التي تكون إيجابية بعد إجراء المزيد من الاختبارات، فيجب تسميتها (عامل ريسوز موجب).

6.1.7. لا يتم اختبار الدم الكامل المعد لنقل الدم من حيث الختم بطريقة تتطلب الدخول في الوعاء النهائي قبل استخدام الدم في نقل الدم.

7.1.7. يتم فحص الدم الكامل بصريًا أثناء تخزينه وقبل استخدامه مباشرة. إذا كان اللون أو المظهر العام غير عادي، أو إذا كان هناك أي دليل أو شك في وجود تلوث ميكروبي، لا يجوز صرف وحدة الدم الكامل لنقل الدم.

8.1.7. يتم اختبار الدم الكامل بحثًا عن وجود عوامل مرضية بمرض معد طبقًا لمعايير الممارسة الصحيحة وكالمبين في الاختبارات القياسية لأكياس الدم.

8. خلايا الدم الحمراء

1.8. الحفاظ على جودة خلايا الدم الحمراء، يتم تحديد وتنفيذ الشروط والاعتبارات التالية:

1.1.8. بعد المعالجة مباشرة، يتم وضع خلايا الدم الحمراء في أوعية لتخزينها وحفظها تحت درجة حرارة تتراوح بين 1 - 6 درجة مئوية.

2.1.8. تزود وحدات خلايا الدم الحمراء بواحدة أو أكثر من أجزاء جيدة التميم، مثلما هو الحال في شروط الدم الكامل.

3.1.8. يتم تعبئة كل الأجزاء وقت جمع الدم أو في وقت تحضير المنتج النهائي.

4.1.8. يتم تحضير خلايا الدم الحمراء، إما بجهاز الطرد المركزي بطريقة لا تسمح بزيادة درجة حرارة الدم، أو بالترسيب العادي المنتظم. ويتم ذلك خلال المدة الزمنية المحددة في تعليمات استخدامها في المنظومة المستخدمة لجمع الدم ومعالجته وتخزينه. وتترك نسبة من البلازما كافية لضمان أفضل حفظ للخلايا مع الخلايا الحمراء، إلا عند إضافة مادة حافظة بالتجميد أو محلول إضافي لإطالة أمد الاستخدام.

5.1.8. كل الأسطح الملامسة للخلايا الحمراء تكون معقمة وخالية من المصادر الحرارية.

6.1.8. يجب أن يكون الوعاء الأخير لتخزين خلايا الدم الحمراء هو الوعاء الأصلي، ما لم تتطلب وسيلة المعالجة استخدام وعاء مختلف.

7.1.8. يتم فحص مكون الدم فوراً عقب فصل البلازما، وبورياً أثناء التخزين، ووقت الصرف. ولا يجوز صرفه إذا كان يدي أي شذوذ في لونه أو مظهره العام أو إذا كان هناك أي دليل على حدوث تلوث ميكروبي.

8.1.8. لا تشكل أي مواد مقاومة للبرد تضاف إلى الخلايا الحمراء لتطويل فترة التخزين التي تحددها الشركة الصانعة عند درجة حرارة - 65 درجة مئوية انتهاكاً للمعايير المطلوبة لأمان ونقاء وفعالية خلايا الدم الحمراء، ويحتفظ المنتج المجمد بتلك الخواص طوال فترة التأريخ المحددة له.

9.1.8. إذا تم تحضير وتخزين خلايا الدم الحمراء، فإن المواد المستخدمة وطرق المعالجة يجب أن تنتج منتجاً نهائياً يفي بمعايير السلامة والنقاء والفعالية المطلوبة لخلايا الدم الحمراء.

10.1.8. يتم تجميد خلايا الدم الحمراء المجمدة خلال وقت مناسب منذ جمعها أو بعد تجديدها.

11.1.8. بالنسبة إلى خلايا الدم الحمراء المغسولة، فإن الوسائل المستخدمة تضمن إزالة كل البلازما تقريباً.

12.1.8. بالنسبة إلى خلايا الدم الحمراء المصفرة إلى خلية بيضاء، فإن وسيلة التحضير توفر مكوناً نهائياً يفي بشروط ومتطلبات معايير الممارسة الحالية للعدد المصفر من خلايا الدم البيضاء الحالية.

9. الصفائح الدموية

1.9. للحفاظ على جودة الصفائح الدموية، يجب تحديد وتنفيذ المتطلبات التالية:

1.1.9. أداء اختبار دم كامل على النحو المطلوب لعينة من الدم يتم تجميعها في وقت جمع الدم الأصلي، يتم تمييز حاوية العينة بهوية المتبرع قبل ملء الحاوية.

2.1.9. يتم فصل البلازما والصفائح الدموية وإعادة تعليق الصفائح الدموية في نظام مغلق. لا يتم تجميع الصفائح الدموية أثناء المعالجة.

3.1.9. فوراً بعد التجميع، يتم حفظ الدم الكامل أو البلازما في درجة حرارة تتراوح بين 20 درجة مئوية و24 درجة مئوية ما لم يجب نقلها من مركز التجميع إلى مختبر المعالجة. أثناء عملية النقل، يتم استخدام جميع الطرق المقبولة للحفاظ على درجة الحرارة بين 20 درجة مئوية و24 درجة مئوية كلما أمكن، حتى تصل إلى مختبر المعالجة، حيث يتم الاحتفاظ بالعينة في نفس مجال درجة الحرارة حتى يتم فصل الصفائح الدموية.

4.1.9. يتم فصل تركيز الصفائح الدموية خلال أربع ساعات أو في خلال الإطار الزمني المحدد في توجيهات الاستخدام لنظام تجميع ومعالجة وتخزين الدم.

5.1.9. يظهر المختبر أن زمن وسرعة عملية الطرد المركزي يقدم منتج غير متكتل، من دون الحلال واضح للدم، يقدم ذلك مجموع لا يقل عن 5.5×10 (10) صفيحة نموية لكل وحدة في 75% على الأقل من الوحدات المختبرة.

6.1.9. يتم تحديد حجم البلازما الأصلية المستخدمة في إعادة تعليق الصفائح الدموية من خلال الحفاظ على أس هيدروجيني (pH) لا يقل عن 6,0 في أثناء فترة التخزين. يتم قياس الأس الهيدروجيني (pH) على عينة من الصفائح الدموية المحفوظة لأقصى فترة ممكنة في درجة الحرارة المحددة للحفظ.

7.1.9. يتم تخزين الصفائح الدموية في درجة حرارة تتراوح بين 20 درجة مئوية و24 درجة مئوية.

8.1.9. تقسم الحاويات النهائية المستخدمة مع الصفائح الدموية بأنها بلا لون وشفافة كي تسمح بالفحص المرئي لمحتوياتها، في أي طرف يوجد كتيم محكم للهواء يمنع تلوث المحتويات. لا تتفاعل مادة الحاوية مع المحتويات، في ظل ظروف التخزين والاستخدام الاحتياطية، حتى لا يكون هناك تأثير عكسي على سلامة أو نقاء أو فاعلية أو كفاءة المنتج. في وقت الملء، يتم تمييز أو تعريف الحاوية النهائية برقم يرتبط بالمستخرج.

9.1.9. فوراً بعد إعادة التعليق، يتم تخزين الصفائح الدموية في درجة حرارة تتراوح بين 20 درجة مئوية و24 درجة مئوية، يتم مراعاة الرج الهادئ المستمر للصفائح الدموية طوال فترة التخزين.

10.1.9. في كل شهر، يتم إعداد أربع وحدات من متبرعين مختلفين لاختبار التحكم في الجودة في نهاية كل فترة تخزين لكل من:

1.10.1.9. عدد الصفائح الدموية.

2.10.1.9. لا يقل الأس الهيدروجيني (pH) عن 6,2، ويتم القياس في درجة حرارة التخزين بالوحدة.

3.10.1.9. قياس حجم البلازما الفعلية

إذا أوضحت نتائج اختبار التحكم في الجودة أن المنتج لا يلبي المتطلبات المحددة، يتم اتخاذ إجراء تصحيحي في الحال، ويتم الاحتفاظ بسجل للأصالح المنفذة.

10. البلازما

1.10. للحفاظ على جودة البلازما، يتم تحديد وتنفيذ المتطلبات التالية:

1.1.10. عند إعداد الدم الكامل للبلازما والبلازما المتجمدة الطازجة والبلازما السائلة، يتم حفظها في درجة حرارة تتراوح بين 1 درجة مئوية و6 درجة مئوية حتى يتم إزالة البلازما. يتم حفظ الدم الكامل المعد للبلازما الغنية بالصفائح الدموية في درجة حرارة تتراوح بين 20 درجة مئوية و24 درجة مئوية حتى يتم إزالة البلازما. يتم حفظ الخلايا الحمراء في درجة حرارة تتراوح بين 1 درجة مئوية و6 درجة مئوية فوراً بعد فصل البلازما.

- 2.1.10. يتم فصل البلازما من خلايا الدم الحمراء وحفظها في درجة حرارة -18 درجة مئوية أو أقل خلال ست ساعات بعد النقل من الحاوية النهائية أو خلال الإطار الزمني المحدد في توجيهات الاستخدام الخاصة بنظام تجميع ومعالجة وتخزين الدم ما لم يتم تخزين المنتج كبلازما سائلة.
- 3.1.10. يتم إعداد البلازما الطازجة المتجمدة من الدم المجمع بواسطة عملية وحيدة لبزل الوريد بصورة متواصلة مع أقل قدر من الضرر وأقل معالجة لأنسجة المتبرع. يتم فصل البلازما عن خلايا الدم الحمراء ووضعها في المجمد خلال ثماني ساعات أو خلال الإطار الزمني المحدد في توجيهات الاستخدام الخاصة بنظام تجميع ومعالجة وتخزين الدم ويتم التخزين في درجة -18 درجة مئوية أو أقل.
- 4.1.10. يتم إذابة البلازما المجمدة الطازجة في درجة حرارة تتراوح بين 30 درجة مئوية و 37 درجة مئوية. يتم عمل حماية ضد تلوث المياه من منافذ المخرج.
- 5.1.10. يتم فصل البلازما السائلة من خلايا الدم الحمراء وحفظها في درجة حرارة من 1 درجة مئوية إلى 6 درجة مئوية خلال أربع ساعات بعد ملء الحاوية أو خلال الإطار الزمني المحدد في توجيهات الاستخدام الخاصة بنظام تجميع ومعالجة وتخزين الدم إذا اختلف عن أربع ساعات.
- 6.1.10. يتم إعداد البلازما الغنية بالصفائح الدموية من الدم المجمع بواسطة عملية وحيدة لبزل الوريد بصورة متواصلة بأقل ضرر وأقل معالجة لأنسجة المتبرع. يتم فصل البلازما من خلايا الدم الحمراء بواسطة الطرد المركزي خلال أربع ساعات بعد الانتهاء من فصد الوريد أو خلال الإطار الزمني المحدد في توجيهات الاستخدام الخاصة بنظام تجميع ومعالجة وتخزين الدم. يهدف زمن وسرعة عملية الطرد المركزي إلى تقديم منتج بعدد 250,000 صفيحة دموية لكل ميكرو لتر. يتم تخزين البلازما في درجة حرارة من 20 درجة مئوية إلى 24 درجة مئوية فورًا بعد ملء الحاوية النهائية. يتم مراعاة الرج الهادئ المستمر للمنتج طوال فترة التخزين، في حالة التخزين في درجة حرارة من 20 درجة مئوية إلى 24 درجة مئوية.
- 7.1.10. عند عمل تعديل من خلال فصل الصفائح الدموية و / أو عامل الترسيب المضاد للناعور (AHF) من البلازما، يتم تطبيق ما يلي:
- 1.7.1.10. يتم فصل الصفائح الدموية على النحو الموضح أعلاه قبل تجمد البلازما. يتم اعتبار البلازما المتبقية "بلازما متجمدة طازجة" إذا تم التجميد خلال ست ساعات من ملء الحاوية النهائية أو خلال الإطار الزمني المحدد في توجيهات الاستخدام لنظام تجميع ومعالجة وتخزين الدم.
- 2.7.1.10. يتم إزالة ترسيب AHF على النحو المطلوب في عمليات التحكم في الجودة (4-11-5) يتم تمييز البلازما المتبقية "بلازما، ترسيب منخفض".

- 3.7.1.10. لا يتم إضافة أي لون إلى البلاستيك الحاوية النهائية وتكون شفافة للسماح بالفحص المرئي للمحتويات، يتضمن أي طرف كتيم محكم للهواء يمنع تلوث المحتويات.
- 4.7.1.10. لا تتفاعل مادة الحاوية النهائية مع المحتويات في ظل ظروف التخزين والاستخدام، حيث يتجنب أي آثار معاكسة على سلامة ونقاء وفعالية وكفاءة المنتج.
- 5.7.1.10. قبل الملء، يتم تعريف الحاوية النهائية بواسطة رقم يتم ربطه بالمتبرع.
- 6.7.1.10. يتم فحص المنتج النهائي بعد فصل البلازما ولا يصدر لنقل الدم إذا كان هناك أي اختلال في اللون أو المظهر الفعلي أو أي إشارة لحدوث تلوث.
- 7.7.1.10. باستثناء البلازما الغنية للصفائح الدموية والبلازما السائلة، يتم فحص المنتج النهائي للبحث عن دليل على الذوبان أو الانكسار في وقت الإصدار. مع ذلك، لا تحتاج الحاوية للتخزين بطريقة تظهر الذوبان إذا أظهرت سجلات المراقبة المستمرة لدرجة حرارة التخزين أن درجة الحرارة ظلت دون -18 درجة مئوية أو أقل. إذا لم تتاح المراقبة المستمرة للمنتج، يتم تخزين المنتج النهائي بطريقة تظهر الذوبان ولا يتم الإصدار إذا كان هناك دليل على الذوبان.
- 8.7.1.10. لا يتم إضافة أي مادة حافظة إلى المنتج النهائي.

11. الراسب القوي المضاد للناعور (AHF)

- 1.11. للحفاظ على جودة الترسيب المضاد للناعور AHF، ينبغي تحديد وتنفيذ المتطلبات التالية:
- 1.1.11. يتم فصل البلازما عن خلايا الدم الحمراء بواسطة الطرد المركزي للحصول بشكل أساسي على بلازما خالية من الخلايا.
- 2.1.11. يتم وضع البلازما في المجمد خلال ثماني ساعات بعد جمع الدم أو خلال الإطار الزمني المحدد في توجيهات الاستخدام لنظام تجميع ومعالجة وتخزين الدم إذا كان مختلفاً.
- 3.1.11. يمكن استخدام مزيج من الثلج الجاف ومذيب عضوي للتجميد، بشرط أن الإجراء يظهر عدم اختراق المذيب للحاوية أو تصفية الملدن من الحاوية إلى البلازما.
- 4.1.11. فوراً بعد فصل وتجميد البلازما، يتم تخزين البلازما والمحافظة عليها في درجة حرارة -18 درجة مئوية أو أقل حتى تنوب البلازما لمزيد من المعالجة لإزالة ترسيب AHF.
- 5.1.11. يتم فصل ترسيب AHF من البلازما باستخدام إجراء يظهر تقديمه لمؤسست لا يقل عن 80 وحدة من AHF في الحاوية النهائية.
- 6.1.11. لا يتم إضافة أي مخفف إلى المنتج بواسطة المصنع قبل التجميد.

- 7.1.11. تتسم الحاوية النهائية المستخدمة في ترسيب AHF بكونها بلا لون وشفافة كي تسمح بالفحص المرئي للمحتويات، في أي طرف يوجد كتيم محكم للهواء يمنع تلوث المحتويات.
- 8.1.11. لا تتفاعل مادة الحاوية مع المحتويات، في ظل ظروف التخزين والاستخدام الاعتيادية، حتى لا يكون هناك تأثير عكسي على سلامة، أو نقاء، أو فاعلية، أو كفاءة المنتج.
- 9.1.11. في وقت الملء، يتم تعريف الحاوية النهائية برقم يرتبط بالمتبرع.
- 10.1.11. يتم إجراء اختبارات التحكم في الجودة لفاعلية AHF كل شهر لعدد أربع حاويات على الأقل بها ترسيب AHF.

- 11.1.11. إذا كان متوسط مستوى فعالية AHF في الحاوية أقل من 80 وحدة AHF في الحاوية، يتم اتخاذ إجراءات تصحيحية فورية، ويتم الاحتفاظ بسجل يتضمن هذه الإجراءات.

12. متطلبات تخزين الدم ومكوناته (المرافق، التسرع وخدمات نقل الدم)

- 1.12. يقدم المختبر مرافق مناسبة لتخزين الدم ومكوناته.
- 2.12. يتم تحديد السياسات الموجهة لتخزين الدم ومكوناته كتابة ويتم تنفيذها.
- 3.12. يتم تنفيذ السياسات بواسطة الموظف في المختبر.
- 4.12. فيما يلي درجات الحرارة المطلوبة للدم ومكوناته:

درجة حرارة التخزين	ب ب-12-4 مكون الدم
1° - 6° مئوية	الدم الكامل والخلايا الحمراء المعبأة
-18° مئوية ≤	بلازما متجمدة
20° - 24° مئوية	البلازما الغنية للصفائح الدموية
20° - 24° مئوية	الصفائح الدموية
20° - 24° مئوية	الخلايا المحببة
-18° مئوية ≤	ترسيب مضاد للناعور (AHF)
-65° مئوية ≤	تتجمد الخلايا الحمراء في 40% جلسرين
-120° مئوية ≤	تتجمد الخلايا الحمراء في 20% جلسرين

- 5.12. تستخدم مناطق التخزين بشكل خاص لتخزين الدم والمكونات والمشتقات، في منطقة منفصلة، وصنات الدم من المتبرع والمطلق وكواشف وبثوريدات بنك الدم والأنسجة التي سيتم زراعتها.

6.12. حجم مناطق التخزين كافي لتنظيم الدم ومكوناته من خلال فصل أنواع الدم وأنواع المكونات ليتم تقليل من مخاطر إصدار أو تقديم وحدة خاطئة.

13. مراقبة مناطق تخزين الدم ومكوناته

1.13. تتضمن متطلبات المراقبة المستمرة لدرجات حرارة مناطق تخزين الدم ما يلي:

1.1.13.1. عمل نظام بالثلاجات والمجمدات ومناطق تخزين الدم الأخرى لمراقبة درجة الحرارة بشكل متواصل، ويتم تسجيل درجة الحرارة بواسطة:

1.1.13.1.1. تسجيل آلي مستمر لدرجة الحرارة

1.1.13.1.2. أو تسجيل يدوي لدرجة الحرارة كل أربع ساعات على الأقل.

2.1.13.2. لوحات التخزين الأكبر، هناك دليل على تعرض جميع مناطق الوحدة لما يلي:

1.2.13.1. ضبطها على درجة حرارة ملائمة.

2.2.13.2. مراقبة تشغيل الثلاجة والمجمد على نحو ملائم بشكل متواصل من خلال:

1.2.2.13.1. نظام إنذار سمعي يتضمن وسائل إنذار عن بعد عندما لا يوجد أي شخص بالمختبر،

2.2.2.13.2. يتم تشغيل النظام بواسطة البطاريات أو التزويد بالطاقة بواسطة دائرة مختلفة عن الثلاجة أو المجمد.

3.2.2.13.1. يتم ضبط وسائل الإنذار لإصدار صوت قبل أن يصل الدم ومكوناته لدرجات حرارة غير مقبولة.

3.2.13.3. يوجد مجس تسجيل درجة الحرارة في حاوية المسائل ذات نفس الحجم مثل الوحدات الأصفر المخزنة وتمتص بخصائص نقل حراري تشبه تلك الخاصة بالدم.

4.2.13.4. يتم بالمختبر أداء وعمل اختبارات دورية لمستندات تسجيل درجة الحرارة ونظم الإنذار.

5.2.13.5. عندما تتجاوز درجات الحرارة المطلوبة للتخزين، هناك إجراءات يجب اتباعها، ويقوم طاقم العمل بتسجيل الإجراءات التصحيحية ويتم الاحتفاظ بهذا التوثيق لفترة لا تقل عن خمس سنوات.

6.2.13.6. يتم إجراء اختبارات الوظائف الدورية لتسجيل درجة الحرارة ونظم الإنذار.

14. تعريف وإمكانية تعقب الدم ومكوناته

1.14. ينبغي تمييز جميع العينات والكواشف ونتائج الاختبارات والدم ومكوناته والمنتجات بطريقة صحيحة. ينبغي الاحتفاظ بالهويات بعناية طوال اختبار دم المتبرع وعينة المريض.

2.14. يتم تعريف وتنفيذ ومتابعة العمليات بشكل متواصل.

1.2.14. يتم تطبيق العمليات التالية والاحتفاظ بها مكتوبة:

1.1.2.14. يتم تعريف المريض بشكل إيجابي من خلال جامع العينة، باستخدام أداتين منفصلتين للتعريف، قبل تجميع العينة.

2.1.2.14. يتم تعريف نظام التعرف على المريض كتابة ويستخدم على نحو متواصل.

3.1.2.14. هناك عملية للتعرف على المرضى فاقدى الوعي أو المجهولين.

4.1.2.14. يقوم جامع العينة في وقت التجميع بما يلي:

1.4.1.2.14. تمييز العينة باسم المستلم بالكامل ورقم التعريف الفردي أو أي نظام آخر.

2.4.1.2.14. تمييز العينة فوزاً وفي حضور المستلم.

3.4.1.2.14. تسجيل زمن التجميع.

4.4.1.2.14. يوثق هوية جامع العينة.

5.1.2.14. هناك نظام للاحتفاظ بالتعريف الإيجابي لجميع عينات المريض وأنواع العينة والأجزاء في جميع الأوقات.

6.1.2.14. يحتفظ المختبر بسجلات خاصة باستلام وصرف جميع مكونات ومنتجات الدم.

7.1.2.14. يتم صرف الدم ومكوناته بطريقة مناسبة عند تقاضيه وفق تاريخ انتهاء الصلاحية.

8.1.2.14. يحتفظ المختبر بسجلات بنك ونقل الدم لخمس سنوات على الأقل.

15. استيراد وتصدير الدم ومكوناته والخلايا البشرية

يحظر استيراد، أو تصدير الدم، أو مكوناته، أو الخلايا / البلازما من أصل بشري، عبر جميع موانئ الدولة، من دون تصريح مسبق من وزارة الصحة ووقاية المجتمع.

الملحق 8: الإحصائيات (مثال)

الأطباء في القطاع الصحي حسب المسمى الوظيفي والتمخصص ومقاتل التخصصية

PHYSICIANS IN HEALTH SECTOR BY DESIGNATION, SPECIALTY & NATIONALITY GROUPS

Nationality Group	مواطنون UAE			عرب ARABS			آسيويون ASIANS			جنسيات أخرى OTHERS			المجموع TOTAL			مقاتل التخصصية المسمى الوظيفي
	التخصص	ممارس	المجموع	التخصص	ممارس	المجموع	التخصص	ممارس	المجموع	التخصص	ممارس	المجموع	النسبة المئوية	ممارس	المجموع	
Designation	Spec.	G.P	Total	Spec.	G.P	Total	Spec.	G.P	Total	Spec.	G.P	Total	%	G.P	Total	
Specialty	Spec.	G.P	Total	Spec.	G.P	Total	Spec.	G.P	Total	Spec.	G.P	Total	%	G.P	Total	
Internal medicine																الطب الباطني
Cardiology																قلب
Cardiac Surgery																جراحة القلب
Cardiothoracic Surgeon																جراحة الصدر
Respiratory																صدرية
Surgery G.																جراحة عامة

[illegible]

Nationality Group	مواطنون UAE				عرب ARABS				آسيويون ASIANS				جنسيات أخرى OTHERS				المجموع TOTAL				فئة الجنسية
	اختصاص	من لصي	معار	Total	اختصاص	من لصي	معار	Total	اختصاص	من لصي	معار	Total	اختصاص	من لصي	معار	Total	النسبة المجموع	النسبة المجموع	النسبة المجموع	النسبة المجموع	النسبة المجموع
Speciality	اختصاص	من لصي	معار	Total	اختصاص	من لصي	معار	Total	اختصاص	من لصي	معار	Total	اختصاص	من لصي	معار	Total	%	%	%	%	التخصص
Radiology																					أشعة
Anaesthesia																					تخدير
Infectious Disease																					الأمراض المعدية
Intensive Care																					العناية المركزة
Acupuncture																					العلاج بالإبر
Chiropractor																					تقويم العصود
Allergic																					الحساسية التهري يدويا
Endocrinology																					الغدد الصلماء
Family Medicine																					طب الأسرة
Geneticist																					الاجينات

الملحق 9: متطلبات نسبة أفراد طاقم التمريض للمستشفى

NHPPD Benchmarks

Ward/Unit	Western Australia NHPPD/V	EHS NHPPD/V	Saudi Patient Safety Center	Recommended UAE NHPPD/V	National Hospital Recommendations	Unified Standard
Inpatient Units						
ICU	31.6	16 – 36	20	16 – 36	24	
CCU	14	10 – 12	6.6	10 – 12	13	
HDU/SDU	12	10 – 12	6.6	10 – 12	-	
PICU	-	16 – 24	20	16 – 24	24	
NICU	-	16 – 24	20	16 – 24	24	
SCBU	-	6 – 7	-	6 – 7	-	
Surgical Unit	7.5	6 – 7.5	6.5	6 – 7.5	7.5	
Special Surgical Unit	-	6 – 7.5	-	6 – 7.5	7.5	
Medical Unit	7.5	6 – 7.5	6.5	6 – 7.5	7.5	
Special medical Unit	-	6 – 7.5	-	6 – 7.5	-	
Pediatric Medical/Surgical	7.5	7.5 – 8	6.5	7.5 – 8	10.5	
Pediatric Specialty	-	7.5 – 8.5	-	7.5 – 8.5	-	
Orthopedic	7.5	6 – 7.5	-	6 – 7.5	7.5	

Ward/Unit	Western Australia NHPPD/V	EHS NHPPD/V	Saudi Patient Safety Center	Recommended UAE NHPPD/V	National Hospital Recommendations	Unified Standard
Obstetric & Gynecology	-	6 – 7.5	-	6 – 7.5	-	
Antenatal	6	6 – 7.5	6.5	6 – 7.5	7.5	
Post Natal	6	7.5 – 8.5	6.5	7.5 – 8.5	7.5	
Labor and Delivery	-	16 – 18	20	16 – 18	-	
Isolation	7.5	6 – 7.5	-	6 – 7.5	7.5	
VIP	-	8.5 – 12	-	8.5 – 12	-	
Geriatric Ward	-	5 – 7.5	-	5 – 7.5	-	
Ambulatory & Procedure Areas						
Accident & Emergency	-	0.5 – 2	2.6	0.5 – 2	2.2	
Operation Theatre	1.43	0.14 – 0.16	- 0.10	0.14 – 0.16	0.16	
Recovery Room	-	0.07 – 0.12	- 1.4	0.07 – 0.12	-	
Cath Lab	-	4	-	4	-	
Renal Dialysis Unit	2.18 – 3.02	- 2.5	5	2.5	2.5	
OPD General	-	0.2 – 0.5	-	0.2 – 0.5	-	

Ward/Unit	Western Australia NHPPD/V	EHS NHPPD/V	Saudi Patient Safety Center	Recommended UAE NHPPD/V	National Hospital Recommendations	Unified Standard
OPD Specialty	-	0.5 – 1	-	0.5 – 1	-	
E – Clinic	-	0.1	-	0.10	-	
Surveillance	-	0.05	-	0.05	-	
Endoscopy	6	4	-	4	-	
Infusion Room/ Wound Care	-	1 – 1.5	-	1 – 1.5	-	
Day Care Unit	3	0.5 – 4	-	0.5 – 4	-	
Urgent Care Unit	-	1	-	1	-	
Home Care	-	2	1.3	2	-	
Mental Health						
Mental HDU	7.5	10 – 12	-	10 – 12	-	
Mental Acute/ Detoxification	6	8	-	8	7.5	
Mental Health Long Term	5 – 5.75	3.5 – 4.5	5.5	3.5 – 4.5	-	
Primary Health Care & Public Health Services						
Primary Health Care	-	0.33	-	0.33	-	
Advance Nurse Practitioner	-	1	-	1	-	

Ward/Unit	Western Australia NHPPD/V	EHS NHPPD/V	Saudi Patient Safety Center	Recommended UAE NHPPD/V	National Hospital Recommendations	Unified Standard
Practice PHC/OPD						
Public Health Services	-	0.33	-	0.33	-	

Formula to convert NHPPD to Nurse – Patient Ratio

- $24 \text{ hours} \div \text{NHPPD} = \text{Nurse Patient Ratio}$

Nursing Hours Per Patient Day (NHPPD)	Calculation	Nurse-to - Patient Ratio
24	$24 \div 24$	1:1
12	$24 \div 12$	1:2
8	$24 \div 8$	1:3
6	$24 \div 6$	1:4

Nurse – Patient Ratios

Ward/Unit	Western Australia Ratio	EHS Ratio	Saudi Patient Safety Center	Recommended UAE Ratio	National Hospital Recommendations	Unified Standard
ICU	1:1	1:1 1:2	- 1:1	1:1 – 1:2	1:1	

Ward/Unit	Western Australia Ratio	EHS Ratio	Saudi Patient Safety Center	Recommended UAE Ratio	National Hospital Recommendations	Unified Standard
CCU	1:2	1:2	1:4	1:2	1:2	
HCU/SDU	1:2	1:2	1:4	1:2	-	
PICU	-	1:1 1:2	- 1:1	1:1 - 1:2	1:1	
NICU	-	1:1 1:2	- 1:1	1:1 - 1:2	1:1	
SCBU	-	1:3 1:4	-	1:3 - 1:4	-	
Surgical Unit	1:3	1:3 1:4	- 1:4	1:3 - 1:4	1:3	
Special Surgical Unit	-	1:3 1:4	-	1:3 - 1:4	1:3	
Medical Unit	1:3	1:3 1:4	- 1:4	1:3 - 1:4	1:3	
Special Medical Unit	-	1:3 1:4	-	1:3 - 1:4	-	
Pediatric Medical/Surgical	1:3	1:3	1:4	1:3	1:2	
Pediatric Specialty	-	1:3	-	1:3	-	

Ward/Unit	Western Australia Ratio	EHS Ratio	Saudi Patient Safety Center	Recommended UAE Ratio	National Hospital Recommendations	Unified Standard
Orthopedic	1:3	1:3 1:4	-	1:3 – 1:4	1:3	
Obstetrics & Gynecology	-	1:3 1:4	-	1:3 – 1:4	-	
Antenatal	1:4	1:3 1:4	1:4	1:3 – 1:4	1:3	
Post Natal	1:4	1:3	1:4	1:3	1:3	
Labor and Delivery	-	1:1 1:2	1:1	1:1 – 1:2	-	
Isolation	1:3	1:3 1:4	-	1:3 – 1:4	1:3	
VIP	-	1:2 1:3	-	1:2 – 1:3	-	
Geriatric Ward	-	1:3 1:5	-	1:3 – 1:5	-	
Ambulatory & Procedure Areas						
<i>(Nurse – Patient ratio not applicable for Ambulatory & Procedure areas.)</i>						
Accident & Emergency	-	-	-	-	-	
Operation Theatre	-	-	-	-	-	

Ward/Unit	Western Australia Ratio	EHS Ratio	Saudi Patient Safety Center	Recommended UAE Ratio	National Hospital Recommendations	Unified Standard
Recovery Room	-	-	-	-	-	
Cath Lab	-	-	-	-	-	
Renal Dialysis Unit	-	-	-	-	-	
OPD General	-	-	-	-	-	
OPD Specialty	-	-	-	-	-	
E - Clinic	-	-	-	-	-	
Surveillance	-	-	-	-	-	
Endoscopy	-	-	-	-	-	
Infusion Room/ Wound Care	-	-	-	-	-	
Day Care Unit	-	-	-	-	-	
Urgent Care Unit	-	-	-	-	-	
Home Care	-	-	-	-	-	
Mental Health						
Mental HDU	1:3	1:2	-	1:2	-	
Mental Acute/ Detoxification	1:4	1:3	-	1:3	1:3	
Mental Health Long Term	1:4	1:5 1:7	- 1:4	1:5 - 1:7	-	

Ward/Unit	Western Australia Ratio	EHS Ratio	Saudi Patient Safety Center	Recommended UAE Ratio	National Hospital Recommendations	Unified Standard
Primary Health Care & Public Health Services						
<i>(Nurse – Patient ratio not applicable for Primary Health Care & Public Health Services)</i>						
Primary Health Care	-	-	-	-	-	-
Advance Nurse Practitioner Practice PHC/OPD	-	-	-	-	-	-
Public Health Services	-	-	-	-	-	-

1. غرفة العمليات

1.1. بناء على أنشطة المستشفى، سيتم تحديد عدد الأسرة المخصصة للجراحة والمخطط الفعلي لغرف العمليات.

وعموماً، لن يقل العدد عن ثلاث ممرضات مسجلات لكل غرفة عمليات مع الأخذ في الاعتبار العوامل التالية.

1.1.1. منطقة الاستقبال

2.1.1. عدد غرف العمليات وغرف الإنعاش التي تعمل بصفة يومية

3.1.1. السماح بالإجازات والعطلات العامة وأيام الإجازات وإجازة الأمومة

4.1.1. طبيعة الجراحة

5.1.1. عدد العمليات التي يتم إجراؤها في كل مناوبة يوميا

6.1.1. غرفة الإنعاش: ممرضة مسجلة في كل مناوبة على الأقل.

الملحق 10: اللقاحات الخاصة بالعاملين بالرعاية الصحية

اللقاحات الإلزامية للعاملين بالرعاية الصحية

لقاح	نوع استخدام	جدول الجرعات
لقاح مؤتلف للالتهاب الكبدي الوبائي ب	جدول مكون من ثلاث جرعات، في العضلة الدالية تعطى الجرعة الثانية بعد الجرعة الأولى بشهر تعطى الجرعة الثالثة بعد 4 شهور	العاملون المعرضون لخطر التعرض للدم وسوائل الجسم
لقاح فيروس الجدري المائي الحي	جرعتان 0.5 مللي تحت الجلد، من 4 إلى 8 أسابيع إذا كان المن 1.3 عاما أو أكثر	العاملون الذين ليس لديهم تاريخ موثوق بالإصابة بالجدري المائي أو وجد دليل مختبري على المناعة ضد الجدري المائي.

اللقاحات الموصى بها للعاملين في الرعاية الصحية

لقاح	نوع استخدام	جدول الجرعات
لقاح الأنفلونزا (غير المنشطة)	تحصين سنوي من جرعة واحدة في العضل باستخدام اللقاح الحالي	العاملون الذين يتعاملون بشكل مباشر مع المرضى ذوي الخطورة العالية أو العاملين في مرافق الرعاية الحرية والعاملين الذين يبلغ عمرهم 50 سنة أو أكثر أو ممن يعانون من ظروف صحية عالية الخطورة.
لقاح فيروس الحصبة الحي	الجرعة الأولى تحت الجلد والجرعة الثانية بعدها بأربع أسابيع على الأقل	العاملين المولودين في أو بعد 1957 دون توثيق لأنهم (1) قد حصلوا على جرعتين من اللقاح الحي في أو بعد مضي سنة من عمرهم (2) لديهم حصبة بناء على تشخيص الطبيب أو (3) وجود دليل مختبري على المناعة. وينبغي النظر في إعطاء

لقاح لجميع العاملين بما في ذلك أولئك المولودين قبل 1957 ممن لا يوجد لديهم دليل على المناعة.		
يمكن تحصين العاملين الذين يعتقد أنهم عرضة للمرض وكذا يمكن النظر إلى البالغين المولودين قبل 1957 على أنهم لديهم مناعة.	الجرعة الأولى تحت الجلد دون إضافة مادة تعزز فاعلية اللقاح	لقاح فيروس النكاف الحي
العاملون والعاملات الذين ليس لديهم توثيق بحصولهم على اللقاح الحي عند أو بعد بلوغهم السنة الأولى من العمر أو الذين لا يتوفر لديهم دليل مختبري على المناعة. بالنسبة للبالغين المولودين قبل 1957، فيمكن اعتبارهم ذوي مناعة فيما عدا النساء في سن الإنجاب.	الجرعة الأولى تحت الجلد دون إضافة مادة تعزز فاعلية اللقاح	لقاح فيروس الحصبة الألمانية الحي

الملحق 11: برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات

المعيار الأول/الحكومية

1. يتم إدارة برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات من قبل المدراء التنفيذيين في المستشفى أو القيادة العليا لإدارة المستشفيات وذلك على النحو التالي:

1.1. يجب أن تحدد إدارة المستشفى رسميًا الإشراف على مضادات الميكروبات كأحد الأهداف ذات الأولوية للمنشأة وإدراجه في مؤشرات الأداء الرئيسية الخاصة بها.

2.1. يتم تحديد فريق مختص بالبرنامج في كل منشأة صحية (وفريق مركزي في حالة الهيئات الصحية)

3.1. ينبغي أن يكون هناك دعم مالي مخصص ومدعوم وكاف في الميزانية لأنشطة الإشراف على مضادات الميكروبات (على سبيل المثال، دعم الراتب أو العلاوات الفنية للفريق المختص بالبرنامج، ميزانيات خاصة للتدريب الداخلي أو الخارجي دعم تكنولوجيا المعلومات، دعم المختبرات والصيدلية لتوفير الفحوصات والأدوية اللازمة، إلى آخره)

4.1. يتم تحديد معايير محلية أو وطنية أو عالمية لمراقبة أنشطة الإشراف على مضادات الميكروبات بناء على التقييم الداخلي لكل منشأة صحية لتسهيل عملية المعايرة والتقييم السنوي للبرنامج (على سبيل المثال، عدد المكافئ المتفرغ لكل 100 سرير للأعضاء المختلفين في فريق الإشراف على الأدوية المضادة للميكروبات)

المعيار الثاني/ فريق برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات (ASP):

1. إنشاء فريق برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات من التخصصات المختلفة والمتعلقة ببرنامج الإشراف على مضادات الميكروبات في المنشأة أو الهيئة الصحية:

1.1. أن يتم تحديد فريق/لجنة مركزية ولجان أو فرق عمل فرصة للإشراف على مضادات الميكروبات رسمياً في المنشأة أو الهيئة الصحية.

2.1. يقدم الفريق/ اللجنة تقريراً دورياً (بحد أدنى مرة سنوياً) للإدارة العليا

3.1. يفوض الفريق/ اللجنة لتنفيذ أنشطة البرنامج بدعم من إدارة المنشأة أو الهيئة الصحية.

4.1. يشترط إعداد الاختصاصات لتوثيق نطاق الأنشطة

5.1. اعتماد الوثائق إدارياً.

6.1. توثيق وبوضوح كافة إجراءات التعاون بين فريق / لجنة الإشراف على مضادات الميكروبات وفريق /

لجنة منع ومكافحة العدوى

2. يجب أن يتشكل فريق برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات المركزي أو الفرعي من 3 ممارسين طبيين على الأقل في المنشأة من التخصصات التالية: (طبيب أو صيدلي أكلينيكي ذو خبرة بالاستخدام الأمثل للمضادات الحيوية، متخصص في علم الأحياء الدقيقة أو المختبرات، ممارس في منع ومكافحة العدوى)

1.2. يتم تحديد أخصائي رعاية صحية كمسؤول عن تنفيذ برامج وأنشطة فريق /لجنة الإشراف على مضادات الميكروبات في المنشأة أو الهيئة الصحية

2.2. يفضل أن يرأسه طبيب متخصص في الأمراض المعدية أو طبيب ذو خبرة بالأمراض المعدية و / أو له اهتمام بالأمراض المعدية.

3.2. يتوجب عضوية طبيب على الأقل من الأقسام التالية في لجنة الإشراف على مضادات الميكروبات وبحسب سعة المنشأة الصحية 4.2. ومجال عملها (على سبيل المثال من أطباء وحدة العناية المركزة، والطب الباطني والجراحة)

- 5.2. يفضل أن تشمل العضوية صيدلاني أكاديمي
- 6.2. يفضل أن تشمل العضوية متخصص في علم الأحياء الدقيقة أو أخصائي مختبرات أحياء
- 7.2. يفضل أن تشمل العضوية ممارس في منع ومكافحة العدوى.
- 8.2. قد يشمل الفريق أيضًا ممثلي إدارة المنشأة الصحية وأعضاء فريق الجودة وتكنولوجيا المعلومات
- 9.2. يجب أن يحصل أعضاء فريق الإشراف على مضادات الميكروبات بصورة دورية على دورات تدريبية مناسبة و / أو شهادات ذات صلة.
3. الأدوار والمسؤوليات - قد تشمل، على سبيل المثال لا الحصر:
 - 1.3. تقوم المنشأة أو الهيئة الصحية بتحديد مسؤوليات وواجبات الفريق المسؤول من خلال وثيقة أو مستند رسمي خاص بهم
 - 2.3. تقوم المنشأة أو الهيئة الصحية بتحديد أولويات البرنامج، ووضع أهداف مناسبة ورصد التقدم
 - 3.3. تقوم المنشأة أو الهيئة الصحية بتحديد مؤشرات الأداء سنوياً بناءً على المعايير الداخلية و/ أو الخارجية
وضع مؤشرات الأداء الرئيسية
 - 4.3. تقوم المنشأة أو الهيئة الصحية بمتابعة دورية لتقارير الفريق لاتخاذ القرارات المناسبة وتعزيز الالتزام
ببرنامج الإشراف على مضادات الميكروبات في المنشأة أو الهيئة الصحية.
 - 5.3. يقوم الفريق المشرف بمقد اجتماعات رسمية دورية ومثبتة بمحاضر الاجتماعات ما لا يقل عن 4 اجتماعات رسمية (مثبتة بمحاضر اجتماعات) في السنة التقويمية الواحدة
 - 6.3. يقوم الفريق المسؤول بالتعاون مع قسم الصيدلة بالمستشفى أو الهيئة الصحية لإصدار الدليل العلاجي.
 - 7.3. يقوم الفريق المسؤول بالتعاون مع لجنة منع ومكافحة العدوى لإصدار الدليل الإرشادي.
 - 8.3. تيسق الأنشطة عبر الأقسام على سبيل المثال لا الحصر: التخصصات السريرية، والصيدلة، والتمريض، والمختبر للتحقيق والإشراف على استخدام مضادات الميكروبات.
 - 9.3. دعم وتسهيل تطوير المبادئ العلاجية / البروتوكولات لمكافحة الأمراض المعدية.
 - 10.3. تثقيف الأطباء والصيدلة والمرضى فيما يتعلق بأنشطة برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات.
 - 11.3. إجراء إحصاءات سنوية لمضادات الميكروبات التي يتم صرفها في قسم الحوادث، والعيادات الخارجية والأقسام الداخلية باستخدام أي مقاييس مناسبة.
 - 12.3. إرسال الإحصائيات ودلائلها العلمية إلى الإدارة العليا للمنشأة الصحية.

- 13.3. إصدار تقريرًا مخصصًا بالنظام، على الأقل سنويًا، يتضمن على سبيل المثال بيانات استخدام مضادات الميكروبات و / أو 14.3. مبادرات تحسين الوصفات الطبية، مع أهداف قصيرة الأجل وطويلة الأجل لتحقيق الاستخدام الأمثل للمضادات الحيوية
- 14.3. أي وظيفة أخرى ذات صلة لتحسين استخدام مضادات الميكروبات.
- 15.3. المساعدة في تطوير وتوزيع مواد تثقيفية للمرضى متعلقة بالاستخدام المناسب للمضادات الحيوية
4. يجب على فريق برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات استخدام بعض أو كل هذه الإجراءات التي تهدف إلى الاستخدام الأفضل لمضادات الميكروبات:
- 1.4. دعم أنشطة واستراتيجية الإشراف على مضادات الميكروبات مع خدمات تكنولوجيا المعلومات المناسبة
 - 2.4. إصدار قائمة لمضادات الميكروبات (قائمة من مضادات الميكروبات التي تمت الموافقة على استخدامها في دليل الأدوية الموحد للمنشأة، مع تحديد ما إذا كانت الـ المنتجات الدوائية غير مقيدة أو مقيدة أو مسموح بها لحالات محددة (موافقة عضو فريق الإشراف على مضادات الميكروبات مطلوبة)
 - 3.4. التوصيات المتاحة والحديثة لإدارة العدوى (التشخيص والوقاية والعلاج)، استناداً إلى القواعد الإرشادية القائمة على الأدلة الدولية / الوطنية واستجابة البكتيريا المحلية للمضادات (قدر الإمكان)، للمساعدة في اختيار مضادات الميكروبات (الدالة، المضاد، الجرعة، الطريق، المدة) للظروف السريرية الشائعة
 - 4.4. وجود سياسة مكتوبة تتطلب من الطبيب توثيق خطة صرف مضاد الميكروبات (تشمل الدلالة واسم المضاد والجرعة والمدة وطريقة تناولها) في السجل الطبي أو أثناء إدخال أمر الصرف لجميع وصفات مضادات الميكروبات.
 - 5.4. مراجعة وتدقيق فريق الإشراف على مضادات الميكروبات لخطة العلاج لمضادات جراثيم محددة أو لتشخيص سريري معين في المنشأة.
 - 6.4. توافر المشورة من أعضاء فريق الإشراف على مضادات الميكروبات بصورة متاحة وبسهولة للأطباء.
 - 7.4. إجراء مرور على المرضى يركز على حالات العدوى ومضادات الميكروبات الموصوفة في قسم معين على الأقل في المنشأة. (قد يشمل أقسام العناية المركزة، أقسام الجراحة أو الباطنية المنوم بها المرضى الحاملين للبكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية، الأقسام المنوم بها مرضى حاملين لميكروبات شديدة العدوى)

المعيار الثالث/ تطوير قواعد إرشادية / بروتوكولات لعلاج الأمراض المعدية في المنشأة الصحية:

1. يجب أن يكون لدى المنشأة إمكانية الوصول في الوقت المناسب إلى خدمات المختبر / التصوير ونتائجها لتكون قادرة على دعم تشخيص العدوى الأكثر شيوعاً في المستشفى
2. يجب تطوير القواعد الإرشادية / البروتوكولات العلاجية من قبل الأقسام الطبية المعنية بالتشاور مع فريق الإشراف على مضادات الميكروبات، واللجنة الدوائية والمختبر.
3. وضع قواعد إرشادية علاجية للحالات المعدية التي تعتبر السبب الأكثر شيوعاً وخطورة لوصف المضادات الحيوية داخل المنشأة.
4. القواعد الإرشادية العلاجية يجب أن تشمل وألا تقتصر على المعايير التالية:
 - 1.4 أن تستند إلى الأدلة باستخدام أفضل البيانات / الموارد المتاحة من الإرشادات والتوصيات المحلية والعالمية.
 - 2.4 التوافق مع الإرشادات المحلية أو الوطنية، حيثما ينطبق ذلك.
 - 3.4 الموافقة والتوقيع من قبل قيادة المنشأة الصحية
 - 4.4 التطوير لتحسين اختيار واستخدام مضادات الميكروبات
 - 5.4 تكون محدثة ويتم تحديثها بانتظام (على الأقل سنوياً وكلما دعت الحاجة بناءً على المعطيات والأدلة العلمية المستجدة)
 - 6.4 للنظر في أنماط مقاومة مضادات الميكروبات المحلية / الوطنية المحدثة
 - 7.4 ضمان الوصول إلى جميع المتخصصين في الرعاية الصحية ذات الصلة.

المعيار الرابع/ تطوير مخطط المضادات الحيوية (antibiogram) الخاص بالمنشأة الصحية:

1. تطوير مخطط مضادات حيوية دقيق وموثوق به وتحديثه على الأقل سنوياً.
2. يجب أن يتضمن نتائج جميع اختبارات حساسية المضادات للميكروبات التي أجريت خلال الفترة المعنية
3. نشر مخطط المضادات الحيوية داخل المنشأة لضمان وصوله إلى متخصصي الرعاية الصحية.
4. مشاركة مخطط المضادات الحيوية مع الجهات الأخرى داخل وخارج المنشأة في حال طلبها بصورة رسمية من الجهات المختصة.

المعيار الخامس/ ضمان توفر التعليم والتدريب ذات الصلة للأخصائيي الرعاية الصحية:

1. يجب توفير الموارد التعليمية والتدريب المناسب فيما يتعلق بالاستخدام الرشيد لمضادات الميكروبات وتحسين وصف الأدوية المضادة للميكروبات على فترات منتظمة لجميع الكادر الطبي المرخص لوصفها وصرفها ويشمل الأطباء، والصيادلة والمريض.
2. يجب توفير التدريب التوجيهي للاستخدام الرشيد لمضادات الميكروبات وتوثيقها لجميع العاملين الجدد في المنشأة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من عملهم
3. التأكد من أن أنشطة الاستخدام الرشيد لمضادات الميكروبات هي أحد الموضوعات الرئيسية التي يغطيها التعليم المستمر في المنشأة

المعيار السادس/ المراقبة والمتابعة (على نحو مستمر):

1. يجب أن تقوم المنشأة بمراقبة جودة استخدام مضادات الميكروبات على مستوى الوحدة و/أو المنشأة، فعلى سبيل المثال: من خلال إجراء مسوحات نقطة الانتشار أو عمليات التدقيق، وتقييم مدى ملاءمة علاج العدوى والوصفة الطبية لمضادات الميكروبات (مثل الدلالة واختيار نوع المضاد ومدة العلاج بالمضادات الحيوية وفقاً لمساهمة أو توجيه العلاج الخاص بالمنشأة).

2. يجب على فريق الاستخدام الرشيد لمضادات الميكروبات وبصورة دورية القيام بما يلي:

1.2. التدقيق لضمان الالتزام بالسياسات الداخلية والالتزام بمعايير القواعد الإرشادية والمعايير ذات الصلة.

2.2. مراقبة الامتثال لواحد أو أكثر من التدخلات المحددة التي وضعها فريق الإشراف على المضادات (على

سبيل المثال، تسجيل الدلالة في السجل الطبي لجميع وصفات المضادات للميكروبات).

3. يجب على المنشأة أن تقوم بمراقبة كمية مضادات الميكروبات الموصوفة / المستعملة / المشتراة على مستوى الوحدة و / أو المنشأة

4. يجب على المنشأة وفي حال وجود أدلة إرشادية وطنية متابعة التزام الأطباء بهذه الأكلة على الأقل في 70% من الحالات التي خضعت للعلاج لضمان عدم الحياد عنها. يشمل هذا عينات وصفات عشوائية من العيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية في المنشأة يتم تدقيقها من قبل مدققين داخليين أو خارجيين على الأقل مرتين سنوياً ويتم رفع تقارير رسمية بنتائج التدقيق إلى الإدارة العليا في المنشأة وإلى اللجنة المركزية في وزارة الصحة ووقاية المجتمع لاتخاذ الإجراءات اللازمة في حال استمرار الأطباء في المنشأة بعدم الالتزام بالإرشادات الوطنية. تتضمن الأكلة الإرشادية الوطنية صرف المضادات الحيوية في حالات التهاب البول، التهابات الجهاز التنفسي العلوي والسفلي، التهابات الجلد والأنسجة الضامة وغير ذلك من الأكلة الإرشادية الوطنية حال تعميمها.

المعيار السابع: التقارير والتغذية الراجعة المستمرة

1. يقوم الفريق المشرف بتقديم ملاحظات وتنفيذ استرجاعية لأخصائي الرعاية الصحية في المنشأة أو الهيئة الصحية المخولون بصرف المضادات الحيوية.

2. تشمل الملاحظات تقارير استجابة البكتيريا للمضادات الحيوية في المنشأة أو الهيئة الصحية، أنماط صرف المضادات الحيوية الخاصة بالأطباء والأقسام داخل المنشأة، معدلات صرف المضادات الحيوية في المنشأة أو الهيئة الصحية، معدلات الإصابة بالعدوى البكتيرية في المستشفيات، وغيره من الملاحظات المتعلقة بالموضوع لاتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة.

3. يتم تقديم الملاحظات والتغذية الراجعة عن طريق الاجتماعات الدورية، التكوين في الملفات الطبية، المحاضرات الإرشادية وغيرها من طرق التواصل المعتمدة داخل المنشأة أو الهيئة الصحية.
4. يتم رفع التقارير الدورية اللازمة من الفريق المختص بالإشراف على المضادات الحيوية إلى إدارة المنشأة أو الهيئة الصحية بصورة دورية للمساعدة على وضع الخطط التحسينية بناءً على مخرجات التقارير والملاحظات.
5. يتوجب على إدارة المنشأة أو الهيئة الصحية مشاركة التقارير مع وزارة الصحة والوقاية والهيئات والدوائر الحكومية الأخرى ذات الصلة في حال تم طلبها بصورة رسمية.