



الجمهورية العربية السورية  
وزارة الصحة  
مديرية المشافي

## الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي

كانون الثاني، 2011 م

# معايير رعاية المريض

## فئة (أ)

الترقيم	المعيار
أ	معايير رعاية المريض
أ-1	المباشرة بالرعاية
أ-1-1	للمؤسسة سياسات وإجراءات مدونة لاستقبال وإدخال المرضى. تشمل وثائق المستشفى جميع البنود التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>• إدخال المرضى عن طريق الطوارئ</li> <li>• إدخال المرضى عن طريق العيادة الخارجية</li> <li>• إدخال المرضى المحولين من جهة أخرى</li> <li>• المعلومات التي يجب أن تعطى للمريض عند الدخول</li> <li>• تحويل المريض إلى جهة أخرى.</li> </ul> العاملون بالطوارئ والعيادات ومكتب الدخول يعلمون بسياسات قبول المرضى المذكورة.
أ-2	استمرارية الرعاية
أ-2-1	يتم تداول المعلومات الخاصة بعلاج المريض واستجابته للعلاج بين جميع مقدمي الخدمة المعنيين أثناء إقامة المريض بالمؤسسة يتم تدوين الإجراءات العلاجية التي تمت في جميع الأقسام مثل: <ul style="list-style-type: none"> <li>• نتائج المختبر والأشعة.</li> <li>• نتائج زيارة الأطباء المكتوبة يومياً.</li> <li>• الملاحظات التمريضية على صفحة خاصة للتمريض.</li> <li>• يتم تدوين البيانات الطبية والتقدم الطبي في حالة المريض على مدار الوقت وبوضوح.</li> </ul>
أ-2-2	يوجد بالمؤسسة سياسة وإجراء ينظم عملية الاستشارة الطبية تشمل السياسة على مواصفات تحدد لماذا ولمن ومتى وأين وكيف تتم الاستشارة.
أ-2-3	يتم تزويد المريض أو ذويه بتعليمات مفهومة وواضحة عند التحويل أو الخروج <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر في الملفات القديمة لمرضى تم خروجهم من المستشفى ملخص الخروج أو استمارة الإحالة والتي لا بد أن تحتوي على تعليمات الخروج أو الإحالة للمريض مثل مواعيد المتابعة ونوعية الغذاء وكيفية التأهيل بعد الخروج.</li> <li>• يوجد ما يثبت وصول هذه المعلومات بشكل مكتوب للمريض أو أسرته ويتقن الفريق الطبي التزويد بهذه التعليمات.</li> </ul>
أ-3	حقوق المريض
أ-3-1	تقوم المؤسسة بتعريف المريض وذويه بالرعاية والخدمات التي تقدمها وكيفية الوصول إليها <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر الملصقات واللافتات التي توضح وتصف الخدمات المتاحة تقديمها بالمستشفى، كما تصف كيفية الوصول إلى هذه الخدمات وذلك بذكر أماكن تواجدها ووجود أسهم إشارة توضح للمريض كيفية الوصول لهذه الخدمات.</li> <li>• تتوفر بعض المطويات والكتيبات الإيضاحية التي تحدد الخدمات المتاحة للمرضى بالمستشفى وكيفية الوصول لها.</li> </ul>

الترقيم	المعيــــــــار
أ-3-2	<p>عند إدخال المريض يبلغ هو أو الشخص المخول بمعلومات واضحة عن تشخيص المرض والتكلفة المتوقعة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يعلم المرضى أو الأشخاص المخولين بنوعية المرض ومدة العلاج والنتائج والتكلفة المتوقعة لتقديم الخدمات حتى الخروج وذلك منذ دخول المستشفى.</li> <li>• تتطابق معلوماتهم التي تم ذكرها بالمسجل فعلياً في الملف الطبي.</li> </ul>
أ-3-3	<p>تحافظ الرعاية المقدمة على خصوصية المريض.</p> <p>وحدة المرضى، والعيادات الخارجية، والطوارئ بالمستشفى تتبع الأسس والنظم التي تحافظ على خصوصية المريض مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• وجود ستائر للفصل بين المرضى في الغرف المشتركة.</li> <li>• وجود ثياب مناسبة للمرضى.</li> <li>• زجاج غرف إقامة المرضى من النوع الذي لا يسمح بالرؤية من الخارج أو تتوافر ستائر.</li> <li>• عدم الكشف أو إجراء الفحص على أكثر من مريض في آن واحد.</li> <li>• تغطية المريض جيداً أثناء الفحص أو النقل.</li> </ul>
أ-3-4	<p>تقوم المؤسسة باتخاذ خطوات لحماية ممتلكات المريض من السرقة والفقدان والتلف.</p> <p>يوجد لدى المستشفى سياسة معلنة ومطبقة تحدد مسؤوليتها تجاه ممتلكات المرضى وتوفر ما يلي:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - كيفية إعلام المرضى أو أقاربهم بهذه المسؤوليات التي تتحملها المستشفى.</li> <li>2 - كيفية حماية ممتلكات المريض (أين تحفظ ومن المشرف عليها وكيف تسترد).</li> </ol> <p>يعلم العاملون في الوحدات أو الأقسام بهذه السياسة وما يجب أن يقوموا به تجاه ممتلكات المريض. كما يعلم المرضى بمسؤوليات المستشفى عن حماية ممتلكاتهم الشخصية أثناء تواجدهم بالمستشفى.</p>
أ-3-5	<p>تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمريض وتمنع سوء استخدامها.</p> <p>تنظم اللوائح والقوانين من له حق الإطلاع على ملفات المرضى والحصول على معلومات طبية مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الفريق الطبي المعالج.</li> <li>• فريق تحسين الجودة عند جمع البيانات لتحسين جودة الخدمة أو حل المشكلة.</li> <li>• المحامين وذلك بعد الحصول على إذن نيابة أو محكمة.</li> <li>• ما تحدده الإدارة إضافة لما سبق.</li> </ul> <p>المسؤول عن غرفة الملفات ملم بسياسات وإجراءات الحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.</p>
أ-3-6	<p>تعرف المؤسسة المريض وأسرته عن حقهم ومسؤولياتهم المتعلقة برفض أو عدم الاستمرار بالعلاج وتعرفهم بالعلاج البديل إن وجد.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• توجد سياسة مدونة خاصة برفض المرضى العلاج ويفضل وجود المطويات والملصقات.</li> <li>• توجد ملفات لمرضى رفضوا العلاج أو رغبوا في إيقافه ويوجد إقرار رفض علاج يتضمن: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. المعرفة الكاملة للضرر المتوقع حدوثه للمريض جراء هذا الرفض.</li> <li>2. وأنه تم شرح هذا الضرر لهم.</li> <li>3. وأنهم يتحملون المسؤولية كاملة عن الرغبة في عدم استمرار ورفض العلاج.</li> </ol> </li> <li>• الطبيب في القسم على علم بما يجب فعله تجاه ذلك.</li> </ul>

الترقيم	المعيــــــــار
أ-3-7	<p>تدعم المؤسسة حق المريض في التقدم بشكوى شفوية أو مكتوبة، موقعة أو غير موقعة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• توجد صناديق أو مكتب لتلقي الشكاوى.</li> <li>• وثيقة حقوق المريض تشمل هذا الحق.</li> <li>• توجد لجنة أو جهة لدراسة وفحص الشكاوى.</li> <li>• يوجد سجل للشكاوى يتضمن إجراءات تصحيحية يتم اتخاذها في الشكاوى.</li> <li>• الأطباء وأفراد التمريض والعاملون يفهمون هذا الحق ويعلمون بالإجراءات.</li> <li>• المرضى يعلمون بهذا الحق وإجراءاته.</li> </ul>
أ-3-8	<p>تقوم المؤسسة بتدريب جميع العاملين على معرفة حقوق المريض وقيمه ومعتقداته.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد في برنامج تأهيل الموظف الجديد ما يفيد في تعليمه حقوق المريض.</li> <li>• تتضمن برامج التدريب المستمر لجميع العاملين جزءاً عن حقوق المرضى.</li> <li>• يوجد في ملفات العاملين شهادات تدريبية في حقوق المرضى.</li> </ul>
أ-3-9	<p>يتم أخذ إقرار عام من المريض عند دخوله المؤسسه ويبلغ المريض والأشخاص المخولون عن مجال ذلك الإقرار.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد في الملف إقرار موافقة على الدخول وتلقي العلاج.</li> <li>• يشتمل هذا الإقرار على المعلومات الواضحة والسهلة الفهم لأفراد العامة.</li> <li>• يقوم المريض المقبول أو الشخص المخول عند الضرورة بالتوقيع على إقرار موافقة الدخول والعلاج.</li> </ul>
أ-3-10	<p>لدى المؤسسة أربع نماذج مختلفة مستخدمة للإقرار الخاص.</p> <p>تتضمن النماذج الموافقات المسبقة على الإجراءات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ العمليات الجراحية.</li> <li>✓ التخدير.</li> <li>✓ نقل الدم ومشتقاته.</li> <li>✓ التدخلات والعلاج ذات الخطورة ويشمل العلاج الإشعاعي والكيماوي والكهربائي.</li> </ul> <p>وتدرج تلك الموافقات في ملف المريض قبل تعرضه للجراحة أو التخدير.</p>
أ-3-11	<p>تتوفر سياسة مدونة لأخذ إقرار من شخص آخر غير المريض لتحديد من يوقع وتتضمن بيان الأشخاص المخولين بأخذ الإقرار وطريقة ذلك.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوافر وثائق مدونة خاصة بسياسة الإقرارات الطبية من غير المرضى.</li> <li>• توجد في ملفات المرضى الأطفال وفاقدى الأهلية والغيوبية الإقرارات المذكورة بقبول تلقي الرعاية الطبية.</li> <li>• توجد وثائق مدونة تتضمن سياسة الحصول على الإقرار وأهلية الأشخاص المكلفين بذلك.</li> </ul>
أ-4	المختبرات
أ-4-1	<p>تقوم المستشفى بإجراء الخدمات المخبرية ضمن المؤسسة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد مخبر مجهز ويعمل داخل المستشفى ويتناسب مع الخدمات المقدمة.</li> <li>• يعلم الفريق الطبي بالخدمات المخبرية المتوفرة وكيفية التصرف عند الحاجة لخدمات مخبرية غير</li> </ul>

الترقيم	المعيار
	متاحة بالمؤسسة.
أ-4-2	يوجد بالمختبر سياسات مدونة وإجراءات مطبقة تشمل الأعمال الرئيسية. سياسات وإجراءات المختبر تشمل البنود التالية: ✓ دليل العمل لجميع الفحوصات والأجهزة. ✓ إجراءات ضبط الجودة. ✓ كيفية تخزين وتوفير وتمييز الكواشف المخبرية. ✓ تجميع وتمييز العينات وفحصها والتخلص الآمن منها. ✓ مكافحة العدوى في المختبر. ✓ رئيس المختبر والعاملون فيه يلمون بالسياسات المطلوبة.
أ-4-3	يتم تطبيق سياسات وإجراءات الصيانة الدورية ومعايرة معدات وأجهزة المختبر. • تتوافر مستندات الصيانة الدورية والمعايرة • يلمّ العاملون بنظام المعايرة والصيانة ويطبقونه. • توجد لصاقة على الأجهزة تتضمن تاريخ الصيانة الأخيرة والموعّد المقبل لذلك.
أ-4-4	يتم تطبيق إجراءات ضبط الجودة في المختبر و تدوين النتائج ومراجعتها دورياً. • يعلم الفنيون بتوقيت ضبط الجودة للأجهزة وفق متطلباتها. • تتوافر وثائق ضبط الجودة.
أ-4-5	يقوم بالعمل في المختبر متخصصون وفنيون لديهم تدريب وتأهيل مناسب. • تتوافر في عقود العاملين في قسم المختبر بطاقات الوصف الوظيفي. • تتوافر في ملفات العاملين بالمختبر الشهادات المعتمدة والخبرات والتدريب.
أ-5	الأشعة
أ-5-1	يتوفر إجراء خدمات أشعة تشخيصية نوعية (طبقي محوري أو مرنان) في المستشفى • يوجد قسم أشعة مجهز بالمعدات المذكورة ويعمل داخل المستشفى. • يلمّ العاملون في القسم ورئيس قسم الأشعة بخدمات الأشعة المتوفرة.
أ-5-2	يقوم بالعمل في خدمات الأشعة التشخيصية متخصصون وفنيون لديهم تدريب وتأهيل مناسب. تتوافر في عقود العاملين في قسم الأشعة بطاقات الوصف الوظيفي. تتوافر في ملفات العاملين بالأشعة الشهادات المعتمدة والخبرات والتدريب.
أ-5-3	تطبق المؤسسة سياسات وإجراءات الصيانة الدورية للمعدات وأجهزة الأشعة التشخيصية ومعايرتها للتأكد من سلامتها. • تتوفر مستندات الصيانة الدورية والمعايرة للأجهزة والمعدات التشخيصية. • يعلم العاملون بنظام المعايرة والصيانة الدورية وتطبيقه. • توجد لصاقة على الأجهزة تتضمن تاريخ الصيانة الأخيرة والموعّد المقبل لذلك.
أ-5-4	تتوفر في خدمات الأشعة التشخيصية إجراءات ضبط الجودة ويتم إتباعها وتدوينها ومراجعتها بصورة دورية. • تتوافر مستندات ضبط الجودة وقوائم للمراجعة.

الترقيم	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>يعلم العاملون بإجراءات ضبط الجودة.</li> </ul>
أ-5-5	<p>تقوم المؤسسة بإتباع سياسة استدعاء المتخصصين في خدمات الأشعة التشخيصية عند اللزوم وفي الوقت المناسب.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تتوفر قائمة بالمتخصصين والخبراء الذين يمكن الرجوع إليهم في هذا المجال.</li> <li>تتوفر نماذج التعاقد معهم ووسائل الوصول (أرقام التليفونات).</li> <li>يعلم الأطباء والعاملون بالأشعة بإمكانية وكيفية الاستعانة بأحد المتخصصين أو الخبراء عند اللزوم.</li> </ul>
أ-5-6	<p>يتم توثيق جميع النتائج وتصدر نسختان من التقرير الشعاعي تحفظ إحداهما بقسم الأشعة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>توجد نسخ من التقارير محفوظة بقسم الأشعة أو مدونة في سجل.</li> <li>توجد تقارير للصور الشعاعية المجرأة في المستشفى في ملفات المرضى.</li> </ul>
أ-6	<p>الرعاية التغذوية</p>
أ-6-1	<p>يتم إعداد الطعام طبقاً لسياسة مدونة تتضمن إجراءات صحية.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تتضمن سياسة المستشفى المدونة الخاصة بالتغذية البنود التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ التزام العاملين في قسم تحضير الطعام بغسل الأيدي وارتداء القفازات والماسك عند تداول وإعداد الطعام وإجراء الفحوص الصحية الدورية.</li> <li>✓ مراعاة نظافة قسم تحضير الطعام .</li> </ul> </li> <li>يلتزم العاملون في القسم بغسل الأيدي وارتداء القفازات والماسك عند تداول وإعداد الطعام.</li> <li>تشمل نظافة القسم ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ المطبخ نظيف وجميع الأسطح التي تستخدم لإعداد الطعام نظيفة.</li> <li>○ الأواني الخاصة بإعداد الطعام نظيفة وخالية من الصدأ.</li> <li>○ الأحواض أو المغاسل نظيفة ويتوفر كلا الماء الساخن والبارد بغزارة مقبولة.</li> <li>○ توجد مجارى كافية للتصريف.</li> <li>○ يوجد شبك أسلاك دقيق على فتحات التهوية.</li> <li>○ لا توجد حشرات زاحفة أو طائرة.</li> </ul> </li> <li>يوجد رئيس للمطبخ لديه خبرة مقبولة.</li> <li>تتوفر في ملفات العاملين في المطبخ الشهادات الصحية الصالحة والفحوص الصحية الدورية.</li> </ul>
أ-6-2	<p>تحدد في ملف المريض أوامر الطعام والتغذية حسب وضعه التغذوي.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>يتوفر في ملف المريض أوامر التغذية، والطريقة (بالفم أو عن طريق الأنبوب المعدي أو وريدي)</li> <li>يتم تحديث أوامر التغذية وفق الحالة.</li> </ul>
أ-6-3	<p>توجد سياسة مدونة ومطبعة لتخزين الطعام.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تتضمن سياسة المستشفى المدونة الخاصة بالتخزين البنود التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ طرق التخزين داخل وخارج الثلاجة.</li> <li>✓ مراقبة درجة حرارة الثلاجات.</li> <li>✓ التخلص الآمن من المواد الغذائية منتهية الصلاحية.</li> </ul> </li> </ul>

الترقيم	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ طرق مكافحة القوارض.</li> <li>• تتوفر إجراءات مكتوبة لطرق التخزين داخل وخارج الثلاجة.</li> <li>• تتوفر خريطة لمراقبة درجة حرارة الثلاجات</li> <li>• يلم العاملون بطريقة مكافحة القوارض والحشرات المتبعة.</li> </ul>
أ-7	الرعاية المتعلقة بالألم
أ-7-1	لدى المؤسسة سياسة وإجراء لتقييم وعلاج الألم عند جميع المرضى
	<p>تشمل سياسة الرعاية المتعلقة بالألم ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقييم وإعادة تقييم الألم عند جميع المرضى.</li> <li>• تحديد مسؤولية الطبيب والممرضة في هذه السياسة.</li> </ul>
أ-7-2	يتم تقييم الألم عند جميع المرضى
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد استخدام لاستمارة تقييم الألم في ملفات المرضى.</li> <li>• يعلم الأطباء والتمريض متى وكيف يتم تقييم وإعادة تقييم الألم.</li> <li>• يتم تقييم وعلاج الألم عند المرضى بشكل جيد.</li> </ul>
أ-7-3	يتم علاج الألم عند المرضى بصورة فعالة طبقاً لأدلة العمل
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر أدلة العمل الخاصة بعلاج الألم.</li> <li>• يطبق الأطباء المسؤولون عن علاج الألم تلك الأدلة.</li> <li>• يتحقق رضا المرضى ما بعد الجراحة عن فعالية الأدوية المسكنة للألم واستجابة التمريض والأطباء.</li> </ul>
أ-8	العناية الخاصة بمرضى الطوارئ
أ-8-1	يوجد قسم لتقديم خدمات الطوارئ (الإسعاف) يحقق سهولة الوصول والانتقال.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مكان الطوارئ يمكن الوصول إليه إذا حضر المريض بواسطة الإسعاف خلال 30 ثانية وخلال 2-3 دقائق إذا حضر مترجلاً وهذا يتطلب وجود الطوارئ في الطابق الأرضي أو ما يماثله.</li> <li>• توجد علامات إرشادية واتجاهات واضحة خارجية وداخلية توضح اتجاه الطوارئ بالمؤسسة وطريقة الوصول إلى مدخل الطوارئ.</li> <li>• الخدمات المساعدة مثل الأشعة والمختبر تقع قريبة من الطوارئ وفي نفس الطابق ويسهل الوصول إليها أو يتوفر مصعد في حالة وجودها في مستوى آخر مع وجود علامات إرشادية.</li> <li>• مدخل ومخرج قسم الطوارئ مستقل ويمكن الوصول إليه مباشرة من خارج المؤسسة دون الحاجة للمرور بأقسامها.</li> </ul>
أ-8-2	يوجد لدى المستشفى سياسات وإجراءات مدونة ومعلنة للتعامل مع مرضى الإسعاف والطوارئ.
	<p>تتضمن سياسات مرضى الطوارئ البنود التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ التعامل مع الحالات التي تحتاج إلى إنعاش والمرضى المتلقين لأجهزة الدعم.</li> <li>✓ العناية بالمرضى فاقد الوعي والمعالجة الإسعافية لألم الصدر، للصدمة، للرضوض/الإصابات المتعددة.</li> </ul> <p>تتوفر السياسات السابقة في قسم الطوارئ وهي متاحة لجميع العاملين بالقسم.</p>

الترقيم	المعيار
أ-8-3	<p>يوجد لدى المستشفى خطة للطوارئ تتضمن قائمة بأعضاء فريق الإسعاف (أطباء، ممرضات، فنيي الأشعة والمخبر) معلقة في غرفة الطوارئ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر خطة عمل لحالات الطوارئ.</li> <li>• يتوفر جدول للمناوبين على أعمال الطوارئ.</li> <li>• يحيط مدير قسم الطوارئ بكيفية إعداد خطة العمل بقسم الطوارئ وتحديد القوى العاملة لكل مناوبة وهي مبنية على البيانات الآتية: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ متوسط عدد المرضى اليومي</li> <li>○ متوسط عدد المرضى بالنسبة للأوقات المختلفة في اليوم</li> <li>○ متوسط عدد المرضى بالنسبة لأيام الأسبوع</li> </ul> </li> </ul>
أ-8-4	<p>توجد خطة للتعامل مع حالات الإنعاش في أي مكان بالمستشفى.</p> <p>تتضمن الخطة المدونة للتعامل مع حالات الإنعاش القلبي الرئوي في أي مكان بالمؤسسة ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ تحديد الفريق</li> <li>✓ أدوية الطوارئ أماكنها وأنواعها وطريقة تأمينها</li> <li>✓ الأجهزة المطلوبة.</li> </ul> <p>تتوفر الجاهزية اللازمة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• توزيع عربات الإنعاش.</li> <li>• الأدوية والمستلزمات مكتملة الأجهزة صالحة للعمل وفق قوائم تحقق.</li> <li>• يعرف فريق الإنعاش دور كل فرد فيه.</li> <li>• تجرى تجارب استدعاء وهمي لفريق الإنعاش لحساب الوقت اللازم.</li> </ul>
أ-8-5	<p>تتوافر في أقسام الطوارئ الأجهزة والمستلزمات والأدوية وفق اللوائح المنظمة وهي تعمل وفي حالة جيدة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوافر تجهيزات الطوارئ والأدوية طبقاً للوائح والقوانين المعمول بها بوزارة الصحة وفقاً لقوائم التحقق.</li> <li>• لا توجد أعطال أو نقص في أي من أجهزة الطوارئ في القسم، (على سبيل المثال جهاز إزالة رجفان القلب، جهاز تحفيز القلب بالبطارية).</li> <li>• يتوفر نظام للصيانة الوقائية والتعامل مع أعطال الأجهزة.</li> <li>• تتم مراجعة الأدوية والتأكد من عدم وجود أي نقص فيها طبقاً للقائمة.</li> <li>• ضمان تاريخ الصلاحية.</li> <li>• الأدوية في مكان آمن وفي المتناول طوال الوقت.</li> </ul>
أ-8-6	<p>تتوافر الخدمات التشخيصية المساعدة والعلاجية طوال اليوم.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الوصول سهل من أقسام الطوارئ إلى أقسام الخدمات التشخيصية.</li> <li>• يحيط العاملون في الطوارئ بكيفية التصرف عند الحاجة إلى طلب عمل فحوصات تشخيصية.</li> <li>• يتوفر جدول مناوبات بقسم الأشعة والمخبر.</li> </ul>

الترقيم	المعيار
أ-8-7	لدى المؤسسة سيارة إسعاف مجهزة طبقاً للوائح والقوانين. توجد سيارة إسعاف بمواصفات تتطابق مع اللوائح والقوانين بالمستشفى.
أ-9	معايير الخدمات العلاجية-تقييم المرضى
أ-9-1	يتوفر في ملف المريض التقييم السريري العلمي الأساسي. تتضمن استمارة تقييم المريض البنود التالية على الأقل: ✓ التاريخ المرضي. ✓ الفحص السريري. ✓ الحالة الاجتماعية والنفسية. ✓ الحالة التغذوية. ✓ الحالة الوظيفية وإعادة التأهيل المشار لها.
أ-9-2	خطة الرعاية الطبية لكل مريض موثقة بالملف الطبي • تتوفر خطة الرعاية الطبية للمريض موثقة بالملف. • الخطة مبنية على تقييم المريض. • يحتوي التقييم المبدئي للمريض عند الدخول على خطة متابعة. • الخطة تشمل تحديد الاحتياجات الطبية للمريض والتدخلات المطلوبة والزمن المتوقع. • التقييم الكامل يدون بالملف خلال أربع ساعات من قبول المريض كحد أقصى.
أ-9-3	يتم مراجعة وتعديل خطة الرعاية والعلاج وفقاً لتطور الحالة. السجلات الطبية لمرضى الأقسام المختلفة ومرضى تم خروجهم من المستشفى تتضمن: • التشخيص المبدئي والتشخيص النهائي. • ملاحظات وأوامر الطبيب والتقييم الدوري ( مرة يومياً كحد أدنى أو أكثر من مرة وفقاً للسياسات). • يحيط الأطباء بكيفية التصرف عند حدوث أي تغيير في حالة المريض يستوجب تغيير خطة العلاج. • يتم إبلاغ جميع القائمين على علاج المريض وفقاً لتطور الحالة.
أ-9-4	خطة الرعاية التمريضية لكل مريض موثقة بالملف الطبي ويتم تعديلها عند الحاجة. • يتضمن الملف مكاناً للخطة التمريضية. • المرضى المتواجدون في الأقسام المختلفة والمرضى الذين تم خروجهم من المستشفى تتوفر في سجلاتهم الطبية خطة الرعاية التمريضية موثقة. • تتم متابعة التقييم الدوري من قبل التمريض (مرتين في اليوم كحد أدنى أو أكثر من ذلك وفقاً للسياسات). • يشمل محتوى الخطة تقييم الألم ورعاية الجرح والرعاية التنفسية وتنظيف المريض وفق حاله المرضي وغير ذلك بما يتماشى مع سياسات وإجراءات الرعاية التمريضية.
أ-9-5	كل التدخلات والإجراءات الطبية يتم تسجيلها بالملف. تتضمن السجلات الطبية للمرضى المتواجدين في الأقسام المختلفة ولمرضى تم خروجهم من المستشفى: • تسجيل جميع التدخلات والإجراءات الطبية من فحوصات مخبرية وأشعة.

الترقيم	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نتائج التدخلات والإجراءات الطبية.</li> <li>• ملاحظات وأوامر الطبيب.</li> </ul>
أ-10	معايير الخدمات العلاجية-الحالات ذات الخطورة
أ-10-1	توجد بالمؤسسة أدلة إرشاد محددة لدخول المرضى وحدات الرعاية الحرجة. تتوفر شروط قبول المريض في أي من وحدات العناية ويشمل ذلك: ✓ وحدات الرعاية المركزة والإكليلية. ✓ وحدات رعاية حديثي الولادة. ✓ وحدات الغسيل الكلوي.
أ-10-2	توجد بالمؤسسة أدلة سريرية للتعامل مع الحالات ذات الخطورة كالأمراض المعدية والغيوبية وما يماثلها. توجد أدلة عمل للتعامل مع الحالات ذات الخطورة التالية: ✓ حالات الإنعاش. ✓ حالات الغيوبية. ✓ حالات الأمراض المعدية والإيدز. ✓ حالات نقص المناعة. ✓ حالات الغسيل الكلوي. ✓ حالات الفئات الحساسة ( حديثي الولادة والأطفال والحوامل وكبار السن).
أ-10-3	يتم إتباع الأدلة السريرية للتعامل مع الحالات ذات الخطورة. • يقوم رئيس الهيئة الطبية بالتأكد من إتباع أدلة الإرشاد ويقوم بإجراءات رادعة حالة عدم الالتزام بها. • يحيط الأطباء والأطر الفنية الأخرى بأدلة الإرشاد للحالات ذات الخطورة ويلتزمون بها. • تتوفر تقارير كافية في ملفات مرضى تلك الحالات.
أ-11	معايير الخدمات العلاجية - معايير التخدير والإنعاش
أ-11-1	يوجد عدد من أطباء التخدير يكفل طبيباً مختصاً لكل عمل جراحي بالتخدير العام. • تتوفر عقود لأطباء التخدير بحيث أن عددهم يساوي عدد غرف العمليات على الأقل. • يعمل أطباء التخدير بحيث يتم تأمين إشراف طبيب تخدير على أي عمل جراحي يلزمه التخدير (ماعدًا الموضوعي).
أ-11-2	توجد خطة للتخدير موثقة بالملف لكل حالة يتم وضعها بواسطة أخصائي التخدير. يتضمن ملف المريض المخطط له إجراء عمل جراحي: ✓ تقييم حالة المريض ✓ خطة للتخدير موثقة بالملف ✓ المادة المخدرة المخطط لاستعمالها. ✓ تاريخ التقييم وتوقيع أخصائي التخدير.
أ-11-3	توجد متابعة ومراقبة مستمرة لحالة المريض أثناء التخدير ويتم توثيقها بالملف. تتضمن ملفات المرضى في قاعة الإنعاش وملفات مرضى الأجنحة توثيقاً لملاحظات الطبيب أثناء التخدير وتسجيل نتائج الملاحظة التي تشمل:

الترقيم	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سرعة وانتظام النبض</li> <li>• ضغط الدم</li> <li>• نسبة تركيز الأوكسجين</li> <li>• معدل التنفس</li> <li>• نسبة تركيز ثاني أكسيد الكربون</li> </ul>
أ-11-4	يوجد قاعة إنعاش مجهزة حسب اللوائح والقوانين الوطنية.
	توجد قاعة أو غرفة لمراقبة صحو المريض بها التجهيزات طبقاً لقائمة التحقق.
أ-11-5	تقييم ما بعد التخدير يتم بواسطة طبيب التخدير بصفة مستمرة حتى خروج المريض من غرفة الإفاقة وفقاً لمعايير الصحو ويتم توثيقها بالملف.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• توجد في قاعة الإنعاش تعليمات متابعة المريض وهي تعتمد على تقييم درجة الصحو، الفترة اللازمة لمتابعة المريض قبل مغادرة القسم.</li> <li>• يوجد توثيق لحالة المريض بعد التخدير وتسجيل نتائج الملاحظة في ملفات المرضى في قاعة الإنعاش وملفات مرضى تم خروجهم.</li> <li>• يتضمن الملف توقيع طبيب التخدير على خروج المريض من قاعة الإنعاش مع تحديد درجة وعي المريض وساعة الخروج.</li> </ul>
أ-12-12	معايير الخدمات العلاجية -معايير الجراحة
أ-12-1	توجد بالمؤسسة سياسات وإجراءات مدونة للعمليات الجراحية وتشمل على الأقل تحضير المريض والرعاية أثناء وبعد الجراحة.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر السياسات المطلوبة وهي تشمل البنود المشار لها بالمعيار.</li> <li>• السياسات السابقة متاحة لجميع أفراد الفريق الطبي بالعمليات.</li> </ul>
أ-12-2	يوجد خطة موثقة بالملف للعملية الجراحية تم وضعها بواسطة الجراح مبنية على نتائج تقييم حالة المريض تشمل نوع العملية والتدخلات الجراحية.
	عند نية إجراء عملية لمريض فيجب أن يضمن ملفه خطة يوضح بها نوع العملية والتدخلات الجراحية المخطط لها وإجراءات تحضير المريض.
أ-12-3	توجد خطة لمتابعة المريض بعد العملية الجراحية يقوم بتنفيذها طاقم ترميز مؤهل. وتشمل على المتابعة وعلاج الألم والأدوية المطلوبة.
	تدون خطة المتابعة بعد العمل الجراحي في ملف المريض بقسم الجراحة شاملة البنود التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>• نوع الرعاية والمتابعة المطلوبة .</li> <li>• علاج الألم وتقييمه وإعادة التقييم.</li> <li>• الأدوية والمحاليل المطلوبة.</li> </ul>
أ-12-4	يجب توفر تقرير ما بعد الجراحة يتضمن المعلومات الأساسية.
	يوجد تقرير ما بعد الجراحة في ملف المريض الذي أجري له تدخل جراحي في اليوم السابق وهو موثق ويشمل جميع البنود التالية:

الترقيم	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ شرح خطوات العملية .</li> <li>✓ وصف الموجودات.</li> <li>✓ شرح ووصف الأجزاء المستأصلة وإرسالها للتحليل النسيجي (الهستوباثولوجي)</li> <li>✓ التشخيص النهائي.</li> <li>✓ اسم الجراح الأساسي وأسماء المساعدين.</li> <li>✓ اسم طبيب التخدير ومساعديه.</li> </ul>
أ-12-5	<p>يتم توثيق تقرير العملية من قبل الجراحين بعد الجراحة مباشرة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتضمن ملف مريض الجراحة في غرفة الإنعاش (قبل خروجه من قسم العمليات) تقريراً موثقاً لما بعد الجراحة.</li> <li>• يتطابق تاريخ العملية وتاريخ التقرير في الملفات الطبية.</li> </ul>
أ-13	الصيدلية واستعمال الدواء
أ-13-1	<p>يجب توفر سياسات مدونة للتعامل مع الأدوية بشكل مفصل.</p> <p>يوفر مدير الصيدلية سياسات وإجراءات تحتوي على جميع البنود التالية بشكل مفصل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ وصف الدواء</li> <li>✓ صرف الدواء</li> <li>✓ استخدام الدواء</li> <li>✓ التخزين الآمن للأدوية</li> <li>✓ الاستخدام الذاتي للأدوية من قبل المريض</li> <li>✓ استخدام أدوية أحضرت إلى المؤسسة من قبل المريض أو أسرته</li> <li>✓ وصف الأدوية عند الخروج</li> </ul>
أ-13-2	<p>سياسات وصف وصرف واستخدام الدواء مطبقة.</p> <p>يحيط وينفذ العاملون بالصيدلية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• طرق صرف الدواء.</li> <li>• التخزين الآمن للأدوية</li> </ul> <p>يحيط وينفذ الأطباء والتمريض في الأقسام الداخلية تلك السياسة فيما يتعلق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• وصف الدواء (ومطابقة ذلك بدفتر لزوم ومداواة المرضى).</li> <li>• تطبيق العلاج واستخدام الدواء.</li> <li>• استخدام الذاتي للأدوية من قبل المريض.</li> <li>• استخدام أدوية أحضرت إلى المؤسسة من قبل المريض أو أسرته .</li> <li>• وصف الأدوية عند الخروج.</li> </ul>
أ-13-3	<p>توجد بالمؤسسة الصحية قائمة للأدوية الأساسية معتمدة ومعلنة للأطباء ويتم تحديثها.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر قائمة للأدوية الأساسية معتمدة من إدارة المؤسسة ومؤرخة ومعلنة للأطباء وتحديث سنوياً.</li> <li>• الأطباء بالأقسام المختلفة يعلمون بقائمة الأدوية الأساسية.</li> </ul>

الترقيم	المعيار
أ-13-4	توافر صيدلي/فني صيدلي مرخص له بمزاولة المهنة مسؤول عن الصيدلية. <ul style="list-style-type: none"> <li>• الصيدلي/فني صيدلي (حسب ترخيص المشفى والصيدلية) يداوم بشكل منتظم.</li> <li>• يتضمن ملف الصيدلي/فني صيدلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ صورة من المؤهل ( إجازة صيدلة أو معهد متوسط للفني )</li> <li>○ صورة من ترخيص مزاولة المهنة</li> <li>○ صورة من عقد العمل</li> </ul> </li> </ul>
أ-13-5	يوجد سياسات مدونة لاستخدام المضادات الحيوية يشارك في وضعها الصيدالوجية. <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر سياسة لاستخدام المضادات الحيوية.</li> <li>• يشارك مسؤول الصيدلية في وضع سياسة استخدام المضادات الحيوية.</li> </ul>
أ-13-6	يوجد سياسات مدونة لحفظ وتوزيع والتحكم في استخدام الأدوية المخدرة متمشية مع اللوائح والقوانين المحلية. <ul style="list-style-type: none"> <li>• توجد سياسة مدونة لحفظ وتوزيع والتحكم في استخدام الأدوية المخدرة تتماشى مع اللوائح والقوانين.</li> </ul>
أ-13-7	سياسات توزيع والتحكم في استخدام الأدوية المخدرة مطبقة. <ul style="list-style-type: none"> <li>• يطبق الصيدالوجية نظام توزيع واستخدام وتأمين وتسجيل الأدوية المخدرة.</li> <li>• يطبق الأطباء والتمريض المتعاملين مع الأدوية المخدرة سياسة المستشفى المذكورة.</li> <li>• يتم تسجيل الأدوية المخدرة و جميع البيانات طبقاً للوائح القوانين.</li> <li>• مكان تواجد الأدوية المخدرة سالم وأمين.</li> <li>• في حالة عدم استخدام محتوى الأمبول كله يتم التصرف وفقاً للسياسة.</li> </ul>
أ-13-8	يتم توثيق العلاج الموصوف للمريض وتوثيق تطبيقه. توجد في ملفات المرضى وسجلات تنفيذ العلاج خطة العلاج المحددة بواسطة الطبيب متضمنة الآتي: <ul style="list-style-type: none"> <li>• كتابة خطة العلاج بخط واضح.</li> <li>• تحديد اسم العلاج، الجرعة، طريقة الاستعمال، المدة.</li> <li>• المعلومات المرتبطة بتنفيذ العلاج مدونة في سجل التنفيذ طبقاً للخطة.</li> </ul>
أ-13-9	توجد أدوية للطوارئ متاحة في مكان آمن في حالة وجودها خارج الصيدلية. <ul style="list-style-type: none"> <li>• توجد قائمة بأدوية الطوارئ تشمل النوع، العدد، تاريخ الصلاحية.</li> <li>• أدوية الطوارئ الموجودة تنطبق مع القائمة.</li> <li>• الوصول إلى أدوية الطوارئ سهل عند اللزوم وضمن الوقت المناسب.</li> </ul>
أ-13-10	توجد سياسات مدونة للتخزين الآمن للأدوية. توجد سياسات للتخزين الآمن للأدوية وتشمل على الأقل: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ تفادي الرطوبة والحرارة وأشعة الشمس.</li> <li>✓ تخزين الدواء بالثلاجات بطريقة آمنة .</li> <li>✓ قوائم الأدوية بها الكميات وتاريخ الصلاحية.</li> <li>✓ تخزين المستحضرات الطبية .</li> </ul>

الترقيم	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ تخزين الأدوية في شروط حفظ نظامية على رفوف خشبية مرتبة وفقاً لتاريخ الصلاحية.</li> <li>✓ حفظ المواد القابلة للاشتعال في مكان منفصل بعيد عن مصادر الحرارة واللهب وموضح عليها علامة مواد ملتهبة .</li> <li>✓ تخزين المنظفات والمطهرات في مكان منفصل عن الأدوية والمستلزمات الطبية.</li> <li>✓ طريقة تمييز الأدوية بالمخزن ويشمل ملصق يشتمل على اسم الدواء والجهة المصنعة وتاريخ الصلاحية.</li> </ul>
أ-11-13	<p>سياسات التخزين الآمن للأدوية مطبقة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مسؤول الصيدلية والعاملون بالصيدلية يعلمون بكيفية تخزين الأدوية بطريقة آمنة.</li> <li>• توجد قائمة تحقق تشمل جميع البنود السابقة ويضاف إليها وجود تهوية مناسبة وتكيف لضمان حفظ الأدوية في درجة حرارة مناسبة لا تزيد عن 24 درجة مئوية (درجة الغرفة).</li> <li>• وجود ترمومتر لتسجيل درجة حرارة الثلاجة وسجل لتوثيق القياس مرتين يومياً (2- 8 درجة مئوية)</li> <li>• توجد سياسات مدونة ومطبقة للتعامل مع الأدوية منتهية الصلاحية.</li> </ul>
أ-12-13	<p>توجد سياسات مدونة وإجراءات تحكم علاجات التغذية الوريدية والمعوية وتشمل الإعداد والتخزين والتوزيع.</p> <p>تتضمن سياسات وإجراءات إعداد وتداول وتخزين وتوزيع علاجات التغذية الوريدية والمعوية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• المسؤول عن الإعداد والتحضير.</li> <li>• الإجراءات اللازم اتخاذها أثناء التحضير طبقاً لتعليمات مكافحة العدوى.</li> <li>• مكان التحضير والشروط اللازمة له.</li> </ul>
أ-14	استخدام الدم ومشتقاته
أ-1-14	<p>يوجد آلية لتأمين الفصائل المختلفة للدم ومشتقاته.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد إجراء مكتوب يوضح كيفية تأمين الدم ومشتقاته .</li> <li>• يتوفر تعاقد أو اتفاقية لتوفير الدم.</li> <li>• يعلم الأطباء والعاملون ببنك الدم بإجراءات توفير الدم من خارج المؤسسة.</li> <li>• تتوفر السجلات والوثائق التي تثبت ذلك.</li> </ul>
أ-2-14	<p>توافر الكميات اللازمة من الدم ومشتقاته بما يتلاءم مع حجم المؤسسة وطبيعة عملها.</p> <p>تفقد قسم بنك الدم</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يعلم رئيس بنك الدم بنسبة حدوث نقص بعض فصائل الدم وكيفية التصرف في هذه المواقف.</li> <li>• توجد كميات أكياس الدم بثلاجات الحفظ وثلاجات العادم</li> <li>• تتوفر السجلات التي تشير إلى الوارد والصادر والعادم من الدم.</li> </ul>
أ-3-14	<p>توافر التجهيزات والمستلزمات الكافية لأداء وظيفة بنك الدم حسب المواصفات الوطنية أو العالمية.</p> <p>يتوفر في بنك الدم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الأجهزة لعمل تحاليل الدم للمتبرع والمريض.</li> <li>• الأجهزة والمستلزمات الخاصة بحفظ الدم.</li> <li>• الثلاجات الخاصة بحفظ جميع أنواع الدم.</li> </ul>

الترقيم	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>العاملين المؤهلين للعمل.</li> </ul>
أ-14-4	<p>تتوفر السجلات المخصصة لعمليات نقل الدم ومشتقاته والتي تضمن تتبع سير وحدات الدم والفحوصات المجرأة عليها لحين إعطائها للمريض .</p> <p>يعلم الأطباء والفنيون ببنك الدم بطريقة سير وحدات الدم لحين إعطاءها للمريض .</p> <p>تتوافر السجلات التي تثبت حركة سير وحدات الدم.</p>
أ-14-5	<p>يوجد سياسات مدونة وإجراءات لحفظ الدم ومشتقاته.</p> <p>تتضمن سياسة حفظ الدم ومشتقاته:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ درجة حرارة حفظ الدم.</li> <li>✓ درجة حرارة حفظ البلازما.</li> <li>✓ ثلاجات حفظ الدم ومشتقاته لا تستخدم لأغراض أخرى.</li> <li>✓ مراجعة سجلات درجات الحرارة مع تحديد الشخص المسؤول عن ذلك.</li> <li>✓ الإجراء التصحيحي اللازم في حالة ارتفاع أو تذبذب درجات حرارة الثلاجة عن المعدلات المحددة.</li> <li>✓ تحديد اسم وهاتف الشخص المسؤول في حالة حدوث أي عطل.</li> </ul>
أ-14-6	<p>يتوفر ثلاجات حفظ الدم ومشتقاته نظام متابعة رقمي أو جدول متابعة لدرجات الحرارة ونظام للإنذار.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد نظام متابعة رقمي أو جدول متابعة لدرجات الحرارة.</li> <li>• يعلم العاملون ببنك الدم عن نظام الإنذار .</li> <li>• يتم اختبار نظام الإنذار بفصل الكهرباء لحظة عن الثلاجة.</li> </ul>

# معايير السلامة وأمان المريض

## فئة ( ب )

الرمز	المعيار
ب	معايير السلامة وأمان المريض.
ب-1	تصميم المؤسسة.
ب-1-1	تصميم مبنى المؤسسة يلائم الخدمات المقدمة وفق اللوائح والقوانين المحلية المنظمة. لا وجود لتعديلات أو مخالفات في البناء غير مثبتة في الوثائق الهندسية لرخصة المشفى ومخططات البناء الرسمية.
ب-1-2	يساعد تصميم المبنى على سهولة وانسياب حركة المرضى وسلامة وأمان حركة المترددين والعاملين. <ul style="list-style-type: none"> <li>• في المشافي ذات الطوابق مصعد مخصص للمرضى اثنان على الأقل (يتسع لسرير المريض- 110×220-) يفتح الباب بشكل آلي ويتوفر في المصعد نظام أمان واتصال عند الطوارئ.</li> <li>• عرض الأدراج الداخلية إن وجدت لا يقل عن 120 سم. وهي بميل مريح ( الدرجة بعرض أكبر من 29 سم وبارتفاع أقل من 16 سم، متساوية تماماً) ومزودة بقبضات ومسكات آمنة.</li> <li>• إنارة الأدراج الداخلية جيدة. وهي مكسوة بمواد صناعية أو طبيعية تؤمن عدم الانزلاق.</li> </ul>
ب-1-3	يساعد تصميم وتجهيز المبنى على توافر خصوصية للمريض. <ul style="list-style-type: none"> <li>• توجد ستائر بين الأسرة عند تعدد المرضى في الغرفة الواحدة.</li> <li>• تتوافر الخصوصية في غرف الكشف بالعيادة الخارجية.</li> <li>• تتوافر الخصوصية في وحدات المرضى بالعناية المركزة.</li> <li>• تتوافر الخصوصية في قسم الإسعاف.</li> </ul>
ب-1-4	تصميم مبنى المؤسسة يتوافق ومتطلبات ذوي الاحتياجات الخاصة. <ul style="list-style-type: none"> <li>• تستخدم طرق آلية حديثة في فتح الأبواب الخارجية.</li> <li>• تتوافر ممرات خاصة بالمعاقين والمصابين (منحدرات، أرصفة مدمجة).</li> <li>• لا يوجد في الأرضية أو الأبواب ما يعيق حركة كرسي نقل المعاق.</li> </ul>
ب-1-5	توافر مخارج الطوارئ. <ul style="list-style-type: none"> <li>• توجد مخارج للطوارئ ولاسيما للأقبية.</li> <li>• توجد علامات إرشادية تشير إلى مخارج الطوارئ بكل طابق بالمبنى.</li> <li>• المخارج مفتوحة وممهدة للاستعمال دون عوائق.</li> </ul>
ب-1-6	توافر قسم إسعاف نظامي. <ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد قسم إسعاف تتناسب سعته مع عدد أسرة المشفى ( 25 متر مربع ويضاف متر مربع لكل سرير).</li> <li>• يتوافر ضمنه حيز كاف لاستراحة وانتظار المرافقين ودورات مياه للعموم لكل من الجنسين.</li> <li>• الوصول إلى قسم الأشعة من قسم الإسعاف يتم بسهولة ويسر.</li> <li>• يوجد غرف منفصلة للإسعافات والإجراءات (الأمراض الداخلية، للإسعافات الجراحية، إسعاف نسائي، غرفة جيبس، غرفة ضماد).</li> </ul>

الرمز	المعيار
ب-1-7	تتوفر الطاقة الكهربائية لمدة 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع، من خلال مصادر منتظمة أو متبدلة، لتحقيق الاحتياجات الأساسية للمرضى.
	تتوفر للأجهزة الحيوية التي يؤدي توقفها لتأذي المريض مصادر عدم انقطاع تيار ويشمل ذلك أجهزة التنفس الآلي في قاعات العناية والعمليات، مصابيح ساحة العمل الجراحي، أجهزة الرخص الكلوي،.....
ب-1-8	توافر أماكن انتظار تتناسب مع حجم التردد على الخدمات بالمؤسسة .
	<ul style="list-style-type: none"> <li>توجد أماكن انتظار في أقسام المرضى والعيادات والاستقبال تكفي المترددين (الغالبية جلوس).</li> <li>تتوفر دورات مياه للعموم لكلا الجنسين.</li> <li>توجد أماكن انتظار للسيارات تستوعب ما يساوي عدد أسرة المشفى.</li> </ul>
ب-1-9	توافر شبكة اتصالات داخلية وخارجية.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>يتوفر نظام اتصال يؤمن محادثة بين المريض والمرضات.</li> <li>يتوفر في حمامات غرف المرضى آلية النداء للممرضات.</li> <li>يتوفر نظام استدعاء للأطباء.</li> </ul>
ب-1-10	تتمتع غرف العمليات بمواصفات نظامية.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>مساحة قاعة العمليات لا تقل عن 30 متر مربع.</li> <li>الجدران والأرضيات تخلو من التشققات وإكساؤها يمنع تراكم مصادر الإنتان.</li> <li>تتم تهوية قسم العمليات بشبكة منفصلة مزودة بتجهيزات لفترة ومعالجة للهواء وفق المعايير العالمية</li> <li>يتم تبديل الفلاتر بشكل دوري وموثق وفق المعايير النظامية.</li> <li>الضغوط في القسم العقيم وملحقاته تحقق المعايير المطلوبة.</li> <li>حركة الهواء داخل غرف العمليات انسيابية وصفائحية ومن الأعلى للأسفل.</li> <li>تبديل الملابس للأطباء والعاملين في القسم التنظيف للعمليات. ودخول الأطباء والممرضين والعاملين إلى قسم العمليات تسلسلي (القسم التنظيف ثم الطاهر ثم العقيم ) ولا يتسبب بخلل في نظام العزل والعقامة.</li> </ul>
ب-1-11	تتمتع أقسام العناية المركزة بمواصفات نظامية.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>المساحة الكلية لقسم العناية توفر 14 متر مربع على الأقل لكل سرير.</li> <li>يتوفر للسرير الواحد مساحة مخصصة كافية لا تقل عن 9م<sup>2</sup> ويؤمن موقعه سهولة تخديم المريض من كافة الاتجاهات (لا توجد عوائق إنشائية).</li> </ul>
ب-1-12	تصميم غرف المرضى وتأثيرها يساعد على راحة المريض وعلاجه.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>تتوفر مساحة مريحة للحركة وتقديم الخدمة في كل غرفة بما يوافق متراً حراً عن السرير من ثلاث جهات.</li> <li>الإكساء سليم من ما يشوه المنظر الداخلي للغرف.</li> <li>يمكن نقل المريض بالسرير من الغرفة إلى مواقع الاستقصاء والعلاج عند الضرورة.</li> </ul>

الرمز	المعيار
ب-2	التطهير والتعقيم
ب-2-1	تلتزم المستشفى بتأمين وسيلة آمنة وفعالة للتطهير والتعقيم طبقاً لمجال عمل المؤسسة. <ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد مكان مجهز للتعقيم والتطهير وبإشراف أطر مؤهلة</li> <li>• المكان مجهز حسب المواصفات الوطنية أو العالمية</li> <li>• يوجد فصل بين القسم الملوث والمعقم</li> <li>• يتوفر نظام ضبط الجودة لأجهزة التعقيم</li> <li>• المواد المعقمة محفوظة بشكل آمن</li> <li>• في حالة التعاقد على هذه الخدمة من خارج المؤسسة فإن الجهة المتعاقد معها مرخصة أو معتمدة من الجهات المسؤولة.</li> </ul>
ب-2-2	توجد سياسات مدونة وإجراءات خاصة بالتطهير والتعقيم والتخزين وضمان الجودة. تتضمن السياسات والإجراءات الخاصة بالتطهير والتعقيم البنود التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ جمع واستلام وتنظيف الأدوات المستعملة.</li> <li>✓ خطوات التعقيم.</li> <li>✓ تخزين الأدوات المعقمة ومدة الصلاحية.</li> <li>✓ ضمان الجودة لعملية التعقيم.</li> <li>✓ التطهير عالي المستوى.</li> </ul>
ب-2-3	سياسات وإجراءات جمع واستلام وتنظيف وتعقيم الأدوات المستعملة مطبقة. يؤمن قسم التعقيم والعمليات الجراحية: <ul style="list-style-type: none"> <li>• فصل مكان جمع واستلام الأدوات للتنظيف عن مكان التعقيم ومكان تخزين الأدوات المعقمة.</li> <li>• يتقن أفراد التمريض التطهير عالي المستوى ويشمل تطهير المناظير وأجهزة التنفس الصناعي والحواضن وأجهزة الشفط الكهربائي وغيرها.</li> <li>• يعمل أفراد قسم العمليات وقسم التعقيم المركزي بطرق الاستلام والتنظيف والتعقيم المقررة.</li> </ul>
ب-2-4	سياسات وإجراءات تخزين الأدوات المعقمة ومدة الصلاحية مطبقة. <ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد تاريخ التعقيم على الأدوات المعقمة.</li> <li>• طرق التخزين نظامية.</li> <li>• يعرف العاملون بمدة الصلاحية للأدوات المعقمة.</li> </ul>
ب-2-5	تطبق المؤسسة إجراء لضمان إتمام عملية التطهير والتعقيم. <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم استعمال الكواشف باستمرار للتأكد من إتمام وجود التعقيم.</li> <li>• مراجعة طريقة الكشف الدوري باستعمال الكواشف البيولوجية وتوثيق نتائج الاختبار الدوري.</li> <li>• يعرف العاملون بكيفية استعمال الكواشف وقراءة النتائج.</li> <li>• يعرف العاملون كيفية التعامل مع النتائج السلبية.</li> </ul>

الرمز	المعيار
ب-3	أمان المريض
ب-3-1	يوجد بالمؤسسة سياسات مدونة وإجراءات لسلامة وأمان المريض. تتضمن سياسة أمان المريض البنود التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>• التأكد من هوية المريض عند التعامل معه أو اتخاذ أي إجراء</li> <li>• تنظيم الأوامر الشفهية والتليفونية</li> <li>• التعامل مع الفحوصات التي لها قيم حرجة</li> <li>• التعامل مع الأدوية ذات الخطورة</li> <li>• الحقن الآمن</li> <li>• تسليم وتسلم المرضى عند تغير المناوبات</li> <li>• التأكد من أن الإجراء الصحيح يتم للمريض الصحيح وفي المكان أو الجانب الصحيح</li> <li>• حماية المرضى من السقوط</li> </ul>
ب-3-2	تطبق المؤسسة آلية واضحة للتأكد من هوية المريض عند التعامل معه أو اتخاذ أي إجراء.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم تعريف المريض بطريقة واضحة وموثوقة (مثلاً الاسم ورقم القبول ورقم الهوية).</li> <li>• يقوم جميع العاملين أطباء وتمريض وفنيين بتطبيق السياسة وطريقة التأكد من هوية المريض في الأحوال الآتية:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ قبل إعطاء الدواء.</li> <li>✓ قبل أخذ عينات الدم.</li> <li>✓ قبل نقل الدم.</li> <li>✓ قبل إجراء التشخيص الشعاعي.</li> <li>✓ قبل القيام بأي تدخل جراحي.</li> </ul> </li> <li>• يتم تطبيق السياسة على جمع عينات الدم وإجراءات التصوير الطبي ونتائج الفحوصات.</li> </ul>
ب-3-3	توجد قائمة تحقق مناسبة قبل العمليات والتدخلات الجراحية. توجد قائمة تتضمن في حدودها الدنيا ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>• اسم المريض، والطبيب المسؤول عن الإجراء، والعمل الجراحي وجهته.</li> <li>• وجود كل فحوصات المريض.</li> <li>• وجود الأدوات والمواد اللازمة للعملية وصالحة للاستخدام.</li> <li>• وجود الأجهزة المطلوبة وتعمل بكفاءة.</li> </ul>
ب-3-4	يتم التأكد من أن الإجراء الصحيح يتم للمريض الصحيح وفي المكان أو الجانب الصحيح. توجد قائمة التحقق بالملف الطبي وفيها توقيع تمريض الأقسام وتمريض العمليات وطبيب التخدير والجراح. <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم استلام المريض في العمليات والتأكد من هويته والإجراء المطلوب وفق تلك القائمة.</li> <li>• يعلم العاملون بالعمليات بهذه السياسة وخطوات الإجراء والهدف منه.</li> </ul>

الرمز	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتأكد الأطباء والتمريض بالعمليات من وضع علامة واضحة على الجلد في موضع العملية.</li> <li>• يتم إشراك المريض في وضع العلامة على موقع العمل الجراحي.</li> </ul>
ب-3-5	<p>يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية المرضى من السقوط.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يعرف أفراد التمريض وسائل حماية المريض من السقوط والإجراء اللازم في حالة سقوطه.</li> <li>• تقييم قابلية المريض للسقوط موجود بالملف.</li> <li>• يوجد على نقالات المرضى نظام أمان عند النقل بها.</li> <li>• توفر حواجز الأسرة المتوفرة حد الأمان.</li> </ul>
ب-3-6	<p>يوجد إجراء مطبق لسهولة تداول المعلومات فيما بين مقدمي الخدمة في حالة نقل المريض داخل المؤسسة من مكان لآخر.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتقن أفراد التمريض والأطباء إجراءات نقل المريض داخل المؤسسة وتوصيل المعلومات الخاصة به.</li> <li>• تتوفر المعلومات اللازمة عن المريض عند نقله وأثناء تقديم الخدمات اللازمة.</li> </ul>
ب-3-7	<p>يوجد إجراء مطبق لسهولة تداول المعلومات فيما بين مقدمي الخدمة في حالة التسليم عند نهاية المناوبة (أطباء وتمريض).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم توثيق عملية استلام وتسليم المناوبة وتوجد قائمة تسليم لنهاية المناوبة.</li> </ul>
ب-4	<p>أمان الأفراد: المراجعين والعاملين</p>
ب-4-1	<p>توفر وتطبيق إجراءات أمان الأفراد ويوجد أفراد مسؤولون عن الاستفادة منها.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر سياسات لحماية المرضى والزوار من أي مخاطر أو اعتداء.</li> <li>• المرضى والزوار مرتاحون للنظام الأمني للمشفى.</li> <li>• يتوفر في وحدات الأمومة والطفولة وسائل حماية الأطفال من الاختطاف والإجراءات الواجب اتخاذها عند اختفاء طفل.</li> <li>• يعلم المسؤولون عن الحراسة والأمن كافة المهام والمسؤوليات الموكلة إليهم وقد أتوا دورات للتهيئة والتدريب.</li> <li>• يتوفر لدى العاملين الشعور بالأمن والسلامة ومعرفة كيفية التعامل مع مشاكل كذلك.</li> </ul>
ب-4-2	<p>يوجد سياسات مدونة وخطط للوقاية من التعامل مع الحريق، ويوجد برنامج معتمد للاختبارات التجريبية للوقاية من التعامل مع الحريق يشمل خطة إخلاء المشفى.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر خطة السلامة من الحرائق وبرنامج منعها والاكتشاف المبكر والاستجابة الفورية.</li> <li>• يتم إجراء اختبار سنوي لخطة إخلاء المشفى.</li> <li>• تتوفر وثائق تدريب للعاملين على مواجهة الحرائق وأخلاء المستشفى.</li> <li>• يوجد فريق مسؤول عن وضع وتنفيذ ومتابعة تلك المهمة ( لجنة السلامة البيئية/لجنة الوقاية من المخاطر/لجنة الصيانة).</li> </ul>
ب-4-3	<p>يوجد سياسات مدونة وخطط مطبقة للتعامل مع البيئة الداخلية والخارجية تشمل الأمن الداخلي.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الأمن الداخلي.</li> </ul>

الرمز	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسة منع التدخين.</li> <li>• التعامل مع الأزمات والكوارث الداخلية والخارجية.</li> <li>• صيانة دورية للمباني والمرافق الداخلية من كهرباء ومياه...</li> <li>• أمن وسلامة البيئة الخارجية الخاصة المحيطة بالمنشأة.</li> </ul>
ب-5	السلامة البيئية
ب-5-1	<p>توجد سياسات مدونة وخطط مطبقة تشمل التخلص من النفايات والمواد الخطرة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تنظم لجنة مكافحة العدوى طرق التعامل والوقاية من المواد الخطرة وتتأكد من تطبيق تلك الخطط.</li> <li>• يعلم أفراد التمريض وفرق النظافة بطرق التعامل مع النفايات الخطرة</li> <li>• تستخدم طرق نظامية لجمع وتخزين والتخلص من: النفايات الطبية والأدوات الحادة والنفايات الكيميائية والدوائية.</li> </ul>
ب-5-2	<p>تتوفر للتجهيزات الكهربائية أنظمة الأمان والإنذار والمؤشرات اللازمة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اللوحات الكهربائية في الأقسام مزودة بالمؤشرات ولوحات دلالة ومخططات التوصيل.</li> <li>• التجهيزات والمحولات واللوحات الكهربائية الرئيسية موضوعة بشكل آمن ومحمية ضد العبث بها.</li> </ul>
ب-5-3	<p>يتوفر الإشراف الفني الهندسي بشكل مستمر وموثق على كافة التجهيزات الحيوية الميكانيكية والكهربائية.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد عقد مع مهندس كهرباء للإشراف على الأعمال وصيانة التجهيزات الكهربائية.</li> <li>• يوجد جدول للدوام ومناوبات عناصر الصيانة.</li> <li>• يوجد فني للصيانة بشكل مستمر في الورشة المخصصة للعناية بالتجهيزات الكهربائية مع العدد والأدوات اللازمة</li> </ul>
ب-5-4	<p>يتوفر الماء لمدة 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع، وبشكل صحي من خلال مصادر منتظمة أو متبدلة، لتحقيق الاحتياجات الأساسية للمرضى.</p> <p>تتوفر بيانات لطرق معالجة المياه المستخدمة، وتوجد استمارات للكشف الدوري على خزانات المياه والفحوص المخبرية الدورية للتلوث.</p>
ب-5-5	<p>توجد سياسات مدونة وخطط مطبقة للصيانة الدورية للمباني والمرافق.</p> <p>توجد خطة مكتوبة للصيانة الدورية لكل من المرافق التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ المبنى</li> <li>✓ أجهزة التسخين، التهوية، والتكييف</li> <li>✓ الغازات الطبية</li> <li>✓ أجهزة الاتصالات</li> <li>• توفر جداول للكشف الدوري تثبت أن خطة الصيانة الإصلاح يتم تنفيذها وفق الجدول الزمني.</li> <li>• تتوفر قائمة بلُسماء العاملين المدربين على الخطة.</li> <li>• ينسق مسؤولو الصيانة تكامل خطة الصيانة.</li> </ul>

الرمز	المعيار
ب-5-6	يوجد سياسات مدونة وخطط مطبقة تشمل الصيانة الدورية للأجهزة الطبية وغير الطبية. <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر قائمة جرد لكل المعدات الطبية وغير الطبية.</li> <li>• تتوفر خطة للصيانة الدورية للأجهزة الطبية وغير الطبية.</li> <li>• يعلم مسؤولو الصيانة بتفاصيل الخطة وكيفية التعامل مع الأعطال.</li> <li>• يتم تطبيق برنامج صيانة المعدات الطبية وإثبات ذلك في الكشوف الدورية.</li> <li>• العاملون بالمستشفى يعرفون بكيفية الإبلاغ عن الأعطال وتتوفر سرعة الاستجابة لذلك.</li> <li>• تتطابق خطة الصيانة الدورية مع حالة الأجهزة الطبية وغير الطبية.</li> </ul>
ب-5-7	يتم التعامل مع جميع الأجهزة بشكل فني صحيح. يوجد ملف لكل جهاز في المشفى (كتالوجاته، تعليمات التشغيل، بطاقات الصيانة، وثائق الصيانة الدورية، بطاقة التعريف، وثائق ضبط الجودة، ...).
ب-6	برنامج الصحة والسلامة المهنية.
ب-6-1	يوجد برنامج مطبق لصحة العاملين ويتم توثيق جميع الإجراءات بصفة منتظمة. <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر سجلات للكشف الطبي قبل التعيين، وسجلات الكشوف الطبية الدورية.</li> <li>• يعلم مسؤول الصحة المهنية بكيفية التصرف في حالة إصابة أحد العاملين.</li> </ul>
ب-6-2	توفر استخدام التقنيات الحاجزية الوقائية. <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر لعناصر التمريض والخدمات وسائل الوقاية من العدوى كالفقازات والأقنعة والجزمات والثياب والمعاطف المرصصة والمعدات الأخرى الوقائية.</li> </ul>
ب-7	التحكم في انتشار العدوى.
ب-7-1	يوجد بالمؤسسة برنامج خاص بالتحكم في انتشار العدوى. <ul style="list-style-type: none"> <li>• يشمل جميع المرضى والعاملين والزائرين.</li> <li>• مبني على أحدث المعلومات العلمية المبنية على البراهين.</li> <li>• البرنامج له أهداف وسياسات وإجراءات وأنشطة ومتابعة.</li> <li>• يشير إلى المراجع العلمية والنظم واللوائح الوطنية التي يعتمد عليها.</li> </ul>
ب-7-2	توجد سياسيات وإجراءات للحد من انتشار العدوى مدونة ومعلنة. تحتوي البنود التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ طريقة غسل الأيدي</li> <li>✓ طريقة التعامل مع الدم والسوائل الأخرى ذات الصلة بالمرضى</li> <li>✓ اختيار واستعمال المطهرات</li> <li>✓ إجراءات النظافة</li> <li>✓ فصل النفايات الطبية الخطرة والتخلص الآمن منها</li> <li>✓ الحقن الآمن</li> <li>✓ نظام الترصد وجمع البيانات</li> </ul>

الرمز	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ التحكم في حالة النفسي الوبائي وكيفية عمل المزارع والمسحات لمعرفة أنواع الجرثوم.</li> <li>✓ العزل</li> <li>✓ التقارير الخاصة بالتحكم في العدوى حسب اللوائح والقوانين</li> </ul>
ب-7-3	<p>مستلزمات منع انتشار العدوى متاحة وتستخدم بطريقة صحيحة .</p> <p>تتوافر القفازات والأقنعة والثياب المعقمة والصدارة الواقية ومستلزمات التطهير .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يعرف طاقم التمريض بالمستلزمات المطلوبة في حالات العزل وحالات العدوى.</li> <li>• لا يوجد نقص في مستلزمات مكافحة العدوى.</li> <li>• يعرف طاقم التمريض بالطرق الصحيحة لاستخدام المستلزمات للوقاية.</li> <li>• يتم استخدام مستلزمات انتشار العدوى.</li> </ul>
ب-7-4	<p>يوجد شخص مؤهل أو أكثر مسؤول عن تنفيذ ومتابعة جميع أنشطة برنامج مكافحة العدوى .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• توجد لجنة مكافحة العدوى تتوزع الأدوار ضمن فريق منظم.</li> <li>• يتوفر المؤهل والتوصيف الوظيفي لكل منهم.</li> <li>• مهام الفريق مدونة.</li> </ul>
ب-7-5	<p>تطبق المؤسسة سياسة غسل الأيدي .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يقوم أفراد التمريض والأطباء بغسل الأيدي قبل وبعد التعامل مع المريض.</li> <li>• يقوم رئيس لجنة مكافحة العدوى بمتابعته تطبيق هذه السياسة وتنفيذ الدورات التدريبية المستمرة للعاملين.</li> </ul>
ب-7-6	<p>تطبق المؤسسة سياسات وإجراءات النظافة .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر جداول للتأكد من تغطية خدمة النظافة 24 ساعة</li> <li>• نظافة جيدة للأرض والحوائط والأرفف والحمامات والسلالم والمصاعد والوحدات المتخصصة في جميع أجزاء المستشفى</li> <li>• يعلم المسؤولون عن النظافة بالسياسات والإجراءات (متى وكيف يتم تنظيف الأماكن المختلفة بالمستشفى)</li> </ul>
ب-7-7	<p>تطبق المؤسسة نظام الترصد النشط ويشمل جمع البيانات وتحليلها وعرضها على لجنة ضبط العدوى .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر نموذج التبليغ عن العدوى</li> <li>• تتوفر بيانات نظام الترصد للأشهر السابقة (جمع وتحليل البيانات)</li> <li>• تتوفر محاضر اجتماعات لجنة مكافحة العدوى وتبين المحاضر النتائج المعروضة على اللجنة ومناقشتها واتخاذ القرارات المناسبة وفقها .</li> <li>• يقوم أعضاء اللجنة بتطوير خطط الوقاية عند وجود حالات عدوى بالمستشفى.</li> </ul>
ب-7-8	<p>تطبق المؤسسة سياسة الحقن الآمن .</p> <p>يعلم التمريض بخطوات الحقن الآمن وينفذ أفراد ذلك أثناء تحضير الحقن والتخلص من رؤوس الإبر والمحاقن .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ غسل الأيدي قبل الحقن</li> <li>✓ استخدام محاقن ذات الاستخدام الواحد.</li> <li>✓ عدم إعادة تغطية المحاقن بعد الاستخدام.</li> </ul>

الرمز	المعيار
ب-7-9	تطبق المؤسسة سياسة فصل النفايات والتخلص الآمن منها.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم فصل النفايات الخطرة عن العادية</li> <li>• يعلم أفراد التمريض ومسؤولو النظافة عن بطريقة الفصل وطرق نقلها من الأقسام للتخلص منها.</li> <li>• توجد محرقة أو تعاقد مع جهة خارجية للتخلص الآمن.</li> <li>• يتم فصل النفايات الخطرة عن العادية</li> <li>• يعلم أفراد التمريض ومسؤولو النظافة عن بطريقة الفصل وطرق نقلها من الأقسام للتخلص منها.</li> <li>• توجد وسيلة/محرقة أو تعاقد مع جهة خارجية للتخلص الآمن.</li> </ul>

# معايير الإدارة

## فئة ( ج )

الترقيم	المعيار
ج	معايير الإدارة
ج-1	الإدارة العليا
ج-1-1	تتوفر للمؤسسة أنظمة إدارية تحدد الرسالة والرؤية والسياسات والإجراءات واللوائح الداخلية التي تحكم عملها. وتتضمن مسؤوليات الإدارة العليا ومساءلتها وكيفية القيام بهذه المسؤوليات. تتضمن وثائق الإدارة: <ul style="list-style-type: none"> <li>رسالة المؤسسة.</li> <li>الرؤية المستقبلية للمؤسسة.</li> <li>سياسات وخطط تشغيل وتطوير المؤسسة.</li> <li>مشروع الموازنة بما يتفق مع رسالة المؤسسة.</li> <li>الميزانية ومراجعتها.</li> <li>الهيكل التنظيمي للمؤسسة.</li> </ul>
ج-2	قيادة المؤسسة:
ج-2-1	يوجد مدير للمؤسسة يحمل مؤهل بالإدارة الصحية وله وصف وظيفي محدد. <ul style="list-style-type: none"> <li>يتوفر في ملف مدير المستشفى مؤهلات موققة في الإدارة.</li> <li>يتضمن الوصف الوظيفي في عقد المدير صلاحيات إدارية ومالية.</li> <li>المدير ملم بالوصف الوظيفي لعمله.</li> </ul>
ج-2-2	يتم تدريب قادة المؤسسة على مفاهيم الجودة. <ul style="list-style-type: none"> <li>يلم رؤساء الأقسام بمفاهيم الجودة.</li> <li>تتضمن ملفات رؤساء الأقسام ما يثبت حصولهم على دورات تدريبية في جودة الرعاية الصحية.</li> <li>يتضمن تشكيل لجنة الجودة بعض رؤساء الأقسام والقيادات.</li> <li>تتوفر برامج لتحسين الجودة داخل الأقسام.</li> </ul>
ج-2-3	يتوافر برنامج لتهيئة العاملين الجدد تدريباً وتأهيلاً. <ul style="list-style-type: none"> <li>يوجد برنامج لتأهيل العاملين الجدد.</li> <li>يوجد مسؤول عن التدريب يعرف كيفية توفير الموارد ومتابعة التنفيذ.</li> </ul>
ج-2-4	يشارك قادة الفرق الصحية والتمريضية في اختيار العاملين أو مقدمي الخدمة ووضع التوصيف الوظيفي. <ul style="list-style-type: none"> <li>يتم عقد اجتماعات لوضع ومراجعة التوصيف الوظيفي للعاملين.</li> <li>التوصيف الوظيفي للعاملين معتمد من رئيس القسم ومدير المستشفى.</li> <li>رؤساء الأقسام يشتركون في وضع مواصفات اختيار العاملين وفي المقابلات الشخصية المنعقدة لاختيار العاملين الجدد.</li> </ul>
ج-2-5	يقوم رؤساء الأقسام بالمؤسسة بتقييم أداء العاملين بناء على مؤشرات محددة وبشكل دوري. <ul style="list-style-type: none"> <li>يتضمن التوصيف الوظيفي لرؤساء الأقسام المهام السابقة.</li> <li>يقوم رؤساء الأقسام بقياس أداء العاملين.</li> </ul>

الترقيم	المعيــــــــار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتضمن ملفات العاملين تقييمهم بناء على مؤشرات أو صفات محددة.</li> </ul>
ج-3	نظام إدارة المعلومات
ج-3-1	يوجد بالمؤسسة نظام معلومات فعال يشمل ربط الإدارات والأقسام والحصول على المعلومات بسهولة في الوقت المناسب.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مدخلات النظام من موارد بشرية وأجهزة وبيانات أولية واضحة.</li> <li>• يتم التعامل مع البيانات ثم المعلومات بشكل مستمر.</li> <li>• يوجد مسؤول عن إدارة المعلومات.</li> </ul>
ج-3-2	يوجد سياسات وإجراءات للحفاظ على سرية المعلومات وتحميها من الفقد والتلف.
	<p>تتضمن سياسات وإجراءات الحفاظ على المعلومات البنود التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ من له الحق في الإطلاع على المعلومات.</li> <li>✓ الظروف التي يسمح فيها بالإطلاع على البيانات والمعلومات.</li> <li>✓ وسائل حفظ البيانات وحمايتها من التلف.</li> </ul>
ج-3-3	يوجد بالمؤسسة سياسة تنظم إنشاء وتداول السياسات والإجراءات
	<p>تشمل الإجراءات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ طريقة الكتابة</li> <li>✓ المراجعة</li> <li>✓ الاعتماد</li> <li>✓ التوزيع</li> <li>✓ التحديث</li> <li>✓ الحفظ</li> </ul>
ج-3-4	يوجد نظام مساند لنظم إدارة المعلومات في حالة استخدام نظم المعلومات الالكترونية.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد نظام موثق لإدارة المعلومات مواز للنظام الالكتروني لحماية المعلومات من الضياع والتلف في حالة إصابة النظام الالكتروني بخلل.</li> <li>• يلم العاملون في إدارة المعلومات بسبل التعامل مع النظام.</li> </ul>
ج-4	إدارة السجلات الطبية
ج-4-1	يوجد بالمؤسسة سياسات وإجراءات مكتوبة للسجلات الطبية تتماشى مع اللوائح والقوانين .
	<p>تتضمن سياسات السجلات الطبية البنود التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ مدة حفظ الملف</li> <li>✓ سياسة تقاعد الملف وطريقة التخلص من الملفات المتقاعدة</li> <li>✓ كيفية تعريف المريض وترقيمه</li> <li>✓ إجراءات فتح ملف جديد</li> <li>✓ إجراء استدعاء ملف</li> <li>✓ إجراء التعبئة والترتيب</li> </ul>

الترقيم	المعيــــــــار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ تجميع إحصاءات المرضى</li> <li>✓ ضمان سرية المعلومات</li> </ul>
ج-4-2	<p>تحفظ المؤسسة بسجل طبي لكل مريض يراجع المستشفى.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر سجل طبي لمرضى جناح الإقامة والعيادات الخارجية والطوارئ.</li> </ul>
ج-4-3	<p>يتضمن الملف الطبي لكل مريض رقماً موحداً.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يوجد ملف طبي برقم غير مكرر لكل مريض.</li> <li>• يتم استخدام الرقم الأصلي للحالة متكررة الدخول.</li> </ul>
ج-4-4	<p>يحتوي الملف الطبي على كافة البيانات الضرورية للمريض.</p> <p>يتضمن سجل المريض المقبول في المستشفى البيانات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ التعرف بالمريض، اسمه، عنوانه، تاريخ ميلاده.</li> <li>✓ الشكوى الرئيسية والسيرة المرضية والفحص السريري الشامل.</li> <li>✓ الطرق العلاجية بما فيها الأدوية الموصوفة.</li> </ul>
ج-4-5	<p>توفر ملخص الخروج في ملف كل مريض.</p> <p>يتضمن السجل المغلق للمريض الذي غادر تقرير الخروج والذي لا بد أن يحتوي على:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ سبب إدخال المريض.</li> <li>✓ المكتشفات الهامة ذات الدلالة والفحوصات.</li> <li>✓ الإجراءات التي تم إجراؤها للمريض.</li> <li>✓ أي تشخيص تم تحديده أو عمله.</li> <li>✓ العلاج الذي تم إعطائه.</li> <li>✓ حالة المريض عند الخروج من المستشفى.</li> <li>✓ تعليمات الخروج والعلاج والمتابعة بعد خروج المريض.</li> <li>✓ اسم وتوقيع الطبيب الذي أمر بإخراج المريض.</li> </ul>
ج-4-6	<p>يتم التوقيع على أية معلومة يتم إدخالها بالملف.</p> <p>جميع المعلومات داخل الملف الطبي يتم التوقيع عليها بالاسم والوظيفة (أو الرقم الدليل) والتاريخ.</p>
ج-4-7	<p>يوجد بالمؤسسة مكان مخصص لحفظ السجلات بطريقة منظمة وآمنة.</p> <p>يتوفر مكان لحفظ السجلات بمواصفات تضمن السرية والأمان، التنظيم، الحفاظ من التلف أو الحرق.</p>
ج-4-8	<p>تطبق المؤسسة إجراء استدعاء ملف يضمن سرعة الوصول لأي سجل طبي في الوقت المناسب للشخص المخوّل.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تضمن إجراءات طلب الملف الأشخاص المخولين لطلبه وضمن سرعة وصول المعلومات فيه للكادر الطبي.</li> </ul>
ج-4-9	<p>تطبق المؤسسة آليات لضمان سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى والمدونة في السجل الطبي.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات سرية الملفات معلنة ومعتمدة وتشتمل على من له حق الإطلاع والتسجيل داخل الملف الطبي.</li> </ul>

الترقيم	المعيار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>تشرف لجنة السجلات الطبية على تطبيق السياسة.</li> <li>يقوم أفراد التمريض بتطبيق السياسة.</li> </ul>
ج-5	إدارة الجودة
ج-5-1	<p>يوجد بالمؤسسة لجنة أو مجلس للجودة برئاسة مدير المؤسسة وعضوية قيادات المؤسسة وممثلي الأقسام الفنية والإدارية المختلفة ومنسق الجودة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>يوجد قرار تشكيل لجنة معتمد ومؤرخ.</li> <li>يضم تشكيل اللجنة التخصصات المشار إليها بالمعيار.</li> <li>يوجد قرار تعيين لمنسق للجودة</li> </ul>
ج-5-2	<p>تضمن لجنة الجودة تشكيل وتفعيل اللجان ذات العلاقة بالجودة، بما يتناسب وحجم المؤسسة</p> <p>تتوفر اللجان التالية مع أسماء الأعضاء المنسقين فيها</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>لجنة مكافحة العدوى</li> <li>لجنة الوفيات والمضاعفات</li> <li>لجنة السجلات الطبية</li> <li>لجنة التعليم والتدريب المستمر</li> <li>لجنة مراجعة استخدام الدواء</li> <li>لجنة السلامة البيئية والصحة المهنية</li> </ul> <p>يتوفر إثبات لنشاط اللجان الحقيقي</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>مهام ومسؤوليات محددة مكتوبة ومعتمدة لكل لجنة</li> <li>تقارير اجتماعات دورية للجان تعكس المهام والمسؤوليات</li> <li>تقارير دورية بالمشاكل والإجراءات التصحيحية مرفوعة من اللجان للجنة الجودة</li> </ul>
ج-5-3	<p>تقوم لجنة الجودة برفع تقاريرها للإدارة العليا والأقسام المختلفة واللجان المعنية بشكل دوري ومتابعة تنفيذ التوصيات.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تتوفر تقارير دورية مرفوعة للإدارة العليا.</li> <li>تتوفر تقارير مرفوعة للأقسام المختلفة واللجان.</li> <li>وثائق متابعة تنفيذ التوصيات.</li> </ul>
ج-5-4	<p>يوجد نظام مطبق لتلقي والتعامل مع اقتراحات وشكاوى المرضى والعاملين.</p> <p>يتضمن النظام:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>وسيلة معلنه لتلقي شكاوى ومقترحات المرضى الشفهية أو المكتوبة الموقعة وغير الموقعة.</li> <li>سجل الشكاوى والمقترحات.</li> <li>فريق/لجنة لفحص الشكاوى واتخاذ الإجراءات التصحيحية ومتابعة تنفيذ وجدوى الإجراءات.</li> <li>سياسات وإجراءات مكتوبة لهذا النشاط يشمل البنود السابقة .</li> <li>ملاحظة الإجراءات التصحيحية المذكورة.</li> </ul>

الترقيم	المعيــــــــار
ج-5-5	يوجد نظام مطبق لقياس وتحسين رضا المستفيد من الخدمة بشكل دوري. <ul style="list-style-type: none"> <li>• ينظم منسق الجودة كيفية قياس رضا العميل وتحديد توقعات المجتمع وتحديثها وكيف يتم تلبيةها.</li> <li>• يتم تنفيذ استبيان رضا المرضى والعملاء دورياً.</li> <li>• تتم مناقشة وتحليل الاستبيانات أثناء اجتماعات لجنة الجودة.</li> <li>• يتم اتخاذ إجراءات تصحيحية للمشاكل.</li> </ul>
ج-5-6	يوجد نظام مطبق لقياس ومتابعة مؤشرات الأداء. <ul style="list-style-type: none"> <li>• النظام يراعي على الأقل:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ متوسط مدة الإقامة للمريض</li> <li>✓ نسبة الوفيات</li> <li>✓ نسبة إعادة دخول المرضى المستشفى خلال 30 يوماً لسبب متعلق مباشرة بالسبب الأساسي.</li> </ul> </li> <li>• يوجد نظام موثق لمتابعة مؤشرات الأداء</li> <li>• تتوفر مؤشرات الأداء للشهور السابقة.</li> <li>• تتوفر نماذج لخطط تصحيحية.</li> </ul>
ج-6	طاقم/هيئة الأطباء
ج-6-1	لدى المؤسسة سياسة لمراجعة وتقييم والتحقق من الشهادات العلمية للهيئة الطبية المصرح لها بتقديم الرعاية للمريض. <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر سياسات وإجراءات بالهيئة الطبية تتضمن طريقة للتحقق من الشهادات العلمية.</li> <li>• يضمن رئيس الهيئة الطبية أن الهيئة تقوم بأعمالها وفق السياسات والإجراءات.</li> <li>• تتم عملية المراجعة والتقييم والتحقق من الشهادات العلمية للمصرح لهم بتقديم رعاية للمرضى.</li> </ul>
ج-6-2	تحتفظ الهيئة الطبية بسجل فني لكل عضو بهيئة الأطباء. تتضمن الملفات الفنية لأعضاء الهيئة الطبية الوثائق التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ترخيص مزاوله المهنة</li> <li>✓ الدرجات العلمية</li> <li>✓ التعلم والتدريب</li> <li>✓ تقارير تقييم الأداء الدورية</li> </ul>
ج-6-3	تقوم المؤسسة بتحديد وإجازة الأطباء المصرح لهم بإدخال وعلاج المرضى وتقديم الخدمات السريرية الأخرى بما يتوافق مع كفاءة الأطباء ولوائح المؤسسة <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر لوائح وسياسات لهيئة الأطباء</li> <li>• تقوم المؤسسة بتحديد إجازات الأطباء لعلاج المرضى والخدمات السريرية</li> </ul>
ج-7	طاقم/هيئة التمريض
ج-7-1	يوجد رئيس أو رئيسة للتمريض بإجازة مناسبة تعمل في المشفى بعقد نظامي. يتضمن ملف رئيسة هيئة التمريض توثيقاً لما يلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ممرضة مؤهلة/مسجلة</li> </ul>

الترقيم	المعيــــــــار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ مدربة على الإدارة</li> <li>✓ لها خبرة لا تقل عن 10 سنوات</li> <li>✓ لها مهام محددة حسب التوصيف الوظيفي</li> <li>✓ تمارس رئيسة هيئة التمريض المهام الواردة في الوصف الوظيفي.</li> </ul>
ج-7-2	تمثل هيئة التمريض في الإدارة العليا للمؤسسة. يتضمن قرار تشكيل مجلس الإدارة أن هيئة التمريض ممثلة به.
ج-7-3	تدار الخدمات التمريضية بأقسام المستشفى المختلفة عن طريق ممرضات مؤهلات بدرجات علمية مناسبة بالإضافة إلى الخبرة المطلوبة في الإدارة
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتضمن ملفات رؤساء التمريض لأقسام العمليات والعناية المركزة والتوليد والأقسام المرخصة في المشفى المؤهل المناسب بالإضافة إلى السيرة الذاتية موضح بها الخبرات والمهارات المختلفة.</li> <li>• يقوم رؤساء التمريض بعمل يناسب خبراتهم ومهاراتهم السابقة.</li> </ul>
ج-7-4	تمارس الممرضة المؤهلة المهام المحددة بها.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر في ملف المريض جزء خاص لتقييم التمريض ويتم وضع الخطة التمريضية وفق هذا التقييم مع وجود مراجعة دورية لحالة تقدم المريض مع تعديل الخطة وفق ذلك</li> <li>• تقوم الممرضات بدورهن التمريضي وفق ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ تقييم حالة المريض</li> <li>✓ وضع خطة الرعاية التمريضية</li> <li>✓ مراجعة حالة تقدم المريض</li> <li>✓ تعديل الخطة التمريضية حسب تقدم الحالة</li> <li>✓ إبلاغ الطبيب المختص بصفة دورية</li> <li>✓ تدوين البيانات وخطة التمريض بملف المريض بصفة منتظمة</li> </ul> </li> <li>• يقوم طاقم التمريض بإبلاغ الأطباء بصفة دورية بتطور حالة المريض.</li> </ul>
ج-7-5	يوجد نظام للتدريب التمريضي المستمر.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر خطة تدريب وجدول تدريب لبرنامج يشمل على الموضوعات التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ الإنعاش القلبي الرئوي</li> <li>✓ مكافحة العدوى</li> <li>✓ مهارات التواصل</li> <li>✓ سلامة البيئة وإدارة المخاطر</li> <li>✓ التحسين المستمر وأمان المريض</li> </ul> </li> <li>• يتم توثيق التدريب بملفات التمريض.</li> <li>• تتوفر قناعة عند الجهاز التمريضي بجدية وفاعلية التمريض.</li> </ul>

الترقيم	المعيــــــــار
ج-8	إدارة الموارد البشرية
ج-8-1	يوجد مدير يقوم بالإشراف على مهام إدارة/قسم الموارد البشرية ويكون له الخبرة والمؤهلات اللازمة لذلك.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>تتوفر المؤهلات اللازمة لمدير إدارة الموارد البشرية (على الأقل التدريب على الإدارة ومهارات الاتصال)</li> </ul>
ج-8-2	يوجد نظام لتقييم احتياجات المؤسسة من كفاءات العنصر البشري لمختلف الوظائف والعمل على توفيره.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>توجد شروط معينة لاختيار الموظفين</li> <li>توجد سياسات وإجراءات لتحديد الاحتياج الوظيفي للمنشأة الصحية</li> <li>توجد إحصائيات دقيقة عن عدد وتوزيع العاملين بالمنشأة لإمكانية التعرف على أماكن النقص</li> </ul>
ج-8-3	تطبق المؤسسة خطة لتنمية الموارد البشرية.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>توجد وثائق لتتفني الخطة مثل جداول وشهادات وتقارير التدريب</li> <li>يتم إدراج وثائق التدريب للعاملين في ملفاتهم.</li> <li>جدية وكفاءة التدريب كافية للعاملين</li> </ul>
ج-8-4	يوجد توصيف وظيفي لجميع الوظائف.
	<p>يتضمن التوصيف الوظيفي للعاملين البنود التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ الترخيص المطلوب</li> <li>✓ الدرجات العلمية المطلوبة</li> <li>✓ التعليم والتدريب والمهارات اللازمة</li> <li>✓ مهام ومسؤوليات العمل.</li> </ul>
ج-8-5	يوجد نظام حوافز حسب أداء وكفاءات وإنجازات العاملين بشكل معلن ومطبق.
	<p>يوجد سياسات وإجراءات معلنة للحوافز تتماشى مع اللوائح والقوانين العامة للقوى العاملة وتشمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>شروط صرف أو إلغاء الحوافز</li> <li>كيفية تحديد الحوافز</li> <li>دورية صرف هذه الحوافز</li> <li>الحوافز الاستثنائية</li> </ul> <p>تتوفر كشوف صرف الحوافز ويتوفر تقييم أداء العاملين (خاصة لمن أحيل للتحقيق أو من له تنبيه أو شكوى في حقه) أيضاً بالنسبة للموظف المثالي أو من حصل على جائزة وغيره).</p>
ج-8-6	يوجد ملف خاص لكل موظف موضح به جميع البيانات الخاصة به وبيانات عن الأداء.
	<p>يحتوي ملف العامل على المستندات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ نسخة من الشهادات العلمية وترخيص مزاولة المهنة اللازم.</li> <li>✓ التعليم والتدريب والسيرة الذاتية.</li> <li>✓ التوصيف الوظيفي الحالي.</li> <li>✓ ما يثبت حضور برنامج تهيئة الموظف الجديد.</li> <li>✓ تقارير التقييم السنوية.</li> </ul>

الترقيم	المعيار
	✓ وثائق أخرى حسب اللوائح والقوانين.
ج-8-7	يوجد وسيلة لتعريف العاملين من خلال بطاقة تعريف وزي مناسب.
	✓ توجد بطاقة تعريف تحتوي على بيانات العامل وصورتها الضوئية. ✓ يوجد زي خاص لكل فئة من العاملين
ج-9	التعليم والتدريب المستمر
ج-9-1	توجد وحدة أو لجنة متخصصة في التدريب وتطوير كفاءة ومهارة العاملين لديها برنامج للتعليم والتدريب المستمر لجميع العاملين.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر وثيقة توضح مهام اللجنة/الوحدة</li> <li>• تتوفر محاضر لاجتماعات اللجنة ( أو تقارير نشاط الوحدة )</li> <li>• يتوفر برنامج للتدريب يتضمن البنود التالية: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ تحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين</li> <li>✓ تحديد الفئات المستهدفة</li> <li>✓ تحديد طرق التدريب</li> <li>✓ تحديد المدربين</li> <li>✓ تحديد الموارد المالية اللازمة</li> <li>✓ خطة/جدول زمنية</li> </ul> </li> </ul>
ج-9-2	يوجد مكان ملائم ومجهز بالوسائل المناسبة للتدريب داخل المؤسسة .
	يتوفر مركز للتدريب بالمؤسسة وتوجد التجهيزات التي تناسب التدريب مثل ( المناضد، الكراسي، سبورة، حامل للسبورة الورقية، جهاز إسقاط علوي للشفافيات على الأقل ويفضل بروجكتر، شاشة عرض، بالإضافة لمستلزماتهم).
ج-9-3	يتيح البرنامج التدريبي الفرص التدريبية لمختلف المستويات والفئات الوظيفية .
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر تقارير الدورات التدريبية المنفذة.</li> <li>• يتم تحديد الاحتياجات التدريبية لكافة الوظائف والفئات.</li> <li>• التأكد من أن الخطة التدريبية تفي بهذه الاحتياجات.</li> </ul>
ج-10	المطبخ (إدارة التغذية والإطعام)
ج-10-1	وجود وحدة تنظيمية أو قسم أو إدارة متخصصة في شؤون التغذية والإطعام تشرف على قسم إعداد الطعام يرأسها مسؤول متخصص في المجال وله خبرات لمدة مناسبة وخاصة في المجال الصحي التغذوي.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة وجود وحدة إدارية أو قسم أو إدارة متخصصة في شؤون التغذية والإطعام.</li> <li>• يتضمن ملفات رئيس وحدة/إدارة التغذية والمطبخ الشهادات الدراسية وشهادات الخبرة في المجال الصحي التغذوي.</li> </ul>
ج-10-2	يوجد مطبخ مناسب لإعداد الطعام للمؤسسة.
	• تتوفر قائمة بالوجبات التي تقدمها المؤسسة.

الترقيم	المعيــــــــار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر قائمة بتجهيزات المطبخ.</li> <li>• لا يوجد نقص في التجهيزات وهي تفي باحتياجات عملية إعداد الطعام لمختلف أنواع الوجبات.</li> <li>• التجهيزات موجودة ويتم تجهيز الوجبات للتوزيع لكل من المرضى والعاملين والزوار.</li> </ul>
ج-10-3	وجود قائمة بالوجبات الخاصة والحميات المتاحة.
	تتوفر قوائم للوجبات الخاصة المتاحة.
ج-10-4	يتم التخزين والحفظ السليم لمختلف أصناف المواد المستخدمة في تحضير الطعام.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر سياسات وإجراءات لحفظ وتخزين مواد تحضير الطعام.</li> <li>• تتم عملية الحفظ وفق السياسات والإجراءات.</li> <li>• أماكن التخزين نظيفة ولا يوجد ما يدل على وجود قوارض.</li> <li>• يتم التأكد من متابعة درجات الحرارة لثلاجات حفظ وتخزين الطعام.</li> </ul>
ج-10-5	يلتزم العاملون بإجراءات النظافة في تعاملهم مع المواد الغذائية.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يقوم العاملون باتباع إجراءات التحكم في العدوى مثل ارتداءهم للقفازات و غسل الخضراوات والفواكه واللحوم.</li> <li>• تتوفر إجراءات خاصة بالنظافة في التعامل مع المواد الغذائية.</li> <li>• يعلم العاملون بإجراءات غسيل اليدين وينفذونها بصفة دائمة.</li> </ul>
ج-10-6	الالتزام بتواريخ صلاحية المواد الغذائية ومتابعة المخزون منها من حيث مدة الصلاحية.
	تاريخ صلاحية المواد الغذائية الموجودة بالمخزن سار.
ج-10-7	إجراء فحص طبي دوري لجميع متداولي الأغذية.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم إجراء الفحص الطبي الدوري للعاملين بالمطبخ طبقاً للأنظمة المحلية.</li> <li>• تتوفر نتائج الفحص في ملف العامل.</li> </ul>
ج-11	الفندقة (خدمات الغرف)
ج-11-1	توجد وحدة متخصصة لخدمة الغرف في المؤسسة وفق حجم المؤسسة.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر وحدة خدمات.</li> <li>• الهيكل التنظيمي لوحدة الخدمات وعدد أفرادها يتناسب مع حجم المؤسسة.</li> </ul>
ج-11-2	المسؤول عن الوحدة مؤهل دراسياً وذو خبرة في مجال الفندقة.
	تتوفر للمشرف على وحدة الخدمات الشهادات الدراسية وشهادات الخبرة في مجال الفندقة.
ج-11-3	توجد سياسات مدونة وإجراءات لعمليات التنظيف والتطهير حسب قواعد مكافحة العدوى ويقوم العاملون بتطبيقها.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر سياسات وإجراءات خاصة بالتنظيف والتطهير.</li> <li>• تتوفر لأفراد وحدة الخدمات الخبرة بإجراءات مكافحة العدوى التي ينفذونها.</li> </ul>
ج-11-4	توافر شهادات صحية لجميع العاملين بالوحدة سارية الصلاحية.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتضمن الملفات الخاصة بالعاملين في وحدة الخدمات شهادات صحية سارية الصلاحية.</li> <li>• يتوفر سجل لمتابعة وتحديث الشهادات الصحية.</li> </ul>

الترقيم	المعيار
ج-12	وحدة الغسيل
ج-12-1	يوجد وحدة بها مكان مخصص ومجهز بالمعدات التي تسمح بعمليات الغسيل والتجفيف التي تحتاجها المستشفى. <ul style="list-style-type: none"> <li>المكان يتناسب مع حجم المستشفى.</li> <li>تتوافر الغسالات والمجففات والتجهيزات الأخرى الخاصة بالكي والحفظ والنقل</li> <li>التجهيزات الموجودة تفي باحتياجات المؤسسة بما يخص عملية الغسيل.</li> </ul>
ج-12-2	المسؤول عن وحدة الغسيل مؤهل وذو خبرة في مجال العمل. تتوفر الشهادات الدراسية أو شهادات الخبرة المعتمدة في مجال العمل.
ج-12-3	ملائمة مقر وحدة الغسيل لمتطلبات نظافة وتهوية وجفاف وتصريف مياه الغسيل. <ul style="list-style-type: none"> <li>المكان نظيف ولا توجد مياه متراكمة داخل القسم.</li> <li>يوجد نظام صرف صحي سليم</li> <li>يوجد نظام للتهوية ( مراوح وشفاطات ) ويعمل بصورة سليمة.</li> </ul>
ج-12-4	يوجد سياسات مدونة وإجراءات لوحدة الغسيل يتم تطبيقها. <ul style="list-style-type: none"> <li>تشمل السياسات والإجراءات في وحدة الغسيل البنود التالية:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ جمع وفرز المفروشات الملوثة وغيرها</li> <li>✓ إزالة التلوث والتجهيز</li> <li>✓ أنواع وتركيز مواد التنظيف</li> <li>✓ تخزين المفروشات النظيفة وغيرها</li> <li>✓ إجراءات ضبط الجودة وتشمل درجات حرارة المياه المناسبة</li> </ul> </li> <li>لدى العاملين بالمغسلة معرفة بالسياسات والإجراءات ويمكنهم وصفها.</li> <li>سياسات وإجراءات وحدة الغسيل منفذة.</li> <li>تتطابق هذه السياسات مع ما هو مكتوب بدليل مكافحة العدوى المعتمد.</li> </ul>
ج-13	الصيانة
ج-13-1	وجود وحدة تنظيمية متخصصة في الصيانة. <ul style="list-style-type: none"> <li>يتضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة وجود وحدة متخصصة في مجال الصيانة.</li> <li>يتوفر موقع للورشة الهندسية.</li> </ul>
ج-13-2	يرأس وحدة الصيانة مسؤول مؤهل وذو خبرة في الصيانة. تتوفر في ملف رئيس وحدة الصيانة الشهادات الدراسية المعتمدة والدورات التدريبية والسيرة الذاتية الموضح بها الخبرة السابقة في مجال العمل بالصيانة.
ج-13-3	تمثل وحدة الصيانة في اللجان ذات العلاقة بالمؤسسة مثل لجنة سلامة البيئة. يتوفر تشكيل لجنة سلامة البيئة.
ج-13-4	وجود آلية مطبقة للتشاور بين وحدة الصيانة وكل الأقسام في المؤسسة في حالة شراء تجهيزات جديدة. <ul style="list-style-type: none"> <li>تتوفر سياسات وإجراءات خاصة بشراء التجهيزات الجديدة.</li> <li>يتم تنفيذ السياسات والإجراءات الخاصة بشراء التجهيزات الجديدة.</li> </ul>

الترقيم	المعيــــــــار
ج-13-5	تمتلك وحدة الصيانة معلومات عن شبكة التمديدات المائية والكهربائية والغازية في المؤسسة. توجد خرائط للشبكات الخاصة بالتمديدات والمائية والكهربائية والغازية في المؤسسة.
ج-14	المكتبة
ج-14-1	توجد مكتبة متخصصة تضم المراجع والدوريات الحديثة بما يتناسب مع حجم المؤسسة والتخصصات الموجودة فيها. تتوفر مكتبة تحوي كتب ودوريات حديثة وتغطي التخصصات الموجودة بالمستشفى.
ج-15	وحدة الإحصاء
ج-15-1	يوجد وحدة للإحصاء مختصة بتجميع الإحصاءات والمعلومات عن المؤسسة وتدار بشكل علمي وتصدر تقاريراً دورية.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتضمن الهيكل التنظيمي تلك الوحدة.</li> <li>• تتوفر في ملف مدير الوحدة الشهادات الدراسية المعتمدة والدورات التدريبية والسيرة الذاتية الموضح بها الخبرة السابقة في الإحصاء ونظم المعلومات.</li> <li>• تتم الاستجابة بسرعة عند طلب بيانات.</li> <li>• الإحصاءات موجودة وموثقة منذ صدور قرار البدء بها.</li> <li>• تتوفر تقارير دورية تصدر عن الوحدة.</li> </ul>
ج-16	الإدارة المالية
ج-16-1	توجد وحدة تنظيمية مختصة في الشؤون المالية. <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتضمن الهيكل التنظيمي وجود وحدة تنظيمية مالية.</li> <li>• يتوفر هيكل تنظيمي فرعي للوحدة.</li> <li>• اختصاصات الوحدة محددة.</li> </ul>
ج-16-2	الموظف القائم بالمهام/المسؤول عن هذه الوحدة الإدارية مؤهل في مجال تخصصه وله خبرة مناسبة في مجال عمله. يتضمن ملف رئيس الوحدة الشهادات الدراسية المعتمدة والدورات التدريبية والسيرة الذاتية الموضح بها الخبرة السابقة في الشؤون المالية
ج-16-3	وجود سجلات منظمة للحسابات في المؤسسة وفقاً للوائح والقوانين الناظمة. <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر لوائح وقوانين منظمة للحسابات المالية.</li> <li>• الحسابات جاهزة وفق اللوائح.</li> </ul>
ج-16-4	وجود موازنة سنوية ( خطة تقديرية قبل بداية كل سنة مالية ) معتمدة من قبل الإدارة العليا. تتوفر موازنة للسنة المالية الحالية وهي معتمدة.
ج-16-5	يتم إعداد الموازنة السنوية من قبل الوحدة المختصة بالمشاركة مع جميع أقسام المؤسسة. <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر السياسات والإجراءات الخاصة بالإدارة المالية موضح بها الإجراءات الخاصة بإعداد الموازنة</li> <li>• تتوفر دراسة الاحتياجات المالية للأقسام المختلفة التي يتم إرسالها إلى الإدارة المالية قبل عمل الميزانية بوقت كاف حسب ما هو موضح في السياسات والإجراءات</li> </ul>

الترقيم	المعيــــــــار
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم الالتزام بالسياسات والإجراءات وتشارك أقسام المؤسسة في إعداد الموازنة السنوية.</li> </ul>
ج-16-6	<p>توجد سياسات وإجراءات للإدارة المالية الرشيدة.</p> <p>تتضمن السياسات الرشيدة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ حفظ المستندات والسجلات المالية بطريقة آمنة ومتواصلة ومنظمة.</li> <li>✓ مسؤوليات وصلاحيات وتعليمات وإجراءات الصرف.</li> <li>✓ ضمان عدم هدر وتبديد الموارد المالية للمؤسسة.</li> <li>✓ المراجعة والتدقيق المالي في المؤسسة</li> </ul>
ج-16-7	<p>تحفظ المستندات والسجلات المالية بطريقة آمنة ومتواصلة ومنظمة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر مكان حفظ المستندات والسجلات بشكل آمن.</li> <li>• يتم حفظ المستندات والسجلات الخاصة وفق تسلسل منطقي.</li> <li>• الإدارة المالية راضية عن طرق الحفظ والسياسات والإجراءات الخاصة بذلك.</li> </ul>
ج-16-8	<p>توجد سجلات للتقييم المالي لمختلف موجودات المؤسسة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر سجلات للتقييم المالي للعهد والأصول الموجودة بالمؤسسة.</li> <li>• تتطابق سجلات التقييم المالي مع كل موجودات المؤسسة.</li> </ul>

# معايير الخدمات المجتمعية

## فئة ( د )

الترقيم	المعيار
د	معايير الخدمات المجتمعية
د-1	إشراك المجتمع
د-1-1	يشارك ممثلو المجتمع في المجالس ولجان المؤسسة لتقييم وتطوير الخدمة المقدمة في المؤسسة.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر تقرير التقييم السنوي ومحاضر اجتماعات مجلس الإدارة و مشاركات ممثلي المجتمع المحلي.</li> <li>• لدى المدير ونوابه وقيادات المؤسسة تصور وأمثلة لمشاركة المجتمع في تقييم وتطوير الخدمة</li> </ul>
د-2	التعرف إلى المجتمع
د-2-1	تقوم المؤسسة الصحية بالتعرف إلى المجتمع المحلي (المعري بتلقي الخدمة) والمشاكل الصحية والبيئية بالمجتمع والاحتياجات الصحية وتوقعات المجتمع
	<p>يمكن إثبات التعرف على المجتمع المحلي وما يتوفر فيه من خدمات صحية وغير صحية.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ توجد خارطة جغرافية بالمؤسسة للمجتمع المحلي (المعري بالخدمة) وما يتوفر به من خدمات.</li> <li>✓ توجد بيانات ديموغرافية عن المجتمع المحلي (المعري بتلقي الخدمة).</li> <li>✓ توجد بيانات عن المشاكل الصحية والبيئية بالمجتمع.</li> <li>✓ يتم تحديث المعلومات دورياً.</li> </ul>
د-3	معايير التوعية الصحية
د-3-1	تقوم المؤسسة بإعداد برامج توعيه موجهة للمجتمع بفيته المختلفة.
	<p>تتوفر مبادئ البحث التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ تحديد احتياجات التوعية الصحية بما يواكب المشاكل الصحية ذات الأولوية</li> <li>✓ تحديد الفئات المستهدفة</li> <li>✓ تحديد طرق التوعية</li> <li>✓ تحديد المتقنين الصحيين أو المجموعات الداعمة</li> <li>✓ تحديد الموارد المالية اللازمة</li> <li>✓ خطة/جدول زمنية</li> <li>✓ طرق التقييم</li> </ul>
د-3-2	يتم تنفيذ برامج التوعية الصحية لمختلف الفئات المستهدفة وتوفر المؤسسة الوسائل المساندة لذلك
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر جداول وتقارير للتوعية الصحية التي تتم داخل وخارج المؤسسة وتغطي جميع الفئات المستهدفة .</li> <li>• يوجد مكان داخل المؤسسة للتوعية الصحية مجهز بالوسائل السمعية والبصرية.</li> <li>• المقابلة الشخصية مع مسؤول التوعية الصحية ورئيس المجموعة (لجنة مشاركة المجتمع ) للتأكد من كفاءة برامج التوعية</li> <li>• ملاحظة وجود ملصقات معلقة في مكان واضح وبلغة مفهومة.</li> <li>• تتوفر مطويات إعلامية ويتم الإطلاع على محتوى المطويات والتأكد من عرض الرسالة التثقيفية بلغة سهلة.</li> <li>• يتم تزويد المترددين على المؤسسة بالمطويات والنشرات</li> </ul>
د-4	التعاون مع الجهات ذات العلاقة بالصحة
د-4-1	تقوم المؤسسة بالتنسيق والتعاون مع الجهات ذات العلاقة (الحكومية وغير الحكومية) للتعامل مع المشاكل الصحية والبيئية بوضع خطط وآليات لحل هذه المشاكل وتوفير الدعم اللازم لحل هذه المشاكل.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تتوفر قائمة تحدد الجهات ذات العلاقة في مكان عمل المؤسسة وقائمة بالمشاكل الصحية.</li> <li>• تتوفر مخاطبات للمؤسسة مع الجهات ذات العلاقة .</li> <li>• تتوفر وثائق تثبت التعاون في الأنشطة المشار لها بالمعيار.</li> </ul>

الترقيم	المعيار
5-د	الدراسات الميدانية والبحوث
1-5-د	تقوم المؤسسة بعمل مسوحات صحية للمجتمع المحلي.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة وجود لجنة (أو منسق) للبحوث والدراسات الميدانية ضمنه</li> <li>• مهام اللجنة أو المنسق موثقة ومعتمدة</li> <li>• توجد خطة مطبقة</li> </ul>
2-5-د	يتم الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة في تطوير الخدمات والبرامج الصحية.
	يوفر المنسق/رئيس اللجنة معلومات عن كيفية الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة ووثائق تثبت ذلك.
6-د	<u>برامج تعزيز الصحة</u>
1-6-د	تشارك المؤسسة في برامج تعزيز الصحة في المجتمع المحلي.
	توجد برامج لتعزيز أنماط الحياة الصحية لبعض مما يلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ مكافحة التدخين.</li> <li>✓ التغذية الصحية.</li> <li>✓ اللياقة البدنية.</li> <li>✓ الصحة الإنجابية والجنسية.</li> <li>✓ مكافحة الإدمان والمخدرات.</li> <li>✓ الصحة النفسية.</li> <li>✓ مكافحة السمنة وزيادة في الوزن.</li> <li>✓ تشجيع الرضاعة الطبيعية.</li> <li>✓ الاستخدام الرشيد للدواء.</li> </ul>