قرار مجلس الوزراء رقم (47) لسنة 2018
باعتماد المعايير الوطنية الموحدة للمستشفيات

مجلس الوزراء:

- بعد الاطلاع على الدستور،
- وعلى القانون الاتحادي رقم (1) لسنة 1972 في شأن اختصاصات الوزارات وصلاحيات الوزراء، وتعديلاته،
- وعلى القانون الاتحادي رقم (29) لسنة 2006 في شأن حقوق المعاقين، وتعديلاته،
- وعلى القانون الاتحادي رقم (18) لسنة 2009 في شأن قيد المواليد والوفيات،
- وعلى القانون الاتحادي رقم (4) لسنة 2015 في شأن المنشآت الصحية الخاصة،
- وعلى المرسوم بقانون اتحادي رقم (4) لسنة 2016 بشأن المسؤولية الطبية،
- وبناءً على ما عرضه وزير الصحة ووقاية المجتمع، وموافقة مجلس الوزراء،

قرر:

المادة (1)

تُعتمد المعايير الوطنية الموحدة للمستشفيات المرفقة بهذا القرار.

المادة (2)

يتم العمل بالمعايير المرفقة بهذا القرار كحد أدنى من المعايير التي تخضع لها جميع المستشفيات في الدولة ولا يحول ذلك من دون تطبيق معايير أعلى معمول بها لدى الجهات الصحية كل منها في نطاق اختصاصها.

المادة (3)

يجوز لوزير الصحة ووقاية المجتمع بالتنسيق مع الجهات المعنية بالشؤون الصحية في الدولة تعديل المعايير المشار إليها في المادة (1) من هذا القرار.

المادة (4)

على جميع المستشفيات القائمة في الدولة قبل تاريخ العمل بهذا القرار توفيق أوضاعها وفقاً لأحكامه خلال فترة لا تزيد على ثلاث سنوات من تاريخ نشره.

المادة (5)

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

محمد بن راشد آل مكتوم

رئيس مجلس الوزراء

صدر عنا:

بتاريخ: 5/ صفر/ 1440هـ

المو افق: 14 / أكتوبر/ 2018م

المعايير الوطنية الموحدة للمستشفيات المرفقة بقرار مجلس الوزراء رقم (47) لسنة 2018

جدول المحتويات

1-المقدمة	8
2- النطاق	9
3 -الغرض	9
4 -التعاريف والاختصارات	9
الفصل الأول: متطلبات تصميم المستشفى	17
مقدمة	17
1- اعتبارات التصميم العامة	17
2- غرفة العمليات	20
3- الرعاية الحرجة	24
4- غرفة عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء	26
5- منطقة الطوارئ	27
6- جناح التوليد	29
7- مناطق خدمة المرضى الداخليين	31
8- مناطق العيادات الخارجية	33
9- المختبر الإكلينيكي	35
10- التصوير التشخيصي	37
11- الصيدلية	39
12- الخدمات الصحية المصاحبة	45
13- منطقة الإدارة	46
الفصل الثاني: معايير الرعاية بالمستشفى	47
القسم الأول: رعاية المرضى	47
14- تقييم المرضى	47
15- الرعاية العامة	48
16- خدمات طب الأطفال	49
17- رعاية مرضى العيادات الخارجية	49
18- خدمات طب الأسنان	50
19- الرعاية الجراحية	54

20- طب النساء والتوليد 55
21- التخدير وتسكين الألم 57
22- خدمات الرعاية الحرجة 60
23- خدمات الطوارئ و الحوادث 63
24- إجراءات خروج أو تحويل المرضى 67
25- وحدة حفظ الجثث 68
القسم الثاني: خدمات التشخيص 70
26- المختبر الإكلينيكي 70
27- الأشعة التشخيصية 70
28- بنك الدم 72
القسم الثالث: الخدمات المساندة 72
29- خدمات التغذية 72
30- خدمات المغسلة 73
31- الخدمات المتعلقة بالصحة والنظافة 73
32- الخدمات الخارجية 74
القسم الرابع: السلامة 74
33- سلامة المرضى 74
34- مكافحة العدوى 75
35- قسم التعقيم المركزي 80
36- الوقاية من قرحة الضغط (الفراش) 80
37- آلية تفادي إصابة المرضى وسقوطهم 81
القسم الخامس: إدارة الأدوية والصيدلية 81
38- إدارة الأدوية واستخدامها 81
39- الصيدلية 82
القسم السادس: حقوق المرضى وأسرهم 85
40- حقوق المرضى ومسؤولياتهم 85
41- توعية المرضى 86
42- التنوع اللغوي 87

43- حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة 87
القسم السابع: إدارة المعلومات الصحية 89
44- السجلات الصحية 89
45- الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف 91
46- الأوامر الهاتفية أو الشفوية 92
47- إدارة السجلات الصحية 93
القسم الثامن: المعايير الإدارية 94
48- مراقبة جودة الخدمات 94
49- اعتماد المستشفى 95
50- إدارة المخاطر 96
51- نظام الشكاوى 96
52- التبليغ عن الأخطاء الجسيمة والحوادث الكبرى 97
53- التبليغ عن حالات الوفاة والحالات المتسببة فيها 98
54- جمع البيانات والإحصائيات 98
القسم التاسع: معايير القيادة والإدارة 100
55- هيئة الإدارة 100
56- المدير الطبي 102
57- مدير خدمات التمريض 103
58- اللجان الفنية بالمستشفى 103
59- نظام الاعتماد والامتيازات 104
القسم العاشر: إدارة الموارد البشرية 105
60- ممارسات الموارد البشرية 105
61- الحد الأدنى للمتطلبات الواجب توافرها في الطاقم الطبي 105
62- متطلبات اعتماد مختصي الرعاية الصحية 107
63- متطلبات تحصين العاملين بالرعاية الصحية 107
القسم الحادي عشر: إدارة المنشآت 108
64- نظم إدارة السلامة بالمستشفى 108
65- الوقاية من الحرائق 109

66- المواد والبضائع الخطرة **110**
67- إدارة النفايات والبيئة **110**
68- إدارة المعدات والإمدادات الطبية **111**
69- إدارة الطوارئ والكوارث **114**
70- إدارة الأمن **116**
الملحق 1: قياسات المنشآت **118**
الملحق 2: مواصفات أجهزة التنفس الصناعي **122**
الملحق 3: معدات عيادة الأسنان **122**
الملحق 4: الأجهزة الدقيقة والمستلزمات الخاصة بطب الأسنان العام **124**
الملحق 5: استبيان لمرضى الأسنان **126**
الملحق 6: مخطط طب الأسنان **129**
الملحق 7 : قائمة مراجعة إجراءات طب الأسنان ووثيقة التحقق من الموقع والوقت المستقطع **130**
الملحق 8: معايير خدمات نقل الدم **132**
الملحق 9: معايير مراكز التبرع بالدم وبنوك الدم **139**
الملحق 10: حلول سلامة المرضى **153**
الملحق 11: الإحصائيات (مثال) **162**
الملحق 12: معايير صنع القرار الخاص بتعيين الموظفين **166**
الملحق 13: متطلبات نسبة أفراد طاقم التمريض للمستشفى العام **167**
الملحق 14: التوصيات الخاصة بتحصين العاملين بالرعاية الصحية **171**

مقدمة

تولت الجهات الصحية في دولة الإمارات العربية المتحدة، ممثلة في وزارة الصحة ووقاية المجتمع وهيئة الصحة في إمارة أبوظبي وهيئة الصحة بدبي 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 الاتحادية الإماراتية وبالاسترشاد بالمعايير الدولية لإعتماد المستشفيات. وتوفر هذه الوثيقة أساسًا 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.

لا تحول المعايير الواردة في هذا الملحق دون تطبيق المعايير المعمول بها لدى الجهات الصحية في حال كان لديها معايير أعلى.

2 النطاق

تطبق المعايير الوطنية الموحدة على كافة المستشفيات في الإمارات العربية المتحدة ما دامت هذه المستشفيات تخضع للترخيص من جانب الجهات الصحية في نطاق اختصاصها الجغرافي. ويتعين على كافة المستشفيات الالتزام بهذه المعايير، بما في ذلك المستشفيات العامة والمتخصصة، الحكومية منها وشبه الحكومية والخاصة والمستشفيات التي تعمل في المناطق الحرة باستثناء سلطة مدينة دبي الطبية.

ويتم نشر 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 الإمارات العربية المتحدة، كلٌ كنها وفقاً لنطاق اختصاصها الجغرافي.

3 الغرض

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

4 التعاريف والاختصارات

الاعتماد: يعني عملية التقييم التي تجريها المؤسسات الدولية المعتمدة من جانب الجمعية الدولية للجودة في الرعاية الصحية (ISQua) والتي يتم فيها تقديم شهادة الكفاءة وجودة الخدمة للمستشفيات.

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

المختبر الإكلينيكي: يعني مبنى أو مكان تتم فيه إجراءات فحص مواد مأخوذة من الجسم البشري أو منشؤها الجسم البشري من خلال اختبارها عن طريق: الكيمياء وميكروبولوجيا والدم واللامصال وفحص الخلايا وعلم الأمراض والدمويات المناعية أو غيرها من طرق الفحص الأخرى للحصول على معلومات للتشخيص أو الوقاية أو علاج البشر.

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

الجهات الصـــحية: تعني جهات تنظيم الصـــحة في الإمارات العربية المتحدة والمســـؤولة عن ترخيص المنشآت الصحية وفقاً للاختصاصات الجغرافية لكل منها:

وزارة الصحة ووقاية المجتمع.

هيئة الصحة بأبوظبي.

هيئة الصحة بدبي.

هيئة الشارقة الصحية (ترخيص المنشآت الصحية بمدينة الشارقة الصحية " منطقة حرة ").

الأشـــعة التقليدية (الأشـــعة العامة)**:** تعني صـــور الجمجمة والصـــدر والبطن والعمود الفقري والأطراف والناتجة عن عملية التصوير الأساسية بالأشعة.

عيادة طب الأسـنان: تعني منشـأة صـحية متخصـصـة في تقييم ، وتشـخيص، والوقاية أو علاج (غير جراحي أو جراحي أو إجراءات مرتبطة بذلك) أمراض واضـــطرابات وحالات تجويف الفم أو منطقة الوجه والفكين و / أو الهياكل المجاورة أو المرتبطة بها وتأثيرها في الجسم البشري.

خدمات الأشعة التشخيصية: تعني الخدمة الطبية التي تستخدم فحوصات التصوير مع أو بدون الإشعاع المؤين من أجل التشـخيص. وتشـمل طرق التصـوير التشـخيصـي بالأشـعة التقليدية والتصـوير الشـعاعي الطبقي والتنظير بالفلوروسـكوب والفحص بالموجات فوق الصـوتية وتصـوير الثدي الشـعاعي والأشـعة التدخلية (IR) والأشـــعة المقطعية بالحاســـوب (CT) والتصـــوير الشـــعاعي بانبعاث البوزيترون (PET) والطب النووي.

البرنامج تشـغيلي: يعني خطة مفصـلة يعدها مسـتثمرو المسـتشـفى وإدارته لوصـف الغرض من المشـروع ونموذج الرعاية لمسـتخدمي المنشـأة ويشـمل الخدمات والمخطط العام / الخطط التشـغيلية التأثيرات البيئية والمردود المادي والاستخدام التشـغيلي المتوقع وأنماط التدوير التشـغيلي ذات الصـلة وعلاقات التشـغيل بين الأقسام واحتياجات المرضى / المقيمين والموظفين والأسر/الزوار.

مهني الرعاية الصـــحية: يعني موظف رعاية صـــحي الشـــخص الطبيعي المؤهل لمزاولة مهنة الرعاية الصـحية والذي يعمل في المنشـآت الصـحية ويتعين عليه الحصـول على رخصـة وفقاً للقوانين الإماراتية المعمول بها.

عامل الرعاية الصحية (HCW): يعني فردًا يعمل لدى المستشفى (سواء مباشرة أو بعقد مع جهه آخرى) ويوفر رعاية مباشـرة أو غير مباشـرة للمرضـى ويشـمل ذلك – على سـبيل المثال لا الحصـر – مختصـي الرعاية الصـــحية وطلاب الطب والتمريض والموظفين الإداريين والموظفين المتعاقدين الذين يعملون في المستشفى أو يأتون إلى موقعها.

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 عن عدم الرضا أو القلق من خدمة رعاية صحية ويقدم هذه الشكوى المريض أو أحد أقاربه.

الترخيص: يعني إصدار رخصة لتشغيل منشأة صحية لفرد أو حكومة أو منشأة أو شراكة 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 لنظام الرعاية الصحية. ويمكن أن تشمل تحسينات نمط الحياة والاستجابات للمرض والرعاية والاستجابة للمرض والرعاية وانخفاض معدلات المراضة والوفاة وتزايد مستوى المعرفة.

المريض: يعني أي فرد يحصل على عناية طبية أو رعاية أو علاج من قبل أي مهني رعاية صحية أو أي فرد يتم إدخاله إلى منشأة صحية.

طرق الحفاظ على سلامة المرضى: تعرف 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: تعرف 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.

الحدث غير المتوقع: واقعة غير منتظرة أو واردة في الحسبان تنطوي على وفاة أو فقدان دائم لوظيفة لا علاقة لها بالحالة المرضية.

الاختصارات

ACLS: التدخل المتقدم لأنعاش القلب

AII: عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء

ASHRAE: الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء

BLS: الإنعاش الأساسي للحياة

CBC: صورة دم كاملة

CCTV: دائرة تلفزيونية مغلقة

CCU: وَحْدَةُ العِنايَةِ المركزة التاجية

CDC: مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها

CFCs: الكلورو فلورو كربونات

CGO: مكتب الحوكمة الإكلينيكية

CPD: التطوير المهني المستمر

CPR: إنعاش القلب والرئتين

CT: الأشعة المقطعية

CTG: مراقبة قلب الجنين

DHA: هيئة الصحة بدبي

EMT: فني طب طوارئ

FANR: الهيئة الاتحادية للرقابة النووية

FGI: معهد معايير المنشآت الصحية

GP: ممارس عام

HA: هيئة صحية

HAIs: الأمراض المعدية المرتبطة بالرعاية الصحية

HCW: عامل الرعاية الصحية

HEPA: مرشح جسيمات الهواء العالي الكفاءة

HTM: مذكرة صحية فنية

HVAC: التدفئة والتهوية وتكييف الهواء

IAP: برنامج اعتماد دولي

ICD: التصنيف الدولي للأمراض

ICU: وحدة العناية المركزة

IPPV: التنفس الصناعي بالضغط الإيجابي المتقطع

IR: الأشعة التدخلية

ISQua: الجمعية الدولية للجودة في الرعاية الصحية

IV: وريدي

LDR: المخاض– الولادة – النقاهة

LDRP: المخاض – الولادة – النقاهة – النفاس

LLC: شركة ذات مسؤولية محدودة

MEP: الأعمال الميكانيكية والكهربية والصحية

MOHAP: وزارة الصحة ووقاية المجتمع

MRI: التصوير بالرنين المغناطيسي

MSDS: ملف بيانات سلامة المواد

NICU: وحدة الرعاية المركزة لحديثي الولادة

NPO: لا شيء عن طريق الفم

NRP: برنامج إنعاش حديثي الولادة

OPD: قسم العيادات الخارجية

OT: غرفة العمليات

PALS: الدعم المتقدم لحياة الأطفال

PM: الصيانة الوقائية

PMP: برنامج الصيانة الوقائية

PS: دعم الضغط

RM: قابلة مسجلة

RN: ممرضة مسجلة

SIMV: التنفس الإلزامي المتقطع المتزامن

SOP: إجراء عمل قياسي

TCAM: الطب التقليدي والبديل والتكميلي

TPN: التغذية اللامعوية المتكاملة

WHO: منظمة الصحة العالمية

الفصل الأول:
متطلبات تصميم المستشفى

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على الإطار العام لتصميم المستشفيات في دولة الإمارات العربية المتحدة، غير أن القياسات الدقيقة لمساحات المستشفيات وغرفها تختلف باختلاف الضوابط والسياسات التي تطبقها الجهات الصحية المختصة. ولمزيد من المعلومات بخصوص شروط التصميم لدى كل هيئة مختصة يرجى الاطلاع على الملحق 1 أو زيارة الموقع الالكتروني لوزارة الصحة ووقاية المجتمع.

اعتبارات التصميم العامة

يحتوي هذا القسم على العناصر المشتركة بين معظم أنواع المستشفيات، وسوف يذكر في هذا الفصل المتطلبات الإضافية الخاصة:

1-1 يجب أن ينشأ المستشفى في مبنى مستقل ويقع على طريق رئيسي.

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 المرضى ذوي الإعاقة حسبما يحدده البرنامج التشغيلي للمستشفى على أن يستوفي متطلبات الجهات المحلية المختصة.

5-1 يجب توفير لافتات لإرشاد الأشخاص غير الملمين بالمداخل ومناطق الانتظار.

6-1 يعتمد حجم الأقسام وتصميمها العام على متطلبات البرنامج الوظيفي وتنظيم الخدمات في المستشفى.

7-1 يسمح بتعريف بعض الخدمات بالمستشفى شريطة ألا تتعارض مع معايير السلامة أو الممارسات الطبية أو التمريضية.

8-1 يتعين أن يضمن تصميم المستشفى المستويات المناسبة من الخصوصية السمعية والبصرية للمرضى وكرامتهم طوال عملية الرعاية. وفي الغرف متعددة الأسرة، يتعين توفير الخصوصية البصرية لكل مريض بحيث لايستطيع المرضى الآخرون والزوار رؤيته دون تعمد.

9-1 عند تصميم المنشآت الصحية وتشييدها 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،

واستخدام الأسبستوس في مواد البناء، وتجنب استخدام الزئبق والكلورو فلورو كربونات في الرعاية الصحية... الخ.

1-10 أدنى ارتفاع مقبول لأسقف المناطق المذكورة أدناه هو 2.4 متر:

1-10-1 غرفة العلاج.

1-10-2 غرفة المؤتمرات.

1-10-3 المطبخ.

1-10-4 الأجنحة الخاصة.

1-10-5 غرفة المعدات.

1-11 أدنى ارتفاع مقبول لأسقف المناطق المذكورة أدناه هو 2.7 متر:

1-11-1 وحدة العناية المركزة.

1-11-2 وحدة الرعاية الحرجة.

1-11-3 وحدة العناية الخاصة.

1-11-4 الطوارئ.

1-11-5 غرف النقاهة.

1-12 أدنى ارتفاع مقبول لأسقف المناطق المذكورة أدناه هو 3 أمتار:

1-12-1 غرف التصوير التدخلي.

1-12-2 غرفة الولادة.

1-12-3 غرفة العمليات.

1-13يجب أن تلتزم الغرف التي لها أسقف مركب بها معدات بتوصيات الشركات الصانعة لتلك المعدات.

1-14 يجب مراعاة التباين بين ألوان الجدران والأرضيات والأبواب للحد من مخاطر سقوط المرضى الذين يعانون من مشاكل في الإبصار.

1-15 يتعين تجنب الأرضيات والجدران والتشطيبات المصقولة بشدة والتي تصدر وهجًا.

1-16 يجب أن تكون أسطح أرضيات السلالم مانعة للإنزلاق.

1- 17 يجب مراعاة منتجات الأرضيات المانعة للإنزلاق عند تجهيز أسطح الأرضيات في المناطق الرطبة (مثل مناطق الممرات والدش والحمامات) والمناطق التي يوجد بها مياه لخدمات المرضى.

1-18 يجب أن تكون أسطح التشطيبات المختارة ملساء وغير منفذة ويسهل صيانتها وغسلها وتتمتع بمقاومة مناسبة للإهتراء في الموقع مثل أرضيات الفينيل والسيراميك.

1-19 لا يمكن استخدام السجاد في غرف الفحص والعلاج، وإذا تم استخدامها في مناطق انتظار المرضى والممرات فيجب لصق السجاد أو فردها بإحكام وخلوها من الحواف والتجاعيد، ويجب أن تكون مصنوعة من مادة مضادة للبكتريا.

1- 20 لا يجوز استخدام الأرضيات الخشبية في غرف العلاج.

1- 21 يجب عزل مفاصل فتحات الأرضيات المخصصة للأنابيب والمجاري بإحكام.

1-22 لا يجوز تركيب أنابيب صرف صحي في أرضيات غرف العمليات والولادة. وإذا تم تركيبها في غرفة مناظير المثانة فيتعين أن تكون بشكل أفقي تحت لوح المجاري.

1-23 يتعين استخدام زجاج مقوى بالسلك أو مادة بلاستيكية مقاومة للكسر ولا تتكون منها أي حواف قاطعة خطرة عند كسرها في مناطق معينة مثل الأبواب الزجاجية والأنوار الجانبية.

1-24 يتعين أن تكون كافة الأبواب بين الممرات والغرف والمساحات التي يتم شغلها من النوع المتأرجح أو أبواب منزلقة.

1- 25 يجب أن تتأرجح أبواب غرف المرضى في اتجاه يحافظ على خصوصية المرضى.

1-26 يجب أن تكون تشطيبات الجدران قابلة للغسل ومقاومة للبكتريا والفطريات ومقاومة للرطوبة و ملساء ويتعين استخدام تشطيبات جدران ناعمة لا يتولد عنها أي حواف أو صدوع يمكن أن يتجمع بها التراب والقذارة.

1-27 يتعين أن تكون الستائر المستخدمة في أي مكان بالمستشفى قابل للغسيل والتنظيف ومقاوم للبكتيريا ومانعة للحريق ويجب الحفاظ على نظافتها دائمًا.

1-28 يتعين تمكين كل مريض داخلي من الوصول إلى غرفة الحمام دون الدخول إلى أي ممر.

1-29 يتعين تركيب مغسلة يد بجانب السرير في غرف مخصصة، منفصلة عن مناطق رعاية المرضى، إلا إذا كانت توجد في غرفة حمامات.

2 غرفة العمليات

2-1 يتعين توافر غرفتي عمليات على الأقل في أي مستشفى عام.

2-2 يتعين أن يكون عدد غرف العمليات كافيا 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

2-3 يجب توافر مساحة كافية لاستيعاب كافة المعدات والموظفين حتى يمكن للمرضى المرور بسهولة.

2-4 يتعين أن يكون باب غرفة العمليات واسعًا ويفضل أن يتكون من جزئين اثنين (2) يفتح كل منهما على كل جانب، أو أن يكون بابًا يفتح بشكل تلقائي.

2-5 ينصح بوجود باب مستقل في غرفة العمليات لإخراج النفايات.

2-6 يتعين إنشاء الأرضيات والأسقف والجدران باتصال مستمر.

2-7 يجب تشييد الأسطح الداخلية من مواد موحدة ومانعة للرطوبة.

2-8 يجب أن تكون الأرضيات والجدران مقاومة للكهرباء الاستاتيكية ومقاومة للحرارة والبكتريا والفطريات والمطهرات.

2-9 يتعين تجهيز غرفة العمليات بما يلي بحد أدنى:

2-9-1 طاولة عمليات متعددة الأغراض.

2-9-2 جهاز تخدير مجهز لمراقبة كافة العلامات الحيوية (بحد أدنى جهاز تخدير احتياطي واحد).

2-9-3 إمداد كافٍ من الغازات الطبية.

2-9-4 جهاز لعرض صور الأشعة السينية.

2-9-5 معدات معالجة بالكي.

2-9-6 جهاز مخطط القلب الكهربائي.

2-9-7 عربة طوارئ والأدوية الإسعافية.

2-9-8 جهاز شفط .

2-9-9 مقياس الدم.

2-9-10 يتعين توفير معدات طبية للأطفال بحجم مناسب في حال توفر خدمات للأطفال.

2-9-11 نظام استدعاء.

2-10 يتعين أن يسمح موقع طاولة العمليات بتحريك عربات نقل المرضى، لكن في حال توفير خدمات طب النساء ،ينصح بتوفير غرفة عمليات أخرى مُخصّصة.

2-11 يتعين الحفاظ على تهوية وتجديد كافٍ للهواء (بحيث لا تقل دورة تجديد الهواء عن 25 مرة في الساعة وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء (ASHRAE)) في غرفة العمليات التي يجب أن يكون ضغطها إيجابياً بالنسبة لمنطقة التجهيز الملاصقة لها.

2-12 يتعين توفير منفذين اثنين (2) لإمداد الهواء بحد أدنى، بهما مرشحات مناسبة لضبط التلوث (أي مرشحات الهواء الجسيمائية عالية الكفاءة (HEPA)) عند السقف أو قربه، على ألا يتم توجيههما على طاولة العمليات، بالإضافة إلى منفذي عادم اثنين على الأقل قرب مستوى الأرضية على أن تكون منافذ العادم السفلية مرتفعة عن الأرضية بمسافة 75 مم على الأقل. ويجب تركيب جهاز لبيان الضغط التفاضلي ومؤشر للرطوبة ومنظمات للحرارة ويجب أن توجد في أماكن يسهل ملاحظتها.

2-13 يتعين الحفاظ على درجة حرارة غرفة العمليات بين 18درجة مئوية و22 درجة مئوية على أن تكون رطوبة الغرفة 35-70% ويجب إتاحة ضبط لدرجة الحرارة والرطوبة.

2-14 نظم كسح التخدير: يتعين تزويد كل مساحة تستخدم بشكل روتيني للتخدير وتسكين الألم عن طريق الاستنشاق بنظام للكسح لطرد الغازات العادمة.

2-15 يجب أن تكون مغسلة تعقيم اليد ملاصقة لغرفة أو غرف العمليات. ويتعين أن يكون السقف أو الأسطح أو البلاط في تلك المنطقة أملساً ويمكن غسله وخالياً من الجسيمات الدقيقة التي قد تكون ملوثة.

2-16 يتعين تخصيص غرفة تبديل الملابس منفصلة لكل من الموظفين والموظفات، على أن تحتوي على مدخل مناسب للموظفين ومكان مناسب لتبديل الثياب مع وجود حمام واحد على الأقل للموظفين في تلك المنطقة. ويجب أن يكون ضغط هواء الحمامات سلبياً بالنسبة للمناطق مجاورة لها ويتعين تجديد الهواء فيها بمعدل عشر (10) مرات على الأقل في الساعة.

2-17 يمكن أن تقع منطقة التعقيم قرب غرفة أو غرف العمليات على أن يوجد بها جهاز تعقيم بالبخار يعمل بسرعة عالية. كما يجوز أيضا توفير معدات إضافية لتجفيف الأدوات قبل تعقيمها شريطة تأمينها جيدًا لتجنب الإصابات. ويتعين على مهندسي الطب الحيوي حفظ مؤشرات مثل الأنابيب أو الشرائط الكيميائية لضمان جودة التعقيم بالبخار. ويمكن ترتيب أدوات وعربات الجراحة في هذه المنطقة.

2-18 يجب الحفاظ على ضغط الهواء في منطقة التعقيم إيجابياً بالنسبة لأي مناطق 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 تناول الهواء مع توفير منشآت كافية للصيانة، دون التسبب في تلوث نظام التوصيل أو المنطقة التي يتم خدمتها.

2-19 يمكن توفير غرفة منفصلة وكافية لإحداث المخاض في منشأة العمليات.

2-20 يلزم توفير مخازن طبية مناسبة في منشأة العمليات ويجب الاحتفاظ بعدد كافٍ من كافة المحاليل الوريدية وأدوية الطوارئ وأدوية التخدير اللازمة ... الخ. ويجب أن يكون ضغط المخزن إيجابياً بالنسبة لأي مناطق ملاصقة له ويجب تجديد الهواء فيه بمعدل 4 مرات على الأقل في الساعة. ويجب الحفاظ على مستوى الرطوبة النسبية بين 30% و60% 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. (يجب فحص أدوية غرفة العمليات بانتظام للتأكد من عدم انتهاء فترة صلاحيتها).

2-21 يجب توفير إمداد كافٍ من الغازات الطبية وتنفيذ إجراء أو إجراءات كافية (يفضل نظام غاز مركزي وفقاً للمستند الصحي الفني رقم 2022 أو المعيار الدولي المتعارف عليه والمعادل له).

2-22 يتعين تجهيز منطقة الإفاقة بشكل مناسب بسرير واحد على الأقل لكل غرفة عمليات. ويتعين أن تكون كل منطقة إفاقة بمساحة 7.43 متر مربع على الأقل لكل سرير.

2-23 يجب الحفاظ على ضغط الهواء في منطقة الإفاقة متوازناً بالنسبة لأي مناطق تلاصقها، ويجب تجديد الهواء فيها بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة. ويجب الحفاظ على الرطوبة النسبية عند مستوى 45% إلى 55%. 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.

2-24 يجب توفير إمداد احتياطي للطاقة (الكهرباء) عند الطوارئ لحماية المرضى وضمان سلامتهم في حالة انقطاع التيار في الحالات الطارئة.

3 الرعاية الحرجة

3-1 يتعين على كافة المستشفيات العامة توفير خدمات رعاية حرجة تشمل وحدة العناية المركزة (ICU) وقد تشمل وَحْدَةُ العِنايَةِ التَّاجِيَّة (CCU) ووحدة الرعاية المركزة لحديثي الولادة (NICU) ووحدة الحروق، على أساس نطاق الخدمات المتوافرة في المستشفى.

3-2 يعتمد عدد الأسرَة لكل وحدة رعاية حرجة على عوامل عديدة مثل: نوع الخدمات التي يتم توفيرها في المستشفى ومعدل استهلاك الأسرَة وغيرها. ويجب على المستشفى عموماً توفير

سرير واحد للعناية الحرجة لكل غرفة عمليات. ويجب على المستشفى توفير على ألا يقل سرير للرعاية الحرجة لكل عشرين (20) سرير عام.

3-3 يتعين أن تتوافر المعدات والإمدادات اللازمة التالية في وحدة الرعاية الحرجة:

3-3-1 أجهزة تنفس صناعي (انظر الملحق 2 بخصوص مواصفات هذه الأجهزة).

3-3-2 جهاز شق الرغامى.

3-3-3 عربة طوارئ / أدوات إسعافية بهاعازل بلاستيكي يمكن كسره ويسهل إزالته بسهولة أثناء الطوارئ. ويجب تجهيزها بجهاز إنعاش القلب والعقاقير اللازمة وغيرها من معدات إنعاش القلب والرئتين وشرائط الاختبار. ويجب توافر سجل للأحداث لبيان صيانة العربة ومكوناتها وفحصها بانتظام.

3-3-4 مقياس تأكسج الدم وجهاز متابعة العلامات الحيوية.

3-3-5 مضخات نقل الدم.

3-3-6 شاشات عرض العلامات الحيوية.

3-3-7 يجب توفير جهاز تحليل غازات الدم بحيث يستطيع قياس الكهارل (الإلكتروليتات) في المستشفى (ويفضل أن يكون في وحدة العناية المركزة).

4-3 يتعين تزويد أسرة الرعاية الحرجة بمنافذ لخروج الغازات الطبية (الأكسجين والهواء والشفط) وعدد كاف من المنافذ الكهربية وأنوار الفحص. ويجب توافر إمداد للغازات الطبية ويجب أن يكون النظام المركزي للغازات الطبية مطابقاً للمستند الصحي الفني 2022 أو أي معيار دولي متعارف عليه ومعادل له.

5-3 يتعين الحفاظ على تهوية كافية وتجديد كافٍ للهواء مع تجديد الهواء في وحدة الرعاية الحرجة بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء. ويجب الحفاظ على ضغط الهواء في وحدة العناية المركزة إيجابياً 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 منشآت كافية للصيانة دون التسبب في تلوث نظام التوصيل أو المنطقة التي يتم خدمتها.

4 غرفة عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء (AII)

4-1 يجب أن يحدد المستشفى غرفة (غرف) عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء لعلاج الأمراض المعدية على أساس احتياجات المجتمع الذي يوجد به المستشفى وعدد المرضى المترددين على المستشفى.

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:

4-3-1 يتعين أن تحتوي كل غرفة على سرير واحد (1) فقط.

4-3-2 يجب أن تكون غرفة العزل منفصلة عن باقي منطقة الرعاية الحرجة.

4-3-3 يجب توفير حمام منفصل به دش لكل غرفة.

4-3-4 كما يجب توفير حوض لغسل الأيدي لكل غرفة.

4-3-5 يجوز توفير محطة إضافية لغسل الأيدي خارج مدخل الغرفة.

4-3-6 يجب عزل جدران غرفة عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء وأسقفها وأرضياتها (شاملة مناطق الاختراق) بإحكام بحيث لا يخترق أي هواء بيئة تلك الغرف قادماً من خارجها ولا من أي مساحات أخرى.

4-3-7 غرفة عزل (غرفة انتظار) بها نظام للتحكم في الدخول.

4-3-8 يجب تواجد منطقة لتبديل الثياب وتخزين المواد النظيفة والمتسخة سواء خارج باب المدخل إلى غرفة المريض مباشرة أو داخلها.

4-3-9 يجب تواجد مصدر للأكسجين وطاقم للإسعافات الأولية داخل الغرفة.

4-3-10 يجب أن تشمل أجهزة غرفة العزل – على سبيل المثال لا الحصر – محاليل وريدية، وإبر بمقاييس مختلفة، وطاقم إبر الفقرات القطنية، وطاقم أخذ عينات من الكبد، وطاقم شفط خراج الكبد، وطاقم شفط السائل الرئوي والسائل الاستسقائي.

4-4 يجب توفير غرفة لعزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء عند أو قرب مستوى واحد (1) على الأقل من رعاية حديثي الولادة، ويتعين 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 والمذكورة في البند 15-3 أعلاه عدا البند 15-3-3.

4-5 يتعين الحفاظ على تهوية كافية وتجديد كافٍ للهواء مع تجديد الهواء 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 24 درجة مئوية + 1 درجة مئوية 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.

5 منطقة الطوارئ

يجب أن تحقق منطقة الطوارئ العامة بالمستشفى المتطلبات التالية:

5-1 مدخل الطوارئ: يتعين توفير مدخل لخدمات الطوارئ على أن يكون مميزًا بشكل جيد ويسهل الوصول إليه وعند المستوى الأرضي. ويتعين توفير مدخل سهل لكل من مركبات الطوارئ والمشاة على حدة.

5-2 منطقة الانتظار: يتعين تواجد مناطق انتظار للمرضى والزوار في مكان يمكن ملاحظتهم فيه مباشرة من جانب موظفي الاستقبال أو غرفة فرز المرضى أو غرفة التحكم، مع توافر هاتف عمومي.

5-3 يجب تزويد غرفة الاستشارة بحوض للغسيل ويمكن أن يكون الصنبور المرتبط به من النوع الذي يتم تنظيمه بمجس أو يعمل برافعة كوعية واحدة. ويجب اتخاذ الحيطة اللازمة فيما يتعلق بموقع التركيبات وترتيبها لتوفير المساحة الضرورية لتشغيل المقابض ذات الريش.

5-4 غرفة واحدة (1) لتصنيف المرضى.

5-5 منطقة أَسّرة الملاحظة مع توفير درجة كافية من الخصوصية للمرضى.

5-6 غرفتي علاج اثنتين (2) بحد أدنى.

5-7 غرفة الإنعاش: بحيث تكون مساحتها كافية وتحتوي على معدات وأدوية طوارئ كافية.

5-8 يجب توفير غرفة واحدة (1) على الأقل لعزل العدوى القابلة للانتقال عبر منطقة الطوارئ مع مخرج مستقل.

5-9 حمام المرضى: حمام واحد (1) على الأقل للذكور وآخر للإناث.

5-10 حمام واحد (1) على الأقل مخصص للمرضى و الزوار ذوي الاحتياجات الخاصة ومجهز بقضبان للسلامة وحوض مناسب لغسل الأيدي.

5-11 مناطق التخزين: للإمدادات الطبية والجراحية العامة والأدوية والمعدات. ويجب أن تكون هذه المنطقة تحت سيطرة الموظفين وخارج مسار المرور المعتاد.

5-12 مركبة الإسعاف: يجب توفير مركبة أو مركبات إسعاف مجهزة بالتجهيزات اللازمة على أن تكون جاهزة دائما وبها طاقم طبي مؤهل لنقل المرضى عند الضرورة، وللاطلاع على مزيد من التفاصيل انظر متطلبات الإسعاف في مواقع الجهات الصحية المختصة

5-13 منافذ كهربية كافية لتلبية متطلبات تشغيل المعدات الطبية. ويجب وضع بطاقات تعريف واضحة على المنافذ الكهربية التي يجب توصيلها بمصدر لإمداد الطاقة في الطوارئ.

5-14 مصدر للأكسجين:

5-14-1 يجب توافر مصدر يُعتمد عليه للأكسجين في كل موقع.

5-14-2 ينصح بشدة بتوفير الأكسجين عبر ضخه في أنابيب من مصدر مركزي.

5-14-3 يجب توافر إمداد احتياطي من الأكسجين يعادل أسطوانة واحدة مليئة على الأقل.

5-15 يتعين الحفاظ على تهوية كافية وتجديد كافٍ للهواء مع تجديد الهواء في وحدة الرعاية الحرجة بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء. ويجب أن يكون ضغط الهواء في هذا القسم مساوياً 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 50% ويجب إتاحة إمكانية تعديلها. 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.

6 جناح التوليد

6-1 تتباين نماذج برامج التوليد تباينًا كبيرًا من حيث طرق التوليد المتبعة فيها. ولهذه النماذج عمومًا ثلاثة أنواع أساسية هي:

6-1-1 النموذج التقليدي.

6-1-2 نموذج المخاض – الولادة – النقاهة (LDR).

6-1-3 نموذج المخاض – الولادة – النقاهة – النفاس (LDRP)[1].

[1] نموذج "المخاض – الولادة – النقاهة" ونموذج "المخاض – الولادة – النقاهة – النفاس" رعاية للأمومة في غرفة واحدة ويتم نقل المعدات إلى الغرفة عند الحاجة إليها بدلا من نقل المريضة نفسها إلى الغرفة المجهزة.

2-6 يجب أن توجد وحدة التوليد في مكان، ويجب تصميمها، بحيث يُمنع مرور أي شخص غير ذي صلة خلال الوحدة. ويجوز أن تتواجد غرف "المخاض – الولادة – النقاهة" في جناح منفصل، داخل جناح التوليد القيصري، وفي وحدة النفاس.

3-6 عند تواجد غرف التوليد القيصـــري داخل جناح التوليد، يجب ترتيب الوصـــول إلى الخدمات بحيث لا ينتقل المرضـــى ولا الموظفون داخل منطقة التوليد القيصـــري للوصـــول إلى الخدمات الأخرى.

4-6 يجب أن تشمل غرف "المخاض – الولادة – النقاهة" و"المخاض – الولادة – النقاهة – النفاس" مساحة لاستقرار حالة المواليد وإنعاشهم ويجب تجهيز تلك الغرف بما يلي:

6-4-1 حوض لغسل الأيدي.

6-4-2 كمية كافية من المعدات والإمدادات اللازمة للولادة.

6-4-3 نظم للنداء.

6-4-4 أدوية.

5-6 يجب تخصيص كل غرفة "مخاض – ولادة – نقاهة" وكل غرفة "مخاض – ولادة – نقاهة– نفاس" لمريضة واحدة فقط.

6-6 يجب تشييد وحدة النفاس بحيث تلبي احتياجات البرنامج الوظيفي للمستشفى.

7-6 حضّانة لحديثي الولادة مجهزة بأَسّرة كافية لهم وحضّانات للمواليد المبتسرين.

8-6 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 إتاحة إمكانية تعديلها. 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.

9-6 يجب توافر منطقة لتخزين الأدوية في كل جناح للتوليد بحيث تكون هذه المنطقة فسيحة بما يكفي لاستيعاب الأدوية اللازمة.

7 مناطق خدمة المرضى الداخليين

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

7-1 يتعين أن تشمل كل غرفة للمرضى الداخليين مساحة كافية لسرير أو أَسّرة المرضى والمعدات الطبية الأخرى.

7-2 يتعين دهان الجدران بلون خال من الرصاص ويتعين خلوها من أي حواف حادة.

7-3 يتعين وجود نافذة في كل غرفة للمرضى.

7-4 يجب توفير حمامات وخزانات ودواليب للملابس أو دهاليز خاصة في غرف المرضى المفردة. ويجب أن تستوعب هذه المساحات أثاث مريحًا لواحد أو اثنين من أفراد الأسرة دون إعاقة وصول الموظفين للمرضى.

7-5 يجوز توفير غرف مشتركة في المستشفيات العامة ويجب ألا يزيد عدد الأَسّرة في أي غرفة عن أربعة (4) مع ضمان توفير مساحة 9.0 متر مربع على الأقل لمنطقة الأسرة.

7-6 في غرف المرضى الداخليين المشتركة، يجب توفير ستائر للمنطقة المحاطة المخصصة لكل سرير لضمان خصوصية المريض. ويجب أن تكون هذه الستائر قابلة للغسل والتنظيف مقاومة للحريق ويجب الحفاظ على نظافتها دائمًا.

7-7 يجب توفير حوض لغسل الأيدي وأن يقتصر استخدامها على الموظفين لخدمة كل غرفة للمرضى ويجب وضعها خارج حمام المرضى.

7-8 يجب أن تكون فتحة الباب المؤدية إلى أَسّرة المرضى الداخليين واسعة بما يكفي لتحريك السرير أو النقالة بسهولة.

7-9 في مباني المستشفيات متعددة الطوابق، يجب توفير مناطق كافية لزيارات أفراد أُسر المرضى في كل طابق.

7-10 يتعين أن تكون أَسّرة المرضى من نوعية جيدة ويمكن طيها وتحريكها. ويتعين وجود منضدة للطعام وكابينة / خزانة بجوار كل سرير.

7-11 يتعين أن تلتزم كافة أبواب الحمامات وتجهيزاتها في غرف المرضى الداخليين (أي فتحة الباب وقضبان السلامة وغيرها) بمتطلبات تراعي ذوي الاحتياجات الخاصة لضمان سلامة المرضى.

7-12 يجب توافر نظام للنداء بجوار كل سرير.

7-13 يلزم توافر مقابس كهربائية كافية لكل سرير.

7-14 يجب توفير ضوء للقراءة لكل مريض.

7-15 منطقة مناسبة للاستحمام وارتداء الثياب وغسل الأيدي وما إلى ذلك (بحد أدنى حمام واحد (1) لكل غرفة للمرضى الداخليين بها أربعة أَسّرة وحمام واحد (1) في غرف المرضى الداخليين الخاصة).

7-16 يتعين توفير منطقة مخصصة مناسبة للمعدات والأدوية والإمدادات الطبية قرب مناطق المرضى الداخليين.

7-17 يتعين توفير منطقة مخصصة ويسهل الوصول إليها لتخزين الأدوية وإعدادها قرب مناطق المرضى الداخليين.

7-18 يمكن السماح لأفراد الأُسرة بالمبيت في غرف النوم الخاصة بالمرضى الداخليين.

7-19 يتعين الحفاظ على تهوية كافية وتجديد كافٍ للهواء في مناطق المرضى الداخليين بمعدل ست (6) مرات على الأقل في الساعة وفقاً لمتطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسي التدفئة والتبريد وتكييف الهواء. ويجب الحفاظ على ضغط الهواء في هذا القسم إيجابياً 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 تعديلها. 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.

8 مناطق العيادات الخارجية

يتعين تواجد قسم و خدمات العيادات الخارجية في منطقة منفصلة بمقر المستشفى، على أن تتكون مما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

8-1 يجب تواجد شباك أو مكتب استقبال و استعلامات لتوفير الاتصال البصري في مدخل وحدة العيادات الخارجية ويتعين إمكانية رؤيته فورًا من ذلك المدخل؛ ويتوفر مدخل من مكتب لملفات المرضى وسجلاتهم.

8-2 يجب أن تكون مناطق انتظار الإناث والذكور من المرضى ومرافقيهم مراقبة من قبل الموظفين.

8-3 يتعين تزويد منطقة الانتظار بمياه للشرب وهاتف عمومي.

8-4 يتعين أن تحتوي منطقة الجلوس على مساحتين اثنتين على الأقل لكل غرفة فحص و/أو علاج.

8-5 عند توفير خدمات طب الأطفال، يتعين توفير منطقة خاصة تحت السيطرة للمرضى الأطفال.

8-6 يتعين أن تكون منطقة الانتظار قادرة على استيعاب كراسي متحركة لذوي الاحتياجات الخاصة.

8-7 يتعين توفير حمام أو 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.

8-8 يتعين توفير إمكانية الوصول لحمامات ذوي الاحتياجات الخاصة 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:

8-9-1 يتعين توفير مكتب أو رف للكتابة والتوثيق.

8-9-2 يتعين توفير أحواض لغسل الأيدي، على أن يتم تجهيزها بصنابير تعمل بمجسات أو بوصلة مرفقية مفردة وأجهزة مناسبة لتوزيع الصابون. ويجب تصميم الأحواض بحيث تكون عميقة ومصنوعة من البورسلين أو الصلب الذي لا يصدأ أو مواد سطحها صلب.

8-9-3 يجب توفير أجهزة لتعقيم الأيدي بالإضافة إلى أحواض غسل الأيدي.

8-9-4 يتعين توفير التجهيزات اللازمة لتجفيف الأيدي عند كافة أحواض غسل الأيدي.

8-10 يتعين توافر ما يلي في غرف العلاج للإجراءات البسيطة أو العلاج الخاص أو التجبير:

8-10-1 يتعين توفير حوض لغسل الأيدي وتجفيفها في كافة غرف العلاج.

8-10-2 يتعين توفير مساحة للوثائق أو مكتب للكتابة.

8-10-3 ثلاجة يمكن غلقها بقفل للأغراض الطبية.

8-10-4 يتعين توفير مخزن بقفل للعقاقير التي تستخدم برقابة (إذا استخدمت).

8-11 يتعين توفير تهوية كافية وتجديد الهواء 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 إيجابياً 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.

8-12 يتعين السماح باستخدام غرفة الحمام المتوافرة داخل غرفة الفحص والعلاج لجمع العينات.

9 المختبر الإكلينيكي

9-1 يتعين توفير مرافق المختبر الإكلينيكي لإجراء الاختبارات. ويتعين أن يكون كل مختبر قادرًا على تغطية التخصصات التالية بحد أدنى: تحليل الدم، الكيمياء، علم المناعيات والأمصال، الميكروبيولوجيا، الباثولوجيا التشريحية، أمراض الخلايا، وبنك الدم للوفاء بالعمل المتوقع في البرنامج الوظيفي للمستشفى.

9-2 يتوقف حجم المختبر الإكلينيكي على عدد ونطاق التخصصات وعدد الأَسّرة في المستشفى.

9-3 يجوز تنفيذ الإجراءات المختبرية في المختبر نفسه أو توفيرها من خلال ترتيب تعاقدي مع خدمة مختبرات خارجية. ويتعين توثيق هذه الإجراءات / الاختبارات.

9-4 يجوز أن تكون منطقة جمع العينات خارج المختبر الإكلينيكي مع توفير مساحة مخصصة لجمع العينات. ومساحة لجلوس المرضى وأحواض لغسل الأيدي داخل منطقة جمع الدم.

9-5 يتعين تجهيز منطقة جمع البراز والبول بدورة المياه وحوض لغسل الأيدي.

9-6 يتعين أن تشمل مناطق العمل في المختبر أحواضاً بها صنابير مياه وتوفر منفذ للشفط وطرد الغازات وخدمات الهاتف و البيانات والخدمات الكهربية اللازمة.

9-7 احتياطات السلامة الكيميائية: تشمل هذه الاحتياطات دش الطوارئ، وأجهزة غسل الأعين بالمياه ومنطقة مناسبة لتخزين السوائل القابلة للاشتعال ... الخ.

9-8 يتعين توفير منشآت ومعدات للتعقيم الطرفي للعينات الملوثة قبل نقلها (جهاز التعقيم بالبخار أو فرن كهربي).

9-9 يتعين أن تحقق أغطية دخان المختبر المعايير العامة التالية:

9-9-1 متوسط سرعة المروحة خمس وسبعين (75) قدمًا على الأقل في الدقيقة (0.38 مترًا في الثانية).

9-9-2 توصيل الغطاء بنظام لإخراج العادم منفصل عن نظام العادم الخاص بالمبنى.

9-9-3 وجود مروحة عادم عند طرف الطرد الخاص بالنظام.

9-9-4 توفير شبكة من مجاري العادم مصنوعة من مادة غير قابلة للاحتراق ومقاومة للتآكل حسبما يلزم للاستخدام المخطط له للغطاء.

9-10 إذا تم استخدام مواد مشعة، فيتعين توفير مرافق لتخزين تلك المواد والتخلص منها على المدى الطويل.

9-11 يتعين توفير مرافق لتخزين الكواشف والمعايير والإمدادات وشرائح العينات المجهرية المصبوغة وغيرها.

9-12 مرافق مبردة لتخزين الدم.

9-13 يتعين وجود الردهة والخزانات والحمامات في مكان يناسب موظفي وموظفات المختبر.

9-14 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 التدفئة والتبريد وتكييف الهواء. ويجب الحفاظ على ضغط الهواء في منطقة العيادات الخارجية إيجابياً 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 مرافق كافية للصيانة دون التسبب في تلوث نظام التوصيل أو المنطقة التي يتم خدمتها.

للاطلاع على مزيد من المعلومات بخصوص متطلبات المختبر السريري رجاء زيارة المواقع الإلكترونية للجهات الصحية المختصة.

10 التصوير التشخيصي

10-1 يمكن أن تشمل طرق التصوير المرتبطة بخدمة الأشعة على سبيل المثال لا الحصر الأشعة التقليدية (علم الأشعة العام) والتنظير بالفلوروسكوب والتصوير بالأشعة المقطعية بالحاسوب (CT) والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) والأشعة التدخلية (IR) والموجات فوق الصوتية وتصوير الثدي.

10-2 يتعين على المستشفى توفير خدمات ملائمة للتصوير بالأشعة (العامة) والموجات فوق الصوتية والأشعة المقطعية بالحاسوب داخل مقر المستشفى لتلبية احتياجات المرضى.

10-3 يجب مراعاة راحة المرضى وسهولة دخولهم عند تخطيط وتصميم قسم الأشعة.

10-4 يجب تزويد غرفة الأشعة التقليدية بباب مدرع 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 التقليدية مباشرة.

10-5 يتعين توافر سرير واحد (1) على الأقل للفحص في غرفة الموجات فوق الصوتية وحمام للمريض يسهل الوصول إليه.

10-6 يتعين توفير منطقة لتبديل الثياب في غرفة الأشعة المقطعية بالحاسوب مع توفير منطقة آمنة لتخزين ملابس المرضى وأشياءهم الثمينة. ويجب توفير مساحة واحدة (1) على الأقل واسعة بما يكفي لارتداء المرضى لثيابهم بمساعدة الموظفين.

10-7 يسمح بوجود مناطق دعم مشتركة لخدمات الأشعة التشخيصية (مثل مكتب التحكم ومنطقة الاستقبال ومنطقة الاستشارة).

10-8 يتعين التزام خدمات الأشعة التشخيصية بقوانين ولوائح الهيئة الاتحادية للرقابة النووية (FANR) بخصوص استخدام مواد الإشعاع المؤين والمواد المشعة. للاطلاع على مزيد من المعلومات بخصوص لوائح الهيئة المذكورة ومتطلباتها الرجاء زيارة موقعها على الإنترنت

10-9 يتعين الالتزام بمتطلبات الحماية والسلامة من الإشعاع في مواصفات المبنى ومخططاته. ولتحقيق متطلبات الهيئة الاتحادية للرقابة النووية في خدمات أشعة تشخيصية معينة (مثل الطب النووي الأشعة العلاجية)، تحتاج المنشأة الصحية إلى طبيب معتمد أو خبير مؤهل لتحديد نوع وموقع وكمية ومقدار الحماية من الإشعاع والتي سيتم تركيبها وفقاً للمخطط العام النهائي المعتمد والمعدات المختارة.

10-10 يتعين توفير تهوية كافية، وتجديد الهواء في منطقة خدمة الأشعة التشخيصية 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 إيجابياً 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 منشآت كافية للصيانة دون التسبب في تلوث نظام التوصيل أو المنطقة التي يتم خدمتها.

للاطلاع على مزيد من المعلومات بخصوص متطلبات خدمات الأشعة التشخيصية الرجاء زيارة المواقع الإلكترونية للجهات الصحية المختصة للاطلاع على معايير ترخيص خدمات الأشعة التشخيصية ومعاييرها التنظيمية.

11 الصيدلية

11-1 يعتمد حجم ونوع الخدمات التي يتم توفيرها في وحدة الصيدلية على نوع نظام توزيع العقاقير المستخدم وعدد المرضى المقرر خدمتهم ومدى مشاركة الخدمات أو شرائها.

11-2 إذا كان البرنامج الوظيفي للمستشفى يتطلب صرف أدوية لمرضى العيادات الخارجية، فيجوز توفير منطقة للاستشارة وتوعية المرضى. وفي المنشآت التي لا يمكن أن تتواجد فيها الصيدلية في مكان يمكن الوصول إليه بسهولة من منطقة العيادات الخارجية نتيجة لقيود تتعلق بالموقع، يجوز توفير منطقة مخصصة لصيدلية العيادات الخارجية.

11-3 يتعين وجود وحدة الصيدلية في مكان يمكن الوصول إليه ومراقب من قبل الموظفين وآمن مع وجود مدخل مباشر رصيف التحميل ومخازن الكميات الكبيرة إذا لم تكن موجودة داخل وحدة الصيدلية الرئيسية.

11-4 يجب أن تعزز بيئة العمل حسن الانتظام والكفاءة وتحد من احتمالات حدوث أخطاء في صرف الأدوية وتلوث المنتجات.

11-5 يتعين أن تشمل وحدة الصيدلية: الصيدلية، ومخزن الأدوية، ومنطقة إعداد الأدوية، وغرفة استشارة المرضى، والمكاتب، وتكنولوجيا المعلومات ومعلومات العقاقير، كما يلي:

11-5-1 الصيدلية: يتعين توافر مساحة ومعدات وإمدادات كافية لكافة الوظائف المهنية والإدارية التي تتعلق بخدمات الصيدلية. في ضوء القوانين واللوائح المعمول بها؛ ويتعين أن توجد في مناطق تسهل توفير الخدمات للمرضى والممرضات وواصفي الأدوية وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، ويتعين أن تتكامل مع نظم الاتصال والتسليم أو النقل بالمستشفى.

11-5-2 مناطق تخزين الأدوية وإعدادها: يتعين توافر مرافق مناسبة لاستلام الأدوية وتخزينها وإعدادها في بيئة نظيفة ودرجة حرارة وضوء ورطوبة وتهوية وفصل وأمن مناسبة لضمان سلامة الأدوية وسلامة الموظفين في مختلف أنحاء المستشفى.

11-5-3 مناطق تركيب الأدوية: يتعين أن تكون مناسبة لتركيب المنتجات المعقمة وغير المعقمة وإعدادها ولصق بطاقات التعريف عليها، بما في ذلك منتجات العقاقير الخطرة، وفقًا لإجراءات ضمان الجودة المقررة.

11-5-4 منطقة تقييم المرضى واستشاراتهم: يتعين توفير منطقة خاصة بمرضى العيادات الخارجية ليتشاور فيها المريض مع الصيدلي لتعزيز معرفة المريض بأنظمة الدواء الموصوفة له والالتزام بها بثقة.

11-5-5 منطقة المكاتب والاجتماعات: يتعين توفير مساحة كافية للمكاتب والاجتماعات للأنشطة الإدارية والتعليمية والتدريبية.

11-5-6 تكنولوجيا المعلومات: يتعين استخدام نظام الكتروني شامل للصيدلية ويجب أن يتكامل لأقصى مدى ممكن مع نظم المعلومات والبرمجيات الأخرى المستخدمة بالمستشفى، بما في ذلك تسجيل الطلبيات للموردين، وإدارة الأدوية، والسجلات الصحية الإلكترونية، وإعداد فواتير المرضى.

11-5-7 معلومات العقاقير: يتعين توفير مساحة كافية وموارد راهنة وتكنولوجيا تناول المعلومات والاتصالات لتسهيل توفير معلومات العقاقير.

11-6 يتعين أن تتكون منطقة الصيدلية مما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

11-6-1 مناطق لصرف الأدوية يجوز أن تشمل مناطق منفصلة للمرضى الداخليين وأخرى لمرضى العيادات الخارجية، إذا كان ذلك قابل للتطبيق.

11-6-2 مخزن محضر لتخزين المؤن الجديدة، شاملاً مناطق للتجميع والإرسال مع تخصيص مساحة لانتظار.

11-6-3 مخازن لتخزين الكميات الكبيرة شاملة منطقة للتفريغ.

11-6-4 مخازن مؤمنة للعقاقير التي تتم المساءلة عنها ومخازن مبردة ومخازن للبضائع القابلة للاشتعال.

11-6-5 منطقة لصرف شحنات الأدوية إلى وحدات المرضى الداخليين.

11-6-6 مناطق معلومات العقاقير.

11-6-7 مناطق للموظفين شاملة المكاتب ومحطات العمل وغرفة الموظفين وغرفة تبديل الثياب والحمامات.

11-6-8 مناطق للاستقبال ومناطق انتظار منفصلة (للذكور والإناث) لمرضى العيادات الخارجية.

11-6-9 مناطق لاستشارات المرضى والتشاور معهم.

11-6-10 منطقة لتركيب الأدوية بها حوض ومساحة كافية من طاولات / منضدة لإعداد العقاقير.

11-6-11 منطقة للمراجعة والتسجيل.

11-6-12 منطقة لتخزين العربات مؤقتاً وتبديلها وإعادة تعبئتها.

11-6-13 احتياطات أمنية للعقاقير والموظفين في منطقة شبابيك صرف الأدوية، إذا تم توفير هذه المنطقة.

11-7 قد تشمل المناطق والمكونات الاختيارية ما يلي:

11-7-1 وحدات الصيدلية التابعة عبارة عن سلسلة من الغرف أو الأجنحة في مستشفى توجد في أماكن بعيدة عن الصيدلية الرئيسية ومع ذلك يديرها موظفي الصيدلية الرئيسية.

11-7-2 تنطوي نظم جرعات الوحدات على تعبئة كل جرعة من كل دواء للمرضى في عبوة حويصلية ليمكن صرف الأدوية بسهولة وبشكل موحد. وبالنسبة لأي نظام لجرعات الوحدات، تشمل الصيدلية مساحة إضافية ومعدات للإمدادات والتعبئة ولصق بطاقات التعريف والتخزين.

11-7-3 غرف التعقيم وغرف تحضير أدوية معالجة للسرطان عبارة عن غرف نظيفة لإعداد وتصنيع الأدوية والمواد السامة للخلايا والتغذية الوريدية الشاملة (TPN) والمخاليط الوريدية في بيئة معقمة. ويتعين مراعاة الخصائص التالية عند تصميم منشأة التصنيع المعقمة:

11-7-3-1 خزائن تدفق رقائقية و أجهزة عزل للتصنيع المعقم.

11-7-3-2 ضغط سلبي ويمكن الوصول إليها عن طريق ثلاث (3) غرف واحدة لتركيب الأدوية وأخرى للإعداد وثالثة للانتظار.

11-7-3-3 يجب أن توجد على أحد أطراف المنشأة وواجهتها للخارج. ويمكن من خلالها الوصول إلى غرفة انتظار.

11-7-3-4 نظام لإدارة الأبواب الإلكترونية لمنع فتح بابي غرفة الانتظار في نفس الوقت.

11-7-3-5 يتعين توفير أحواض لغسل الأيدي خارج غرف التعقيم (النظيفة) فورًا في غرفة انتظار مجاورة؛ ولا يجوز تواجد أحواض للأيدي داخل غرف التعقيم (النظيفة).

11-7-3-6 يتعين توفير نظام للاتصالات الداخلية بين غرف التعقيم (النظيفة) وغرفة الانتظار.

11-7-3-7 كاميرات عالية الوضوح للدائرة التلفزيونية المغلقة للمراقبة عن بعد.

11-7-3-8 الالتزام بمتطلبات الغرف في المعايير الدولية ذات الصلة الخاصة بالغرف النظيفة للتصنيع المعقم والسام للخلايا.

11-7-3-9 يجوز توفير محطات آلية لصرف الأدوية في أي وحدة للمرضى الداخليين أو وحدة الرعاية الحرجة لصرف الأدوية الموصوفة للمرضى في تلك الوحدة. وتظل محطة صرف الأدوية خاضعة لسيطرة وحدة الصيدلية.

11-8 يتعين توفير منشآت لغسل الأيدي داخل كل غرفة منفصلة يتم تناول أدوية غير مغطاة فيها. ويتعين تواجد مرافق للتنظيف داخل الأجنحة المعقمة.

11-9 يتعين تواجد أجهزة للتحكم في درجة الحرارة والرطوبة داخل كافة مناطق التخزين، ويتعين الحفاظ على درجة الحرارة الداخلية للغرفة عند مستوى أقل من 25 درجة مئوية.

11-10 يتعين توفير عناصر التخزين التالية على سبيل المثال للحصر وبحد أدنى، على شكل خزائن أو أرفف أو غرف أو حجيرات منفصلة.

11-10-1 مخزن للكميات الكبيرة.

11-10-2 مخزن نشط.

11-10-3 مخزن مبرد.

11-10-4 مخزن للسوائل المتطايرة والكحول بحيث يتم تشييده وفقاً للوائح ذات الصلة بالمواد التي يتضمنها.

11-10-5 يتعين توفير مخزن مؤمن للعقاقير المخدرة والعقاقير المحظورة طبقاً لقوانين ولوائح وزارة الصحة ووقاية المجتمع .

11-610 مخزن للإمدادات والمعدات العامة غير المستخدمة.

11-10-7 مخزن للوصفات الطبية وأي مستندات توجبها التشريعات ذات الصلة.

11-10-8 يتعين توفير خزائن أو أرفف أو غرف تخزين أو حجيرات لتخزين الكميات الكبيرة والتخزين البارد.

11-10-9 مخزن خاص ووثائق للأدوية المراقبة وشبه المراقبة وعينات الأدوية وأدوية الدراسة والأدوية المرتجعة والأصناف القابلة للاشتعال والأصناف الخطرة.

11-11 يتعين تشييد وحدات الصيدلية والصيدليات بحيث تكون مؤمنة لأقصى قدر عملي للحد من الدخول إليها دون تصريح من خلال الأبواب والنوافذ والجدران والأسقف ويتعين تزويدها بجهاز إنذار ضد الدخلاء. تتم مراقبته من غرفة التحكم ومتصل بوكالة مركزية على مدار 24 ساعة في اليوم.

11-12 تشمل الإجراءات الأمنية التي يجب مراعاتها:

11-12-1 مفاتيح تحكم إلكترونية في الأبواب.

11-12-2 مجسات للحركة.

11-12-3 أجهزة إنذار تعمل بالضغط لكاونترات صرف الأدوية.

11-12-4 زجاج أو حماية لشبابيك صرف الأدوية.

11-12-5 مراقبة بالدائرة التلفزيونية عن بعد.

للاطلاع على مزيد من المعلومات بخصوص متطلبات الصيدلية الرجاء زيارة المواقع الالكترونية للجهات الصحية المختصة.

12 الخدمات الصحية المصاحبة

12-1 يتعين على المستشفى توفير الخدمات الصحية المصاحبة لتلبية احتياجات المرضى على أساس البرنامج الوظيفي.

12-2 يجوز توفير هذه الخدمات في مقر المستشفى أو بواسطة مورد خارجي باتفاق خطي. ويجب أن تتفق الخدمات التي يتم توفيرها مع متطلبات السلطة المعنية. وللاطلاع على مزيد من المعلومات الرجاء زيارة المواقع الإلكترونية للجهات الصحية المختصة.

13 منطقة الإدارة

يجب على المستشفى تحديد قسم مستقل للإدارة، ويجب أن يحتوي على منطقة مناسبة لمدير المستشفى والمساعدين وموظفي الإدارة والشئون المالية.

13-1 مكتب الاستقبال: يجب وجود مكتب للاستقبال مع مشرف واحد (1) على الأقل لتوجيه الزوار والرد على استفساراتهم.

13-2 مكتب الدخول إلى المستشفى: يجوز توفير مكتب مخصص لإدخال المرضى الداخليين إلى المستشفى.

13-3 مكتب التأمين الطبي.

الفصل الثاني:
معايير الرعاية بالمستشفى

القسم الأول: رعاية المرضى

الهدف من وضع معايير للمستشفيات هو توفير رعاية ذات معايير رفيعة الجودة وبيئة صحية سليمة للمرضى في كافة الأوقات. ويتعين أن تشمل رعاية المرضى رعايتهم من وقت دخولهم إلى المستشفى وحتى خروجهم أو نقلهم منها إلى منشأة صحية أخرى أو احتياجهم لرعاية تأهيلية. ويتعين على المستشفى ضمان سرية كافة معلومات المرضى في كافة مراحل توفير الرعاية.

14 تقييم المرضى

تشمل أي عملية فعالة لتقييم المرضى فرقًا 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.

14-1 يتعين أن يكون للمستشفى سياسات وإجراءات بخصوص تقييم المرضى على أن تشمل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

14-1-1 جمع المعلومات والبيانات عن الحالة الفسيولوجية والاجتماعية والاقتصادية للمريض وتاريخه الصحي.

14-1-2 تحليل البيانات والمعلومات، بما في ذلك نتائج الفحوصات المعملية والأشعة التشخيصية لتحديد الرعاية الصحية التي يحتاج إليها المريض.

14-1-3 تطوير خطة للرعاية لتلبية احتياجات المريض التي تم تحديدها.

14-1-4 يشمل التقييم احتياجات التخطيط لخروج المريض من المستشفى في مرحلة مبكرة بما في ذلك: الأدوية والنظام الغذائي والأنشطة وإدارة الألم والمعدات.

14-2 يمنح المرضى الذين لديهم احتياجات طارئة أو ملحة أو فورية الأولوية في التقييم والعلاج.

14-3 يتم تقييم الأطفال المرضى وفقا لاحتياجاتهم الخاصة.

14-4 يجب إبقاء المرضى الذين يقدمون معلومات صحية شخصية خلال أي تقييم في منطقة يضمن فيها خصوصيتهم.

15 الرعاية العامة

15-1 يجب تنظيم الرعاية وتوفيرها بالاشتراك مع المريض، ومع ممثلي المريض من أسرته إذا كان ذلك مناسبًا، لتحقيق أفضل النتائج الممكنة. وقد تشمل مشاركة المريض ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

15-1-1 تاريخ الإجراء ووقت الدخول والخروج من المستشفى.

15-1-2 اختيار الطبيب.

15-1-3 إعداد العلاج.

15-1-4 اختيار موقع الجرح أو نوع التضميد.

15-1-5 وسيلة النقل بعد الخروج من المستشفى.

15-2 يتعين توفير الرعاية استجابة لاحتياجات المرضى في الوقت المناسب ووفقًا لمتطلبات معايير الاعتماد الدولية.

15-3 يتعين أن يكون المختصون الصحيون الذين يوفرون الرعاية للمرضى مرخص لهم في ذلك من السلطة المختصة.

15-4 يتعين أن تعتمد الرعاية على أفضل الأدلة المتوافرة، ويفضل التعبير عنها من خلال إرشادات الممارسات السريرية المنشورة صراحةً ومسارات الرعاية.

15-5 يجب على إدارة المستشفى تقييم الرعاية السريرية باستمرار من خلال المراجعة بصفة منتظمة للتأكد من تحقيق أفضل النتائج الممكنة للمريض أم لا.

15-6 يجب تشجيع المرضى على توفير تعقيباتهم على الرعاية التي يتم توفيرها لهم. يجب أن تعكس ممارسات التقييم التصرف على أساس نتائج تلك المراجعات.

16 خدمات طب الأطفال

16-1 إذا تم توفير خدمات طب الأطفال، فيتعين أن تخضع لإشراف اختصاصي طب أطفال مرخص لهم من السلطة المعنية ويتحملون مسؤولية جودة هذه الخدمات ونطاقها.

16-2 يتعين على كل مستشفى عام توفير رعاية وعلاج الأطفال في وحدة مستقلة وضع وتطبيق سياسات وإجراءات خطية تشمل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

16-2-1 نطاق خدمات طب الأطفال والرعاية الخاصة بها.

16-2-2 الظروف التي يجوز للمريض أو أشخاص الدعم البقاء فيها "في الغرفة" مع المريض.

16-3 يجب أن يكون موقع أَسّرة طب الأطفال منفصلاً عن موقع أَسّرة المرضى البالغين والأطفال حديثي الولادة.

17 رعاية مرضى العيادات الخارجية

17-1 يتعين أن يكون قسم 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.

17-2 يتعين أن يلبي عدد الموظفين ومؤهلاتهم احتياجات المرضى على أساس نوع الخدمات التي يتم توفيرها وحجم تلك الخدمات.

17-3 يتعين على كل مستشفى عام توفير خدمة العيادات الخارجية، ووضع وتطبيق سياسات وإجراءات خطية تشمل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

17-3-1 نطاق الرعاية الخاص بخدمات العيادات الخارجية.

17-3-2 طريقة تسجيل مرضى العيادات الخارجية.

17-3-3 الإجراء الخاص بالمرضى الذين يحتاجون للرعاية.

17-3-4 يتعين توفير خدمات العيادات الخارجية وفقاً لأوامر الأطباء.

17-3-5 متطلبات التوثيق وحفظ السجلات وإجراءات تكامل سجلات العيادات الخارجية مع السجلات الموجودة لمرضى العيادات الداخلية (إذا كان ذلك مطبقاً).

17-4 عدد الموظفين ومؤهلاتهم اللازمة لتلبية احتياجات المرضى على أساس نوع الخدمات التي يتم توفيرها وحجم تلك الخدمات. تخصيص المعدات والمساحات اللازمة لتوفير خدمات العيادات الخارجية لضمان سلامة المرضى وخصوصيتهم.

18 خدمات طب الأسنان

18-1 يتعين توفير خدمات طب الأسنان من خلال أطباء أسنان مؤهلين وفقاً لتحديد إدارة المستشفى.

18-2 يوفر أطباء الأسنان الخدمات باستخدام المعدات الخاصة المبينة في الملحق 3 على سبيل المثال لا الحصر.

18-3 يبين الملحق 4 الأجهزة والإمدادات الخاصة بخدمات طب الأسنان.

18-4 تقييم المرضى – أثناء التقييم المبدئي لمرضى الأسنان يتم جمع المعلومات العامة المتعلقة بالتاريخ الطبي للمريض مع التركيز على سبب الزيارة وأي شكوى لدى المريض. انظر الملحق5 للاطلاع على التفاصيل الخاصة باستبيان مرضى الأسنان والملحق 6 للاطلاع على خريطة طب الأسنان.

18-5 يتعين تأكيد تنفيذ الإجراء الصحيح في الموضع الصحيح بجسم المريض من خلال عملية الوقت المستقطع ويجب توثيق ذلك، انظر الملحق 7 للاطلاع على قائمة المراجعة السابقة لإجراء الأسنان والتحقق من الموضع ومستند الوقت المستقطع.

18-5-1 التخدير: المستوى الأول من التخدير – تقتصر إجراءات الأسنان على الإجراءات التي لا تنطوي إلا على مخاطرة محدودة بعد الإجراء ومضاعفات محدودة للتخدير ولهذا لا يحتمل حجز المريض بالمستشفى نتيجة لتلك المضاعفات.

18-6 خدمات الأشعة التشخيصية لطب الأسنان

18-6-1 تلعب الإجراءات التشخيصية بالأشعة المستخدمة في علامات الأسنان العامة والتخصصية دورًا مهماً في ممارسة الرعاية الصحية للأسنان، وتشمل هذه الإجراءات:

18-6-1-1 التصوير الشعاعي لمنطقة داخل الفم: تصوير المناطق المحيطة حول ذروة جذر السن (تطابق الأسنان العلوية والسفلية).

18-6-1-2 الأشعة البانورامية.

18-6-1-3 قياسات الرأس.

18-6-1-4 التصوير الشعاعي باستخدام معدات متخصصة لتصوير الأسنان بالأشعة المقطعية بالحاسوب.

18-6-2 أشكال أخرى من التصوير الشعاعي للجمجمة بأكملها أو أجزاء معينة من منطقة الأسنان والفكين والوجه.

18-6-3 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:

18-6-3-1 تحديد مدى الحاجة للفحص سريرياً.

18-6-3-2 اختيار أنسب طريقة للفحص.

18-6-3-3 ترشيد تقنيات التصوير الشعاعي.

18-6-3-4 استخدام أمثل تقنيات معالجة الأفلام أو الصور الشعاعية.

18-6-3-5 تفسير صور أشعة الأسنان.

18-6-3-6 حفظ سجلات التصوير الشعاعي.

18-6-4 يجوز لاختصاصي صحة الأسنان ومساعدي طب الأسنان إجراء التصوير الشعاعي للجدران المحيطة بالذروة بالفك العلوي (تطابق الاسنان العلوية والسفلية).

18-6-5 في الحالات التي يتم تحويل المرضى فيها لإجراء فحوصات شعاعية، يتعين على القائم بتحويلهم توفير ملاحظات سريرية، على أن تحتوي هذه الملاحظات على كل من سبب الفحص الشعاعي وتاريخ طبي كافٍ.

18-6-6 يتعين عدم إجراء الفحص الشـــعاعي للفكين (بما في ذلك المفاصـــل الفكية الصدغية) إلا على أجهزة الأشعة السينية ذات الغرض الطبي العام أو على أجهزة ذات أغراض خاصــة مصــممة لهذه الفحوصــات، ما لم تصــرح دائرة تنظيم الصــحة بخلاف ذلك.

18-6-7 يتعين تعقيم الأجهزة المصـممة لتصـوير داخل الفم شـعاعياً بعد الانتهاء من فحص كل مريض.

18-7 سلامة المرضى – التحكم في عدوى الأسنان

18-7-1 يمكن أن ينتقل عدد من الأمراض عن طريق الفحص الروتيني للأسنان. وعندما يلتزم مختصو الرعاية الصحية الذين يوفرون رعاية الأسنان باحتياطات التحكم في العدوى والسلامة فإن مخاطر إصابة المرضى والعاملين بطب الأسنان بالعدوى تقل كثيراً.

18-7-2 يتعين تطبيق إجراءات التحكم في عدوى الأسنان في المنشأة لمنع أو الحد من احتمالات انتقال الأمراض، وتشمل هذه الإجراءات ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:

18-7-2-1 الاحتياطات القياسية.

18-7-2-2 النظافة الصحية للأيدي.

18-7-2-3 معدات الوقاية الشخصية.

18-7-2-4 تعقيم وتطهير الأشياء المستخدمة في رعاية المرضى.

18-7-2-5 التحكم في العدوى البيئية.

18-7-2-6 إدارة النفايات الطبية.

18-7-2-7 خطوط مياه وحدة طب الأسنان والأفلام الحيوية وجودة المياه.

18-7-2-8 القطع اليدوية والأجهزة الأخرى المستخدمة في طب الأسنان والمرتبطة بخطوط الهواء والمياه.

18-8 إدارة المعلومات الصحية

18-8-1 جمع البيانات – العدد الكلي لعلاجات الأسنان لكل تخصص ولكل جنسية من جنسيات المرضى ولكل نوع وفئة عمرية.

19 الرعاية الجراحية

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

19-1 يتعين أن تلتزم الخدمات الجراحية بالمستشفى بالمعايير التالية:

19-1-1 يدير الخدمات الجراحية في المستشفى استشاري جراحة أو جرّاح متخصص مرخص له من السلطة المعنية؛ ويتحمل مسؤولية جودة الخدمات التي يتم تقديمها.

19-1-2 يمنح المستشفى الجراحين أفضلية أداء الإجراءات الجراحية في المنشأة في نطاق رخصتهم.

19-1-3 يتعين أن تكون درجة تعقيد الإجراءات الجراحية في نطاق قدرات المستشفى.

19-2 يتعين وضع سياسات وإجراءات خطية لتعريف ما يلي:

19-2-1 الموافقة المستنيرة قبل توفير الخدمات والإجراءات الجراحية.

19-2-2 المسؤولية عن الإشراف على جناح الجراحة وغرفة الإفاقة.

19-2-3 القيود المفروضة على الوصول إلى جناح الجراحة ومنطقة غرفة الإفاقة.

19-2-4 الظروف التي تقتضي تواجد مساعد أثناء الجراحة.

19-2-5 توافر وإدارة الدم ومنتجاته.

19-2-6 متطلبات تحليل العينات الجراحية و إجراءات التخلص منها.

19-2-7 إجراءات التعامل مع الحالات المعدية.

19-2-8 الزي المناسب في جناح الجراحة ومنطقة غرفة الإفاقة.

19-3 يتعين تطبيق إجراءات مناسبة لضبط العدوى منها ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

19-3-1 تعقيم وتطهير المعدات والإمدادات.

19-3-2 مراقبة ممارسات التعقيم.

19-4 تشمل صيانة سجلات غرفة العمليات ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

19-4-1 اسم كل مريض ورقم التعريف الخاص به.

19-4-2 التاريخ، شاملاً وقت تنفيذ الإجراء الجراحي.

19-4-3 الإجراء أو (الإجراءات) الجراحية التي يتم تنفيذها.

19-4-4 اسم الجراح أو الجراحين والمساعدين، إن وجدوا.

19-4-5 اسم موظفي التمريض سواء ممرضة التنظيف أو ممرضة الدورة الدموية.

19-4-6 نوع التخدير.

19-4-7 اسم وصفة طبيب التخدير.

20 طب النساء والتوليد

إذا تم توفير خدمات طب النساء والتوليد وحديثي الولادة فيتعين أن تتم بإشراف أخصائيين أو استشاري التوليد و النساء المرخص لهم من السلطة المعنية لتوجيه تلك الخدمات ويتحملون مسؤولية جودة هذه الخدمات ونطاقها.

20-1 يتعين على كل مستشفى يوفر خدمات النساء وحديثي الولادة أن يؤسس ويطبق سياسات وإجراءات خطية تشمل ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

20-1-1 نطاق رعاية المرضى الذين يحصلون على خدمات طب النساء والتوليد وحديثي الولادة.

20-1-2 مسؤوليات الموظفين أثناء التوليد، بما في ذلك الرعاية الفورية التي يتم توفيرها لحديثي الولادة.

20-1-3 يتعين على أي مستشفى يوفر خدمات المخاض والتوليد تأسيس وحدة خاصة لرعاية الأطفال حديثي الولادة (SCBU).

20-1-4 استخدام العقاقير المسهلة للتوليد وإدارة مواد التخدير والمهدئات ومسكنات الألم والعقاقير والأجهزة والمواد الحيوية الأخرى.

20-1-5 توافر وإدارة الدم ومنتجاته.

20-1-6 يتعين ارتداء زي مناسب أثناء المخاض والتوليد وفي الحضانة.

20-1-7 إجراء إدخال المريضة إلى المستشفى وخروجها منه.

20-2 يجب توفير العقاقير والأجهزة والمعدات والإمدادات اللازمة للخدمات فوراً لتوفير الرعاية.

20-3 يتعين أن تشرف قابلة مسجلة (ولديها ترخيص بذلك (RM))على الرعاية، بما في ذلك الوضع والتوليد ومنطقة الحضّانة.

20-4 يتعين اتباع طريقة التعريف الصحيح لحديث الولادة والأم.

20-5 في حالات الولادة القيصرية، يتعين على اختصاصي طب النساء والتوليد الحصول على موافقة قائمة على معرفة شاملة لحالة الأم و الجنين من الأم أو من يمثلها من ذويها من أقاربها (حسبما ينطبق)، باستثناء الحالات التي تكون حياة الأم فيها معرضة للخطر وحالات الطوارئ.

21 التخدير وتسكين الألم

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

21-1 يتعين أن تلتزم خدمات التخدير في المستشفى بالمعايير المهنية التالية:

21-1-1 يدير خدمات وقسم التخدير في المستشفى استشاري أو اختصاصي تخدير مرخص لهم من السلطة المعنية ويتحملون مسؤولية سلامة وجودة الخدمات التي يتم تقديمها.

21-1-2 يتعين أن يكون الأطباء القائمين بالتخدير مرخص لهم من السلطة المعنية كأطباء تخدير ويعملون في نطاق هذه المهنة.

21-1-3 في حالة العمليات المتخصصة (مثل الأطفال وجراحات الأعصاب وجراحة الصدر وجراحة القلب)، يتعين أن يكون طبيب التخدير ذا خبرة بالتعامل مع تلك العمليات.

21-1-4 يجب أن يكون كافة اختصاصي الرعاية الصحية الذين يعملون على تخدير المرضى أو يشرفون على المريض أثناء التخدير (أي الأطباء وفنيي التخدير والممرضات المسجلات في غرفة العمليات) قد حصلوا على تدريب ساري على الدعم المتقدم لإنعاش القلب(ACLS) إذا كانوا يتعاملون مع أشخاص بالغين أو الدعم المتقدم لإنعاش قلب الأطفال (PALS) إذا كانوا يتعاملون مع أطفال.

21-2 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.

21-3 يتعين تواجد عيادة للتخدير في المستشفى ويتعين أن تدار من قبل ممرضة وطبيب تخدير وفني تخدير.

21-4 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.

21-5 يتعين تواجد طبيب التخدير بنفسه أثناء إجراء العملية ويتعين تواجده حتى يتم خروج المريض من رعاية التخدير.

21-6 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 وعمل الأعصاب والعضلات ووضع المريض.

21-7 يتعين استخدام نموذج تخدير في السجلات الصحية لتوثيق كافة المعلومات نوع التخدير المستخدم والجرعة والتقييم والموافقة ... الخ.

21-8 يجب أن تكون معدات متابعة التخدير مناسبة لنوع التخدير المستخدم. ويتعين اتخاذ الاحتياطات اللازمة كذلك لتوفير مصدر مناسب للأكسجين والشفط ومعدات الإنعاش وعقاقير الطوارئ.

21-9 يجب صيانة كافة معدات التخدير واختبارها ومعاينتها وفقاً لمواصفات الشركات التي صنعتها. ويتعين توثيق برنامج الصيانة الوقائية (PMP) على تلك المعدات.

21-10 يتعين توفير عربة طوارئ وأدوات إسعافية بها عازل بلاستيك قابل للكسر ويسهل إزالته بسهولة أثناء الطوارئ. ويتعين تجهيز العربة بجهاز إنعاش القلب والعقاقير اللازمة أو معدات إنعاش القلب والرئتين وشرائط الاختبار. ويتعين وضع دفتر تسجيل للأحداث في مكان يسهل الوصول إليه لبيان صيانة عربة الطوارئ ومكوناتها وصيانتها بانتظام.

21-11 يتعين على المستشفى الاحتفاظ بمعدات مناسبة لدعم حالات الإنعاش الصعبة.

21-12 عند توفير خدمات التخدير للرضع والأطفال، يجب أن يتناسب حجم المعدات والأدوية وقدرات الإنعاش اللازمة مع الأطفال.

21-13 يتعين على المستشفى الالتزام بلائحة وزارة الصحة ووقاية المجتمع الخاصة بحفظ سجلات الأدوية المخدرة.

21-14 يتعين على المستشفى حفظ سياسة مكتوبة بخصوص ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

21-14-1 تخزين واستعمال عقاقير التخدير وتسكين الألم بشكل مناسب.

21-14-2 تسكين الألم مع حفاظ المريض على وعيه.

21-14-3 رعاية المريض في غرفة الإفاقة.

21-14-4 ضبط العدوى أثناء التخدير لأجهزة التخدير وعملية التخدير بأكملها.

21-15 يتعين تطبيق إجراءات السلامة من المواد الخطرة حيوياً.

22 خدمات الرعاية الحرجة

يتعين التزام خدمات الرعاية الحرجة في المستشفى بالمتطلبات التالية:

22-1 يدير هذه الخدمات في المستشفى استشاري تخدير أو اختصاصي رعاية حرجة مرخص لهم من السلطة المعنية ويتحملون مسؤولية جودة ونطاق الخدمات التي يتم توفيرها.

22-2 يتعين توفير خدمات الرعاية الحرجة على الأقل بواسطة اخصائي أو ممارس عام (GP) مؤهل ومدرب على توفير خدمات الرعاية الحرجة.

22-3 يعمل الأطباء الذين يوفرون خدمات الرعاية الحرجة في نطاق مهنتهم ويتعين أن يحمل كل منهم شهادة سارية في الدعم الأساسي للحياة أو الدعم القلبي المتقدم للحياة أو الدعم المتقدم لحياة الأطفال.

22-4 يتعين تواجد الأطباء لتقديم خدمات الرعاية الحرجة طوال 24 ساعة يومياً، ويتعين على الطبيب التواجد بنفسه في جوار المستشفى.

22-5 في حالة كون المريض يحتاج إلى خدمات رعاية حرجة متخصصة (مثل طب الأطفال أو جراحة الأعصاب أو جراحة الصدر أو جراحة القلب)، يتعين أن يوفر خدمات الرعاية الحرجة المذكورة على الأقل استشاري تخدير أو استشاري رعاية حرجة مرخص له من السلطة المعنية ويتمتع بالكفاءة ويمتلك الخبرة اللازمة لتوفير تلك الخدمات.

22-6 يتعين أن يتواجد لكل سرير مشغول في وحدة الرعاية الحرجة ممرضة مسجلة (RN) واحدة حصلت على التدريب المناسب وتمتلك الخبرة المناسبة لتوفير الرعاية اللازمة.

22-7 يتعين توافر معدات وأدوية وإمدادات خدمات الرعاية الحرجة بسهولة في الوحدة لتوفير العناية والعلاج الفوري وبأمان.

22-8 يتعين توفير عربة طوارئ عربة طوارئ / أدوات إسعافية بها عازل بلاستيكي يمكن كسره ويسهل إزالته بسهولة أثناء الطوارئ. ويجب تجهيزها بجهاز إنعاش القلب والعقاقير اللازمة وغيرها من معدات إنعاش القلب والرئتين وشرائط الاختبار. ويجب توافر سجل للأحداث لبيان صيانة العربة ومكوناتها وفحصها بانتظام.

22-9 يتعين وضع وتطبيق سياسات وإجراءات خطية تُعرّف وتصف نطاق خدمات الرعاية الحرجة وتضمن توفير الخدمات للمرضى بأمان وكفاءة. ويتعين أن تغطي هذه السياسات المجالات التالية على سبيل المثال لا الحصر:

22-9-1 سياسة إدخال المرضى إلى الوحدة وخروجهم أو نقلهم منها.

22-9-2 التخدير مع احتفاظ المريض بوعيه.

22-9-3 جهاز تصوير الشريان التاجي.

22-9-4 منظم ضربات القلب المؤقت والدائم.

22-10 يجب توافر ما يدل على تلقي الممرضات المتخصصات في الرعاية الحرجة تدريباً مستمراً مع تقييم لكفاءتهن (مثل الاختبارات التحريرية وعروض الدراسة المستأنفة وغيرها) وتوعيتهن بما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

22-10-1 التعرف على عدم انتظام ضربات القلب.

22-10-2 مساعدة الطبيب في وضع الخطوط المركزية أو الخطوط الشريانية.

22-10-3 الحصول على قراءات غازات الشرايين (ABG).

22-10-4 قراءة ضغط الأوردة المركزية .

22-10-5 ضغط الأوردة المركزية (CVP).

22-10-6 مبادئ ضبط العدوى.

22-10-7 نقل الدم.

22-10-8 نقل الدم التبادلي (حديثي الولادة).

22-10-9 مقياس جلاسكو للغيبوبة (GSC).

22-10-10 استخدام جهاز إنعاش القلب.

22-10-11 رعاية المرضى على أجهزة التنفس.

22-10-12 رعاية المرضى الذين يتم إجراء شق الرغامى لهم.

22-10-13 يتعين استخدام غرف للعناية الحرجة لعزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء لمنع انتشار الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الهواء (مثل الحصبة والجدري المائي والدرن).

22-11 يمكن استخدام غرف عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء للرعاية الروتينية للمرضى الذين لا تتطلب حالتهم احتياطات عزل عند توافر غرف العزل. ويتعين عدم تغير متطلبات الضغط التفاضلي عند استخدام غرف عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء للرعاية الروتينية للمرضى.

22-12 يتعين على العاملين بالرعاية الصحية الذين يتعاملون مع الأمراض المعدية الالتزام بمعايير ومتطلبات احتياطات مراكز التحكم في الأمراض والوقاية منها (CDC).

22-13 يتعين على كافة الزوار استخدام أقنعة وأغطية للرأس والتي يمكن التخلص منها داخل الغرفة.

22-14 يتعين الالتزام التام بضوابط وإجراءات مناسبة للتطهير في المستشفى.

22-15 يتعين تعقيم غرف العزل عند خروج كل مريض منها.

22-16 وفقاً للتشريعات الاتحادية المتبعة، إذا اشتبه أي طبيب في مرض معدٍ معين، فيتعين عليه إخطار السلطة المعنية بذلك، على أن يشمل الإخطار اسم المريض ورقم هاتفه وعنوانه. ولمزيد من المعلومات يمكن مراجعة القانون الاتحادي رقم 14 لسنة 2014 في شأن مكافحة الأمراض السارية.

23خدمات الطوارئ و الحوادث

23-1 يتعين 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 فورًا وعلاجهم أو نقلهم إلى أي مستشفى آخر يستطيع توفير الخدمات اللازمة طبقاً للإجراءات المتبعة لدى المستشفى.

23-2 يتعين أن يشرف على هذه الخدمات أخصائي طب طوارئ أو طبيب متخصص مؤهل ومرخص له ويمتلك الخبرة بخدمات الطوارئ.

23-3 يتحمل الأخصائي أو الطبيب المذكور مسؤولية جودة ونطاق هذه الخدمات.

23-4 يتعين توفير خدمات الطوارئ بواسطة أطباء مؤهلين ومدربين يمنحهم المستشفى أفضلية أداء إجراءات طوارئ خاصة.

23-5 يتعين تواجد الأطباء على مدار 24 ساعة يومياً لتوفير خدمات الطوارئ ويتعين على الطبيب أن يتواجد بنفسه في جوار المستشفى.

23-6 يتعين أن يحمل كافة الأطباء الذين يعملون في وحدة / قسم الطوارئ شهادة سارية في الدعم الأساسي للحياة أو الدعم القلبي المتقدم للحياة أو الدعم المتقدم لحياة الأطفال.

23-7 يتعين أن يتواجد لكل أربعة (4) أَسّرة مشغولة في وحدة أو قسم الطوارئ ممرضة مسجلة (RN) واحدة حصلت على التدريب المناسب وتمتلك الخبرة المناسبة بالطوارئ وفي دوام لتوفير الرعاية اللازمة.

23-8 يتعين على كافة الممرضات العاملات في منطقة الطوارئ الحصول على شهادة في الدعم الأساسي للحياة أو الدعم القلبي المتقدم للحياة أو الدعم المتقدم لحياة الأطفال.

23-9 يتعين قيام ممرضة مختصة بفرز المرضى لإيلاء المرضى الذين يحتاجون إلى عناية فورية الأولوية القصوى.

23-10 وفقاً للتشريعات المتبعة في الإمارات العربية المتحدة، يجب أن يحصل كافة المرضى الذين يصلون إلى وحدة أو قسم الطوارئ على رعاية عاجلة كافية لضمان استقرار حالتهم قبل نقلهم.

23-11 يتعين توافر عقاقير وأجهزة ومعدات وإمدادات الطوارئ لاستخدامها فورًا في منطقة الطوارئ لعلاج الحالات التي تكون حياة المريض فيها معرضة للخطر.

23-12 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:

23-12-1 اسم المريض.

23-12-2 تاريخ ووقت وطريقة وصوله.

23-12-3 النتائج البدنية.

23-12-4 العناية والعلاج الذي تم توفيره له.

23-12-5 اسم الممارس الطبي الذي قام بعلاجه.

23-12-6 خروج المريض، بما في ذلك وقت خروجه.

23-13 يتعين الحصول على موافقة المريض وتوفير تعليمات خطية للمرضى وشرح شفوي لتلك التعليمات (ما لم تكن الحالة طارئة).

23-14 يتعين تجهيز وحدة أو قسم الطوارئ بما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:

23-14-1 عربة طوارئ / أدوات إسعافية بها عازل بلاستيكي يمكن كسره ويسهل إزالته بسهولة أثناء الطوارئ. ويجب تجهيزها بجهاز إنعاش القلب والعقاقير اللازمة وغيرها من معدات إنعاش القلب والرئتين وشرائط الاختبار. ويجب توافر سجل للأحداث لبيان صيانة العربة ومكوناتها وفحصها بانتظام.

23-14-2 عدة الإنعاش ولوحة القلب والمسالك الهوائية الفموية.

23-14-3 منظار الحنجرة مع الشفرات.

23-14-4 طقم التشخيص.

23-14-5 جهاز عرض صور الأشعة السينية.

23-14-6 عربة نقل للمريض وبه حامل للمحاليل الوريدية.

23-14-7 كرسي متحرك لذوي الاحتياجات الخاصة.

23-14-8 جهاز الرذاذ.

23-14-9 جهاز التعقيم بالبخار.

23-14-10 مبرد بوسيلة للتحكم في درجة الحرارة.

23-14-11 مصابيح أرضية (إنارة محمولة للعمليات).

23-14-12 مجموعات من الأجهزة تشمل جهاز الغرز وجهاز التضميد وجهاز إزالة الأجسام الغريبة أو جهاز القصر وجهاز القطع.

23-14-13 إمدادات يمكن التخلص منها وتشمل أنابيب شفط (كافة الأحجام) وأنبوب شق الرغامي (كافة الأحجام) وقساطر (بأحجام مختلفة) وأجهزة محاليل وريدية، وجهاز نقل الدم، وإبر (بأحجام مختلفة) وضمادات (شاش وغيرها) وضمادات رقيقة (كافة الأحجام) وجبائر (ياقات الرقبة وجبائر الأصابع) وكافة أنواع السوائل (مثل D5W و

D10W و Lactated Ringers و Normosol R و Normosol M و Haemaccel ... الخ) ومقياس السكر ومقياس الكحول.

23-14-14 جهاز محمول لمراقبة العلامات الحيوية (جهاز المخطط الكهربي للقلب، ومقياس التأكسج، ودرجة الحرارة و NIBP و $EtCO_2$).

23-14-15 جهاز تنفس محمول أثناء النقل مع صيغ تنفس مختلفة، مثل تنفس الضغط الإيجابي المتقطع (IPPV) والتنفس الإلزامي المتقطع المتزامن (SIMV) والتنفس العفوي ودعم الضغط (PS).

23-14-16 جهاز شفط يحقق معايير غرفة العمليات.

23-14-17 نماذج طبية قانونية مثل نماذج الموافقات وغيرها.

23-15 يتعين على كل مستشفى يوفر خدمات الطوارئ وضع وتطبيق سياسات وإجراءات خطية مثل:

23-15-1 تقييم مرضى الطوارئ.

23-15-2 إدخال المرضى من خدمة الطوارئ إلى وحدة للمرضى الداخليين.

23-15-3 سياسة حفظ المتعلقات الشخصية والطعام في منطقة الطوارئ.

24 إجراءات خروج أو تحويل المرضى

للتخطيط المناسب لخروج المرضى من المستشفى أهميه بالغة لصحة المرضى وسلامتهم، ويتعين أن تلبي عمليات خروج أو تحويل المرضى احتياجات المريض من الرعاية المستمرة. وقد يؤدي سوء التخطيط إلى إعادة حجز المرضى بالمستشفى وخسارة للمكاسب التي تحققت أثناء حجزهم فيه للمرة الأولى.

24-1 يتعين على المستشفى الاحتفاظ بسياسات وإجراءات خطية تتعلق بخروج أو تحويل المرضى بحيث تعكس معايير الممارسة المتعارف عليها والالتزام باللوائح المعمول بها في دولة الإمارات العربية المتحدة.

24-2 يتعين تسليم كل مريض خطة مكتوبة عند خروجه من المستشفى بلغة غير فنية 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.

24-3 إذا تم تحويل المريض إلى منشأة صحية أخرى لضمان استمرار رعايته، يتعين إخطار بهذه المنشأة بحالة المريض ويجب توثيق موافقتها على تحويله إليها في ملف المريض.

24–4 يتحمل الطبيب المعالج مسؤولية تنسيق عملية نقل المعلومات المناسبة وإشعار خروج المريض ومذكرة أدوية الخروج لخطة الأدوية الحالية في وقت مناسب من المستشفى إلى المنشأة الأخرى.

24–5 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.

24–6 يجب تحديد وسيلة التحويل على أساس حالة المريض ويقرر الطبيب المعالج وفريق الإسعاف من يجب عليه مرافقة المريض، مثل فني طب الطوارئ (EMT) أو طبيب مختص أو ممرضة مدربة على رعاية الطوارئ والرعاية الحرجة.

24–7 يجب على الطبيب المعالج الإلتزام بالأنظمة الإدارية المعتمدة إذا قرر المريض المغادرة على خلاف نصيحة الطبيب المعالج، وعلى المريض احترام الأنظمة الإدارية وأنظمة العلاج المعتمدة داخل المنشأة الصحية.

25 وحدة حفظ الجثث

25–1 يتعين على كل مستشفى عام به أكثر من خمسة وعشرين (25) سريرًا أن يوفر وحدة حفظ جثث داخل مقر المستشفى. ونسبة الأماكن المخصصة للجثث إلى سعة المستشفى هي 1: 25.

25–2 يجب تشغيل معدات وحدة حفظ الجثث وصيانتها وفقاً لمواصفات الشركات التي صنعتها ويتعين أن تلتزم بالمتطلبات الخاصة بالمعدات الطبية في هذا القرار.

25–3 يتعين الحفاظ على درجة حرارة ثلاجة وحدة حفظ الجثث عند مستوى يتراوح بين 2 درجة مئوية و6 درجة مئوية ويجب مراقبة عدادات درجة الحرارة وتسجيلها يومياً في سجل خاص يحفظ قرب الثلاجة؛ ويتعين على الوحدة حفظ السجلات لمدة ثلاث (3) سنوات على الأقل. وفي حالة اختلاف درجة الحرارة يتعين الاتصال بمهندسي / قسم الطب الحيوي.

25–4 يتعين الحفاظ على نظافة وحدة حفظ الجثث وتعقيمها بصفة يومية ويتعين توافر سياسة للتحكم في العدوى وتطبيقها في منطقة حفظ الجثث.

25–5 يتعين على المستشفى إعطاء الأولوية الأولى لأسرة المريض وأقاربه عند وفاته.

25–6 يتعين أن يتوفر بالمستشفى نظام لضمان التعامل مع جثث المتوفين من المرضى بإجراءات تحافظ على كرامة المتوفى.

25–7 كما يتعين على المستشفى الاحتفاظ بسياسة للتعامل مع أعضاء الجسم المبتورة تضمن إدارتها والتخلص منها بشكل مناسب.

25–8 يتعين تواجد ســـياســـة وإجراء خطي لإدارة ورعاية المرضـــى الذين يعانون من أمراض في أطرافهم، بما يتفق مع اللوائح الاتحادية والمحلية.

25–9 لا يُسمح بحجز أو سحب العلاج الذي يبقى المريض على قيد الحياة، حتى لو طلب المريض أو أسرته ذلك.

25–10 يتعين احترام ومراعاة رغبات أسرة المريض بشكل تام عند وفاته.

25–11 يقدم موظفو الجناح طلبات الأقارب والأصدقاء لمشاهدة المتوفى، أو يتم تقديم تلك الطلبات في وحدة حفظ الجثث.

25–12 يتعين على أسرة المتوفى القيام بالترتيبات اللازمة مع وحدة حفظ الجثث لنقل المتوفى من وحدة حفظ جثث المستشفى.

25–13 تتحمل خدمات وحدة حفظ الجثث في المستشفى مسؤولية الإشراف على نقل المرضى المتوفين من الأجنحة / الأقسام. ويحتفظ المستشفى بسجلات المرضى المتوفين.

25–14 تعامل 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.

25–15 يتم نقل المرضى المتوفين المصابين بأمراض معدية وفقاً للمادة 18 من القانون الاتحادي رقم 14 لسنة 2014 بشأن مكافحة الأمراض السارية.

25–16 يتعين إزالة كافة الأجهزة الطبية قبل وضع الجثة في وحدة حفظ الجثث.

25–17 لا يجب الاحتفاظ بالجثث ورفض تسليمها لإتمام إجراءات دفنها أو نقلها إلى الخارج بسبب عدم سداد المبالغ المتعلقة بعلاج المتوفي.

القسم الثاني: خدمات التشخيص

26 المختبر الإكلينيكي

23-26-1 التزامًا بمتطلبات جهات اعتماد المختبرات الإكلينيكي المختصة، يتعين على المنشأة توفير أرفع مستوى من جودة الخدمات بالالتزام بالمعايير الإدارية والفنية.

26-2 يتعين على كل مستشفى توفير خدمات المختبر الإكلينيكي ويجوز توفير هذه الخدمات داخل مقر المستشفى أو من خلال اتفاق تعاقدي مع مختبر مستقل مؤهل لتلبية احتياجات المرضى.

26-3 يتعين على المستشفى امتلاك خدمة مختبر الطوارئ ويمكن الوصول إليها بشكل مباشر، تشمل تحليل البول وتحليل كامل للدم وتحديد فصيلة الدم ومقارنة تلاؤم الدم. ويتعين توفير ثلاجة كافية لحفظ الدم بها عداد لدرجة الحرارة وغيرها من الأعمال اللازمة لمختبر الطوارئ حسبما يحدده الطاقم الطبي.

26-4 يتعين أن يخضع المختبر الإكلينيكي لإشراف استشاري أو أخصائي متمرس في علم الأمراض مرخص له من السلطة المعنية.

26-5 يتعين التزام تصميم المختبر الإكلينيكي والمهنيين بمعايير ترخيص المختبرات السريرية واللوائح المنظمة لها. وللاطلاع على مزيد من المعلومات الرجاء زيارة مواقع الجهات الصحية المختصة.

27 الأشعة التشخيصية

27-1 يتعين على كل مستشفى توفير خدمات للأشعة التشخيصية لتلبية احتياجات المرضى ويجوز أن تشمل هذه الخدمات الأشعة التقليدية (التصوير الشعاعي العام) وخدمات الموجات فوق الصوتية وخدمات الأشعة المقطعية بالحاسوب.

27-2 يجوز توفير خدمات أخرى في مقر المستشفى أو باتفاق خطي مع مورد خارجي لتلك الخدمات على أن يتعهد بالوفاء بكافة المتطلبات. وإذا تم توفير خدمات الأشعة التشخيصية بواسطة مورد خارجي فيتعين أن يحقق متطلبات التعهيد لموردي الخدمات الخارجيين.

27-3 يتعين أن تخضع خدمات الأشعة التشخيصية في المستشفى لإشراف استشاري أو أخصائي أشعة مرخص له ومتمرس ويتحمل مسؤولية جودة خدمات الأشعة التي يتم توفيرها في المستشفى ونطاق تلك الخدمات. ويتعين على إدارة المستشفى التأكد من توفير خدمات الأشعة لما يلي:

27-3-1 يتعين مراجعة وتفسير كافة صور الأشعة بواسطة أخصائي أشعة مرخص له. ويتعين حفظ تقارير كاملة لنتائج فحوصات الأشعة في الملفات أو نظام حفظ الصور إذا كان النظام رقميّا لمدة لا تقل عن 15 سنة حفظ صورة منها في سجل المريض.

27-3-2 يتعين ضمان توافر وحدة متحركة للتصوير الشعاعي في مقر المستشفى في قسم الطوارئ.

27-3-3 يتعين تقييم وتحسين خدمات الأشعة التشخيصية في المستشفى من جانب لجنة أو فريق السلامة من الأشعة.

27-3-4 يتعين التزام خدمات الأشعة التشخيصية بقوانين ولوائح الهيئة الاتحادية للرقابة النووية بخصوص استخدام الإشعاع المؤين والمواد المشعة في المستشفى. وللاطلاع على مزيد من المعلومات عن لوائح الهيئة ومتطلباتها يرجى زيارة موقع الهيئة الإلكتروني.

يتعين التزام كافة خدمات الأشعة التشخيصية بمعايير ترخيص خدمات الأشعة التشخيصية واللوائح المنظمة لها. وللاطلاع على مزيد من المعلومات بخصوص تلك المعايير يرجى زيارة مواقع الجهات الصحيةالمختصة على الإنترنت.

28 بنك الدم

28-1 يتعين على بنوك الدم التي تعمل داخل المستشفيات الحكومية والخاصة الالتزام بقرار مجلس الوزراء رقم 28 لسنة 2008.

تنويه: للاطلاع على مزيد من المعلومات برجاء الاطلاع على ما يلي:

- قرار مجلس الوزراء رقم 28 لسنة 2008 بشأن نظام نقل الدم في الإمارات العربية المتحدة. الرجاء زيارة مواقع الجهات الصحية المختصة على الإنترنت.
- الملحق 8 لمعرفة معايير نقل الدم في المستشفيات الحكومية والخاصة.
- الملحق 9 لمعرفة معايير المراكز الحكومية للتبرع بالدم وبنوك الدم في المستشفيات.

القسم الثالث: الخدمات المساندة

29 خدمات التغذية

29-1 يجب الالتزام بالقواعد الصحية الصارمة في مطبخ المستشفى في أثناء إعداد وحفظ وتقديم الأطعمة. يجوز تقديم هذه الخدمات في مرافق المستشفى أو بواسطة مورد من الخارج وفق

اتفاق مكتوب. مع ذلك، في حال تعهيد هذه الخدمات إلى موردين من الخارج، يجب تلبية معايير الجهات الصحيةالمختصة والمتطلبات الصحية للسلطات المختصة.

29-2 يجب أن يقوم بالإشـــراف على هذه الخدمة أخصـــائي تغذية متمرس ومؤهل، ومعتمد من الجهات الصـحية المختصـة، وحاصـل على درجة البكالوريوس كحد أدنى في علم التغذية. يجب على أخصائي التغذية تحمل المسؤوليات التالية على سبيل المثال لا الحصر:

29-2-1 استشارة وزيارات المريض.

29-2-2 فحص وتقييم وإعادة تقييم نظام التغذية.

29-2-3 تطوير خطة العناية بالتغذية.

29-2-4 مراعاة "التفاعلات بين الأطعمة والعقاقير" للأطباء وتوثيقها في السـجل الصحي للمريض.

29-2-5 تقديم توصيات خاصة باحتياجات النظام الغذائي للمريض.

29-2-6 المتابعة مع فريق رعاية المريض عند تسجيل أي اضطرابات أثناء الفحص.

29-2-7 متابعة حالات منع المريض من تناول أي أطعمة بواسطة الفم (NPO).

29-2-8 توعية المرضـى وعائلاتهم بالإضـافة إلى الأعضـاء الآخرين بفريق الرعاية الصحية.

29-2-9 إعداد قوائم الأطعمة.

29-2-10 تقييم وتوثيق الأغذية التي يتناولها المريض عند خضـوع المريض لنظام غذائي متخصص.

29-3 يجب الاهتمام بتهوية وتجديد الهواء بمنطقة خدمات تقديم الأطعمة بنحو 10 مرات على الأقل في السـاعة وفق متطلبات الجمعية الأمريكية لمهندسـي التبريد والتدفئة وتكييف الهواء (ASHRAE). يجب الاحتفاظ بضـغط موجب بشـكل يتناسـب مع المناطق المجاورة. يجب تركيب مرشـحات عالية الكفاءة في نظام معالجة الهواء، مع تقديم مرافق ملاءمة للصـيانة، من دون أن تتسبب في تلويث نظام التقديم أو المنطقة المخدومة.

30 خدمات المغسلة

30-1 يجب على المستشفى تقديم خدمات المغسلة سواء داخل مبنى المستشفى أو بواسطة مزود من الخارج وفق اتفاق كتابي. في حال تقديم الخدمة داخل المسـتشـفى، يجب توفير كامل المعدات المناسبة المستخدمة في تنظيف وغسل الملابس والمفروشات والأغطية.

30-2 يجب العناية بتهوية وتجديد الهواء بمنطقة خدمات المغسلة 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 مرافق ملاءمة للصيانة، من دون أن تتسبب في تلويث نظام التقديم أو المنطقة المخدومة.

31 الخدمات المتعلقة بالصحة والنظافة

31-1 يجب تقديم مصدر نظيف ونقي للمياه في المستشفى، والاهتمام بصيانة وتنظيف وإحكام غلق خزانات المياه.

31-2 يجب توفير دورات مياه نظيفة لمرضى العيادات الخارجية بالمستشفى (دورات منفصلة للرجال والسيدات)، على أن تتضمن كل دورة مياه على الأقل حوضاً واحداً للاغتسال، وصابون، وجهاز تجفيف الأيدي بالهواء الساخن. كما يجب الاحتفاظ بنظافة المراحيض الخاصة بجميع العاملين والمرضى. مع مراعاة نظام صرف المياه والمجاري المعايير الصحية.

31-3 ينبغي توفير غسول اليدين في المراحيض وغرف المرضى.

31-4 يجب توصيل نظام الصرف والمجاري بالمستشفى بنظام صرف عام يتوافق مع لوائح الجهات الصحية المختصة.

32 الخدمات الخارجية

32-1 يجب التعامل مع مورد الخدمات الخارجية بشكل فعال في سبيل تقديم خدمات ورعاية آمنة وبجودة عالية. تتعاقد العديد من المنشآت الصحية مع متعاقد من الخارج أو مورد خدمات بهدف تقديم خدمات محددة ضرورية في التشغيل المستمر لأقسام المؤسسة التي من قبيل قسم الأشعة والمختبر وأقسام علاج الأورام وعلم الأمراض والخدمات الصحية المصاحبة وتحويل المرضى وخدمات المغسلة والتغذية والتنظيف والصيانة والأمن والتعليم.

32-2 بينما يعد اتفاق أو عقد الخدمة من الأمور المهمة لكل من المنشأة الصحية ومزود الخدمة، لضمان تقديم خدمات ذات جودة، يجب أن تظل المسؤولية الأساسية لتحقيق الجودة في جانب المنشأة الصحية الرئيسية. ويجب على المنشأة الصحية أن تحدد في اتفاقات أو عقود خدماتها، 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

33 سلامة المرضى

في جميع أنحاء العالم تواجه عملية تقديم الرعاية الصحية صعوبات عديدة، حيث تواجهها الكثير من المشكلات الخاصة بالسلامة. يجب على المستشفيات تقديم رعاية وخدمات آمنة من خلال تركيز جهودها على تقليل الأضرار التي تواجه المرضى وطاقم العمل.

33-1 يجب على المستشفى تطوير نظام خاص لتقليل الأضرار، وتحديد الأسباب الأكثر شيوعًا التي تتسبب في حدوث أضرار بالنظام الصحي من قبل منظمة الصحة العالمية وهي الخاصة بحلول سلامة المرضى، وتستهدف حماية الأرواح ومنع الأخطاء الطبية.

33-2 لا يجب فقط تطوير الحلول الخاصة بسلامة المرضى وتعميمها بالمستشفى، بل من الواجب على المستشفى كذلك تقديم دليل يوضح التنفيذ.

33-3 اعتمدت لجنة التوجيه الدولية تسعة حلول يتم تعميمها. فيما يلي الحلول الخاصة بسلامة المرضى:

33-3-1 أسماء الأدوية المتشابهه بالشكل والتسمية.

33-3-2 تحديد هوية المريض.

33-3-3 التواصل أثناء عمليات نقل المريض.

33-3-4 تنفيذ الإجراء الصحيح في الموضع الصحيح من الجسد.

33-3-5 التحكم في محاليل الكهارل (الإلكتروليتات) المركزة.

33-3-6 ضمان دقة تناول الأدوية في أثناء الفترات الانتقالية في الرعاية.

33-3-7 تجنب أخطاء توصيلات القسطرة والأنابيب.

33-3-8 استخدام أدوات الحقن لمرة واحدة.

33-3-9 تطوير العناية بنظافة اليدين لمكافحة عدوى المستشفيات.

33-4 يجب على المستشفى تحديد وإدارة المخاطر المرتبطة بسلامة المرضى، يوضح الملحق 10 الاستراتيجيات الواجب مراعاتها في المستشفى لضمان سلامة المرضى على النحو الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية.

33-5 يجب على المستشفى إدارة المخاطر المرتبطة بالأدوية عالية المخاطر ومحاليل الكهارل (الإلكتروليتات) الشديدة (الملحق 10).

34 مكافحة العدوى

يجب على المستشفيات تنفيذ برنامج لمكافحة والوقاية من العدوى لتحديد وتقليل مخاطر الإصابة ونقل العدوى بين المرضى والعاملين في الرعاية الطبية والزوار.

34-1 يجب على المستشفى وضع دليل لمكافحة العدوى يتضمن برنامج للمكافحة والوقاية من العدوى. يتم – بشكل سنوي – مراجعة وتحديث الدليل عند الضرورة.

34-2 يجب أن يتضمن برنامج المكافحة والوقاية من العدوى السياسات والإجراءات المناسبة التي تفي بالإرشادات الدولية للمكافحة والوقاية من العدوى.

34-3 يجب أن يدعم برنامج مكافحة العدوى التطبيق الآمن ويضمن توفير بيئة آمنة للمرضى وطاقم الرعاية الصحية وزوار المستشفى.

34-4 يوجد بالمستشفى لجنة أو متخصصون معينون ومؤهلون لمكافحة العدوى يقومون بمتابعة تنفيذ برنامج المكافحة والوقاية من العدوى.

34-5 عند الضرورة تقوم اللجنة أو متخصصون لمكافحة العدوى بالتشاور مع شخص ذي خبرة في مجال المكافحة والوقاية من العدوى بهدف اتخاذ قرارات بناءً على بينة معرفية.

34-6 يجب على المستشفى إجراء تدريبات استباقية للمكافحة والوقاية من العدوى وفق تصنيفات معينة لطاقم العمل الجديد قبل الانضمام إلى أقسام عملهم.

34-7 يجب على المستشفى إجراء دورات تدريبية "أثناء الخدمة" وتعليمية بشأن المكافحة والوقاية من العدوى لجميع فئات العاملين مرة واحدة على الأقل سنويًا.

34-8 يجب على المستشفى توعية المرضى والأسر بشأن المكافحة والوقاية من العدوى.

34-9 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).

34-10 يجب أن يلتزم برنامج المكافحة والوقاية من العدوى بالاحتياطات القياسية في جميع الأوقات ويتضمن إجراءات تنظيف وتعقيم المعدات والتعامل مع المفروشات والمغسلة وتعقيم المطبخ والأمور الخاصة بمعالجة الأطعمة.

34-11 يجب على المنشأة الصحيةتحديد وإدارة ومكافحة العدوى ، مع ضمان ما يلي:

34-11-1 يجب على المنشأة الصحية وضع سياسات وإجراءات وإرشادات خاصة بالتهوية والعزل والمجموعات المتجانسة (عند الضرورة) والاحتياطات الأخرى لمنع وكبح انتشار الأمراض المعدية.

34-11-2 يجب على المنشـــأة الصـــحية ترتيب الإجراءات اللازمة لفحص حالات عدوى المستشفيات المشتبه بها داخل المنشأة.

34-11-3 يجب على المنشأة الصحية دعم إعداد التقارير التطوعية بواسطة جميع العاملين وتقديم التدريب والمعلومات المناسبة الخاصة بعملية تقديم التقارير.

34-11-4 يجب على المنشأة الصحية اتخاذ الإجراءات اللازمة لعزل المرضى ممن يعانون من أمراض معدية قد تعرض آخرين لخطر الإصابة بالعدوى.

34-11-5 يجب على المنشأة الصحية تحديد العزل الذي قد يتضمن غرفة خاصة أو مرافق العزل أو غرفة بضغطٍ سلبي.

34-11-6 يجب تدريب وتعليم العاملين بشأن التعامل مع المرضى المصابين بالعدوى.

34-11-7 يجب على المنشـأة الصـحيةتقديم تقارير بشـأن المراقبة و المكافحة والوقاية من العدوى إلى السلطات الصحية العامة المعنية على النحو المحدد وفق القانون واللوائح.

34-12 يجب على المنشأة الصحية وضع إرشادات لغسل اليدين والتي تعد جزءاً أساسياً من خطة المكافحة والوقاية من العدوى ويجب ضمان ما يلي:

34-12-1 يجب أن يكون الوصـول لمرافق غسـل اليدين سـهلاً ومباشـراً في جميع مناطق رعاية المرضى أمام المرضى ومزودي الرعاية الصحية والزوار.

34-12-2 يجب أن يكون الوصـول لمصـدر مياهٍ دائم سـهلاً ومؤمناً لجميع صـنابير المياه وكذلك اللوازم الضرورية (مثل الصابون والمناشف الورقية) لغسل اليدين.

34-12-3 يجب تسـهيل وصـول العاملين والمرضـى والزوار لمطهرات اليدين بالكحول في مناطق تقديم الرعاية والخدمة.

34-12-4 يجب تسهيل وصول العاملين والزوار إلى لوازم الوقاية الشخصية (مثل القفازات والأقنعة) عند الضرورة.

34-12-5 يجب على المنشأة الصحية تقديم تدريب بشأن التقنيات الصحيحة لغسل اليدين.

34-12-6 يجب عرض الإعلانات الترويجية الخاصة بغسل اليدين في مكان العمل.

34-12-7 يجب على المنشأة الصحية مراقبة وتوثيق التزام العاملين بالعناية بغسل اليدين ومشاركة النتائج مع جميع العاملين.

34-13 يجب أن تتحمل المنشأة الصحية والمختصين في مكافحة العدوى مسؤولية مراقبة الأنشطة في المناطق المحددة أدناه:

34-13-1 يجب تحديد المناطق ذات الخطورة العالية في المنشأة الصحية، ويجب توجيه أنشطة المراقبة على النحو الملائم في هذه المناطق.

34-13-2 يجب إجراء عمليات جمع بيانات االترصد بصفة مستمرة وتقديم تقارير إلى السلطات المختصة في حالة الإعلان عن أمراض معدية وفق القوانين واللوائح المطبقة.

34-13-3 تتضمن أنشطة المراقبة متابعة كفاءة تنفيذ الخدمات والتنظيف بالمستشفى.

34-13-4 يجب وضع سياسات وإجراءات بالمنشأة الصحية لمراقبة تنظيف وتعقيم المعدات، والأجهزة، والإمدادات الطبية، وإدارة معالجة أو التخلص من المخلفات الطبية والمخلفات الأخرى.

34-13-5 يجب على المنشأة الصحية ضمان نظافة وتعقيم بيئة الرعاية.

34-13-6 يجب تنظيف وتطهير المفروشات والبياضات بطريقة تقلل من خطر إصابة طاقم العمل والمرضى بالتلوث.

34-13-7 يجب على المؤسسة وضع آلية لإدارة ومعالجة وصرف الأدوات الحادة والإبر وفق سياسات وإجراءات المنشأة الصحية والقوانين واللوائح المطبقة.

34-13-8 يجب تجميع حاويات الأدوات الحادة في حاويات خاصة مؤمنة غير قابلة لإعادة الاستخدام وفق السياسات والإجراءات الخاصة بالمنشأة الطبية.

34-13-9 يجب وضع إجراءات محددة بالمنشأة الصحيةلإدارة ومراقبة وصرف اللوازم منتهية الصلاحية.

34-13-10 يجب على المنشأة الصحية اتخاذ الإجراءات المناسبة للتخلص من المخلفات بحيث تقلل من خطر العدوى.

34-13-11 يجب على المنشأة الصحية اتخاذ الإجراءات المناسبة لإدارة ومعالجة المخلفات الطبية والأنواع الأخرى من المخلفات.

34-13-12 يجب اتباع إجراءات الوقاية الشخصية المناسبة بواسطة جميع فئات العاملين ممن يتعاملون مع المخلفات الطبية وأي مواد ملوثة بسوائل الجسم.

34-13-13 يجب على المنشأة الصحية الالتزام بإرشادات الصحة والسلامة المهنية وفق القوانين واللوائح الخاصة بقيود العمل للعاملين في مجال الرعاية الصحية وموردي الخدمة المعرضين للأمراض المعدية.

34-14 فيما يلي السياسات والإجراءات الخاصة بتنظيف وتعقيم المنشأة الطبية:

34-14-1 تحدد المنشأة الصحية أدوار طاقم العمل المعني بتنظيف وتعقيم البيئة الفعلية.

34-14-2 في حال تقديم خدمات التنظيف بواسطة مورد من الخارج، يجب تطبيق آلية لتحديد دور طاقم العمل المتعاقد والتحقق من جودة الخدمات المقدمة.

34-15 يجب على المنشأة الصحية تحديد إجراءات عمليات لإدارة ومعالجة المواد والمعدات الملوثة.

34-15-1 يجب أن توجه السياسات والإجراءات طريقة المعالجة المناسبة للأغطية الملوثة والمواد المعدية والمخلفات الخطرة وفق القوانين واللوائح المطبقة.

34-15-2 يجب أن توفر المنشأة الصحية الحاويات المناسبة لمعالجة وإدارة ونقل المواد الملوثة إلى منطقة محددة.

34-15-3 في حالة التعاقد مع مورد خارجي لإعادة المعالجة والتعقيم، تقوم المنشأة الصحية بشكل دوري مراقبة جودة الخدمات المقدمة.

34-15-4 يجب على المنشأة الصحية التحقق من اتباع المورد الخارجي للمعايير المناسبة في تنفيذ عمليات إعادة المعالجة والتعقيم وفق الإرشادات والقوانين واللوائح.

34-16 يجب على طاقم العمل وموردي الخدمة حفظ وإعداد ومعالجة الأطعمة على النحو المناسب:

34-16-1 يجب على المنشأة الصحية وضع سياسات وإجراءات خاصة بحفظ ومعالجة وإعداد الأطعمة.

34-16-2 يجب مراقبة حفظ ومعالجة وإعداد الأطعمة حتى في حالة إعداد الأطعمة باستخدام خلطات أو مكونات سابقة التجهيز أو مجهزة خارج الموقع.

34-16-3 في حالة التعاقد مع مورد من الخارج لتقديم خدمات الأطعمة، يجب أن تضـــع المنشأة الصحية آلية لتحديد والتحقق من جودة عمليات حفظ وإعداد ومعالجة الأطعمة المنفذة بواسطة المورد الخارجي.

34-17 تقوم المنشـأة الصـحية باتخاذ إجراءات مناسـبة لمكافحة تفشـي العدوى ، مع ضـمان ما يلي:

34-17-1 يجب أن تتضـمن خطة الوقاية ومكافحة العدوى إرشـادات وسـياسـات وإجراءات شاملة تتعرض لوقاية المرضى والعاملين في الرعاية الصحية ومعالجة تفشي العدوى.

34-17-2 تتضمن خطة الوقاية ومكافحة العدوى آلية للتحقق من تفشي الأمراض المعدية.

34-17-3 تقوم المنشأة الصحية بتنسيق خطة لمواجهة تفشي العدوى مع وضع مخطط عام للتعامل مع حالات الكوارث والطوارئ.

34-18 يجب منع العاملين في المســتشــفى من حفظ الأطعمة في أي مبردات توجد في مناطق خدمة المرضى تستخدم في تخزين الأدوية أو المعدات الطبية.

35 قسم التعقيم المركزي

يقوم كل مسـتشـفى بتقديم خدمات تتطلب تعقيم المعدات والأدوات، حيث يجب مراعاة تطبيق ما يلي:

35-1 تصـميم وتجهيز قسم التعقيم المركزي على النحو المناسب وفق متطلبات الجهات الصـحية المختصة.

35-2 إتاحة الدليل الخاص بسياسات وإجراءات قسم التعقيم المركزي.

35-3 توفير ضغط موجب في مناطق التجميع والتطهير بقسم التعقيم المركزي.

35-4 توفير ضغط سلبي في منطقة التطهير بقسم التعقيم المركزي.

35-5 استخدام طاقم العمل عازل للوقاية من الرذاذ.

35-6 توفير منطقة تخزين مناسبة للمواد المعقمة واستخدامها على النحو المناسب.

35-7 فحص فترة الصلاحية وتواريخ الانتهاء بانتظام.

35-8 اتباع إجراءات ضمان الجودة لعملية التعقيم (الكيميائي والميكانيكي والبيولوجي).

35-9 التوجيه والتدريب المستمر لطاقم العمل بقسم التعقيم المركزي وتوثيق العملية.

35-10 تطعيم طاقم العمل بقسم التعقيم المركزي ضد التهاب الكبد الوبائي ب، وتوثيق العملية.

36 الوقاية من قرحة الضغط (الفراش)

36-1 يجب على المستشفى الاحتفاظ بسياسة وقائية وعلاجية لمثل تلك القرح وتنفيذها.

36-2 يجب تقليل حالات الإصابة بقرح الضغط (الفراش) من خلال استراتيجية للوقاية والمعالجة.

36-3 يجب تطوير برامج التعليم والمعلومات بشأن قرحة الضغط (الفراش) وتقييمها بواسطة فريق متعدد التخصصات بالمستشفى.

36-4 يجب إتاحة أدوات الفحص والتقييم بالمستشفى.

36-5 يجب على مختصي الرعاية الطبية استخدام أدوات تقييم خطر الإصابة بقرحة الضغط (الفراش) لتقييم حالة المرضى.

37 آلية تفادي إصابة المرضى وسقوطهم

37-1 يجب التقليل من حالات سقوط المرضى والإصابات الناجمة عنها من خلال برنامج للتعامل مع حالات السقوط.

37-2 يجب توفير سياسة للتعامل مع حالات سقوط المرضى. ينبغي تقييم إمكانية تعرض المرضى لخطر السقوط:

37-2-1 عند دخول المستشفى.

37-2-2 عقب حدوث تغير في الوضع الصحي.

37-2-3 بعد التعرض للسقوط.

37-3 يلزم توفير المعلومات الوقائية من السقوط لجميع طاقم العمل والمرضى وأسرهم أو ممثلي المرضى.

37-4 يجب تنفيذ الاستراتيجيات المناسبة للحد من سقوط المرضى بواسطة المستشفى وفق عوامل الخطر المحددة.

القسم الخامس: إدارة الأدوية والصيدلية

38 إدارة الأدوية واستخدامها

38-1 تتضمن إدارة الأدوية واستخدامها تحديد شراء وطلب ، وصف وكتابة، إعداد وصرف وتقديم وتوثيق ومراقبة العلاج بالأدوية.

38-2 الهدف الرئيسي من إدارة الأدوية بالمستشفيات توفير الأدوية الصحيحة والفعالة وبتكلفة مجدية وآمنة في جميع الأوقات.

38-3 يجب على إدارة الأدوية ضمان تحقيق ممارسة آمنة وفعالة، كما يجب على المستشفى 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.

38-4 يجب على المستشفى الاحتفاظ بقائمة الاختصارات المعتمدة للأدوية المستخدمة داخل المنشأة.

38-5 يجب تحديد وتقييم المخاطر المحتملة للأدوية ومعالجتها.

38-6 يجب أن تقوم لجنة متعددة الاختصاصات بمراقبة وضمان إدارة الأدوية بشكل مناسب وسلامة الأدوية داخل المستشفى.

38-7 يجب أن يتاح لمختصي الرعاية الصحية سهولة الوصول إلى الإرشادات المطبوعة الخاصة بإدارة الأدوية.

38-8 يجب على الصيادلة 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.

39 الصيدلية

39-1 يجب تنفيذ خدمات الصيدلية تحت إشراف صيدلي متمرس ومعتمد من الجهات الصحية المختصة.

39-2 يجب تقديم خدمات الصيدلية لتلبية احتياجات المرضى بشكل مباشر أو بواسطة اتفاق كتابي.

39-3 يجب أن يكون بالصيدلية بيان كتابي للمهمة يعكس مسؤوليات رعاية المرضى والمسؤوليات التشغيلية.

39-4 تكمن مهمة الصيادلة في مساعدة الأفراد في تحقيق الاستخدام الأمثل والآمن للأدوية لذلك، يجب أن يهتم الصيادلة بأداء ونتائج خدمات الصيدلية.

39-5 يختلف نطاق خدمات الصيدلية من موقع لآخر، يعتمد ذلك على احتياجات المرضى ونطاق خدمات المستشفى وكذلك الموارد المتاحة.

39-6 يجب اعتماد ساعات العمل المناسبة لأداء خدمات الصيدلية المطلوبة، كما يجب تقديم خدمات الصيدلية على مدار 24 ساعة إن أمكن.

39-7 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).

39-8 في حالة عدم جدوى تقديم خدمات الصيدلية على مدار 24 ساعة، يجب أن يتواجد الصيدلي عند الطلب.

39-9 يتطلب تقديم خدمات الصيدلية على مدار 24 ساعة وجود أربعة (4) صيادلة معتمدين من قبل الجهات الصحية المختصة.

39-10 في حالات معينة، في حال وجود صيدلية لمرضى العيادات الخارجية بالمستشفى في مكان سهل الوصول للجمهور، يمكن عندئذ اعتبارها صيدلية خاصة بمرضى العيادات الخارجية وصيدلية عامة.

39-11 يجب أن يقوم الصيادلة وأقسام الصيدلية بدور قيادي في تطوير وتنفيذ السياسات والإجراءات الخاصة بقبول وصرف وتحويل المرضى، بالتالي يمكن إدارة العلاج بالأدوية بشكل مناسب بغض النظر عن تحويل المرضى عبر وحدات الرعاية المختلفة (مثل بين مكونات مختلفة لنظام الرعاية الصحية أو بين خدمات المرضى المقيمين والرعاية الرئيسية / الصيدليات العامة أو خدمات الرعاية بالمنزل).

39-12 يجب أن تضمن إدارة المستشفى أن خدمات الصيدلية تفي بما يلي:

39-12-1 المهام التالية: (التخزين والتحكم ومعالجة وطلب و وصف وكتابة وتركيب وإعداد وصرف وإدارة وتوثيق ومراقبة العقاقير والأدوات والمواد البيولوجية) وفق لوائح وإرشادات وسياسات وإجراءات الجهات الصحيةالمختصة.

39-12-2 يجب إتاحة العقاقير والأدوات الخاصة بحالات الطوارئ للاستخدام بواسطة طاقم العمل الطبي في أماكن محددة عند وقوع حالة الطوارئ كما يجب الاحتفاظ بسجلات محدثة ودقيقة عند استلام وصرف جميع المواد المقررة. يجب تنفيذ العملية الخاصة بأسلوب تخزين وحفظ وحماية أدوية الطوارئ من الفقد أو السرقة.

39-12-3 يجب تخزين جميع العقاقير المراقبة وشبه المراقبة في مكان آمن لمنع الوصول إليه من قبل أشخاص غير مصرح لهم. فقط يحق للمصرح لهم بالوصول أو الدخول إلى المكان المؤمن.

39-12-4 يجب تخزين العقاقير والأدوات 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.

39-12-5 يجب فحص توريد العقاقير والأدوات 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.

39-12-6 يجب إتاحة المعلومات المرتبطة بدواعي استخدام العقاقير والتفاعلات وموانع الاستعمال والآثار الجانبية وعلم السموم والجرعة المناسبة وطرق تناول الدواء لجميع أفراد طاقم العمل بالصيدلية.

39-12-7 يجب تحديث قاعدة بيانات المعلومات الإكلينيكية بشكل سنوي.

39-12-8 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.

39-12-9 يجب أن تدقق كافة إجراءات حفظ وإدارة جميع الأدوية المخدرة وفق التشريعات الاتحادية السارية بهذا الشأن.

39-12-10 يجب اتخاذ إجراءات محددة للتخزين والتحكم في أنواع معينة من الأدوية (مثال، أدوية الإشعاع والأدوية المشتراة بواسطة المريض وعينات الأدوية والأدوية المسحوبة والمنتجات الخاصة بالتغذية).

39-12-11 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.

39-12-12 يجب مراجعة جميع وصـــفات أو طلبات الأدوية لتحديد ملاءمتها بواســـطة صيدلي معتمد أو متخصص مدرب وفق لوائح وسياسات الجهات الصحية المختصة قبل التناول.

39-12-13 يجب الاهتمام بتهوية وتجديد الهواء بنحو 4 مرات على الأقل في الســـاعة وفق متطلبـات الجمعيـة الأمريكيـة لمهنـدســـي التـدفئـة والتبريـد وتكييف الهواء (ASHRAE). في منطقة تقديم خدمات الصـــيدلية، كما يجب الاحتفاظ بضـــغط موجب بشـكل يتناســب مع المناطق المجاورة و الحفاظ على درجة حرارة لا تتجاوز 23 درجة مئوية أو تقل عن 1 درجة مئوية ودرجة رطوبة نســبية بين 30 و60%، كما يجب أن تكون قابلة للضـــبط. يجب تركيب مرشـــحات عالية الكفاءة في نظام معالجة الهواء، مع تقديم مرافق ملاءمة للصـــيانة، من دون أن تتســـبب في تلويث نظام التقديم أو المنطقة المخدومة.

لمزيد من المعلومات بشـــأن متطلبات الصـــيدلية، الرجاء زيارة مواقع الجهات الصـــحية المختصة على الإنترنت

القسم السادس: حقوق المرضى وأسرهم

40 حقوق المرضى ومسؤولياتهم

يجب على المستشفى ضمان تلبية الحقوق والمسؤوليات التي يتمتع بها المرضى والخاصة بالرعاية الطبية المقدمة من قبل المستشفى ونقلها للعملاء.

40-1 ينبغي التعامل مع المرضى باحترام واهتمام حفاظاً على كرامتهم.

40-2 للمريض الحق في مراعاة خصوصيته وأسراره.

40-3 ينبغي تقديم المعلومات الخاصـة بتشـخيص وتقييم حالة المريض وخيارات العلاج وتوقعات انتقال المرض إلى المريض أو شخص آخر.

40-4 يجب منح المرضـى الفرصـة في المشاركة في القرارات الخاصـة برعايتهم الصـحية إن سمح الأمر.

40-5 للمرضـى الحق في رفض أي إجراء تشخيصـي أو علاجي، ويجب إعلامهم بالعواقب الطبية لرفضهم.

40-6 للمرضى الحق في طلب معلومات بشأن نطاق ممارسة ورخصة الطبيب، ويجب وضع شارة تعريفية أو رخصة من الجهات الصحيةالمختصة بواسطة جميع المختصين في الرعاية الصحية أثناء ساعات العمل.

40-7 للمرضى الحق في الحصول على نسخة من سجلاتهم الصحية الشخصية.

40-8 للمرضى الحق في معرفة كامل نفقات الخدمات الصحية قبل أداء أي إجراءات.

40-9 يجوز عرض معلومات تكلفة الخدمة في شكل منشور أو نشرة بالأسعار أو أي شكل آخر يمكن تطبيقه بواسطة المستشفى.

40-10 ينبغي الإعلان عن وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى في أماكن ظاهرة داخل المنشأة ليسهل الوصول إليها. ويجب على المستشفى التوافق مع جميع اللوائح المطبقة من الجهات الصحيةالمختصة بشأن وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى.

40-11 يجب توفير سياسة مكتوبة في المستشفى عن أدوار ومسؤوليات كل فرد بطاقم العمل في المستشفى فيما يتعلق بحقوق المرضى وأسرهم.

40-12 يجب أن يكون في المستشفى برنامج فعال لمعالجة شكاوى المرضى.

40-13 يجب على الجهات المختصة في المستشفى فحص الشكاوى المقدمة من المرضى أو أسرهم، كما يجب توثيق الشكوى والقرار المتخذ بشأنها. و يمكن تكليف لجنة متخصصة لأداء هذه المهمة.

40-14 يجب أن يتمتع المريض في المستشفى بالحق في تغيير أو نقل مسؤولية رعاية المريض من استشاري لآخر مع تقديم سبب واضح.

40-15 يجوز تنفيذ استقصاءات رضا المرضى بشكل دوري لاتخاذ الإجراءات وفق النتائج المعنية بتطوير الرعاية الصحية.

40-16 المستشفى تضع سياسة فيما يتعلق بأمتعة المرضى، وبالأخص من هم تحت التخدير، وفاقدي الوعي ومصابي الغيبوبة والنعاس والمصابين بصدمات نفسية شديدة.

40-17 يجب على الجهات المعنية في المستشفى تطوير سياسة التعامل بشأن رفض العلاج بواسطة المريض، وإعلام المريض بشأن العواقب المحتملة المتوقعة لهذا الرفض.

41 توعية المرضى

41-1 للمرضى وأسرهم الحق في المعرفة والتوعية الصحية لاتخاذ القرارات أثناء المشاركة في عملية الرعاية الخاصة بهم.

41-2 يجب تطوير برنامج توعية المرضى وإتاحته بالمستشفى على أن يتضمن البرنامج طبيعة التوعية والمنهج والمدة والتكرار.

41-3 يجب توفير مواد خاصة ببرنامج التوعية الصحية للمرضى وأسرهم بالمستشفى، ويتضمن ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

41-3-1 عرض خاص بالوقاية من العدوى للمرضى واستخدام الأدوية والمعدات الشخصية ورعاية الجروح بسبب الجراحة وما إلى ذلك.

41-3-2 المواد الإرشادية الخاصة بالإعداد قبل وبعد الجراحة وإجراءات الأشعة والمعالجة التمهيدية بالليزر وما إلى ذلك.

41-3-3 تكليف طاقم عمل مؤهل ببرنامج التوعية الصحية مثل محاضرين في مرض السكري للتمريض.

41-3-4 يتلقى المرضى وأسرهم معلومات / نشرات خاصة بأمراضهم والمضاعفات المحتملة التي قد تطرأ لاحقًا.

41-3-5 يتلقى المرضى المعلومات الخاصة بالاستخدام المناسب للأدوية والآثار الجانبية المحتملة.

41-3-6 التوعية بشأن التخزين والصرف المناسب للأدوية.

41-3-7 نموذج توعية المرضى.

41-4 ينبغي تقييم احتياجات توعية المرضى والأنشطة التعليمية وتوثيقها في سجلات المريض الطبية.

42 التنوع اللغوي

تتسم دولة الإمارات العربية المتحدة بكونها متعددة الثقافات، حيث يتحدث المقيمون مجموعة كبيرة من اللغات المختلفة. يعتبر إدراك الاحتياجات الثقافية والدينية واللغوية جزءًا لا يتجزأ من تقديم الرعاية الصحية المتجاوبة.

42-1 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 بالمستشفى.

43 حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة

يشـير لفظ المعاقين (يعرف كذلك بذوي الاحتياجات الخاصـة) إلى حالة الفرد حيث يكون من الصـعب على المريض المشاركة بشكل كامل في الرعاية الصحية الخاصة به. قد تتضمن حالة الإعاقة أو موقف الفرد (الإعاقة البدنية أو العقلية أو الحسية)، أو عمر المصاب (سواء كان كبير أو صغير السن)، أو التأثر بإصابات معينة أو بأدوية و عقاقير.

43-1 يجب على جميع المستشفيات تسهيل إقامة ذوي الاحتياجات الخاصة وفق القانون الاتحادي رقم 29 لسنة 2006 بشأن حقوق المعاقين وتعديلاته، فيما يلي المتطلبات الإلزامية لذوي الاحتياجات الخاصة:

43-1-1 توفير أماكن لانتظار السيارات للمعاقين داخل مرافق المستشفى.

43-1-2 توفير ممرات خاصة للكراسي المتحركة داخل مبنى المستشفى.

43-1-3 توفير غرف للفحص السريري.

43-1-4 توفير دورات مياه خاصة بذوي الاحتياجات الخاصة للذكور والإناث في كل طابق داخل مبنى المستشفى.

القسم السابع: إدارة المعلومات الصحية

يجب أن تلبي 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.

44 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 والمستشفى.

44-1 يجب الاحتفاظ بسجل صحي واضح وكامل وشامل ودقيق لكل مريض.

44-2 أن تكون السجلات الصحية في نسخ ورقية أو ملف إليكتروني أو مزيج من الاثنين، ويجب أن تتضمن المعلومات الكافية التي تحدد بوضوح حالة المريض وتوضح التشخيص والعلاج وتوثق النتائج بدقة.

44-3 يجب أن يتضمن السجل الصحي، التاريخ الطبي، والفحص السريري، وأي ملاحظات خاصة بالتقدم، والتقارير الجراحية، وتقارير المختبر، وتقارير الأشعة، والتواصل مع ذوي المرضى. كما يجب أن توضح الحساسية والتفاعلات غير المتوقعة مع العقاقير، حيث تضمن هذه المعلومات تقديم الرعاية الصحية على نحو آمن وفعال.

44-4 يجب أن يتضمن كل سجل صحي للمريض على سبيل المثال لا الحصر المعلومات التالية، إن أمكن:

44-4-1 بيانات التعريف.

44-4-2 رمز تعريفي لكل سجل من السجلات الصحية.

44-4-3 نظام لتنبيه طاقم العمل للمرضى ذوي الأسماء المتشابهة.

44-4-4 وقت وتاريخ ملاحظة المريض.

44-4-5 التاريخ المرضي الكامل الذي يتضمن على سبيل المثال لا الحصر: (الشكوى الرئيسية، والمرض الحالي، والبحث الاجتماعي والنفسي، والحساسية ضد الأدوية، والشكوى الحالية، والشكاوى السابقة، والتاريخ العلاجي السابق).

44-4-6 الفحص السريري ومراجعة النظام.

44-4-7 التشخيص عند الدخول.

44-4-8 جميع التقارير الخاصة بعلم الأمراض والمختبر والأشعة.

44-4-9 نماذج الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف.

44-4-10 طلبات الأطباء.

44-4-11 تقييم الألم.

44-4-12 توثيق جميع إجراءات الرعاية والعلاج والتدخلات الجراحية، موقعة(بحسب الأحوال) ومختومة بواسطة الطبيب المعالج .

44-4-13 تقارير أمراض الأنسجة.

44-4-14 إخطارات التقدم الخاصة بجميع المجالات.

44-4-15 ملخص عند الخروج من المستشفى.

44-4-16 بطاقة الخروج: يجب تقديمها للمريض عند الخروج من دون تكلفة.

44-4-17 نتائج التشريح وسبب الوفاة.

44-4-18 التوجيهات المتقدمة (إن وجدت).

44-4-19 توعية المريض.

44-4-20 سجلات التطعيم (للأطفال).

44-4-21 شهادة براءة ذمة للشرطة.

44-5 يجب تحديد المرضى صعاب المراس في السجلات الصحية.

44-6 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.

44-7 يجب الاحتفاظ بنسخ من الموافقة الموقعة على التدخلات الجراحية أو علاج معين بواسطة المريض (مثل العلاج الكيماوي) في السجلات الصحية الخاصة بالمريض.

44-8 يجب تضمين النتائج ذات الصلة للتقييمات المنفذة خارج المنشأة الصحيةفي عملية تقييم المريض والسجل الصحي.

44-9 يجب عرض جميع المعلومات الخاصة بالمريض أمام مختصي الرعاية الصحية المصرح لهم أو في حالة تحويل المريض إلى منشأة طبية أخرى.

44-10 ينبغي الحفاظ على سرية معلومات المريض وحمايتها من الضياع والتلاعب والتلف والإفشاء غير المصرح أو غير المتعمد.

44-11 ينبغي تنظيم السجلات الصحية بطريقة متناسقة تسهل من استمرارية الرعاية. ينبغي 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.

45 الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف

45-1 بناءً علي ماتضمنته المادة (7) من المرسوم بقانون الاتحادي رقم 4 لسنة 2016 بشأن المسؤولية الطبية، يجب الحصول على موافقة قائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف بواسطة الطبيب المعالج من المريض أو ممثليه (حسب الحاجة) وبعد مناقشة احتمالات المضاعفات والمخاطر والمزايا والإجراءات أو الجراحات البديلة (باستثناء حالات الطوارئ).

45-2 في حالة عدم تمتع المرضى بكامل الأهلية (مثال أقل من 18 عامًا) يجب أخذ موافقة قائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف من الأقارب حتى الدرجة الرابعة، قبل أداء الإجراء الطبي أو الجراحة.

45-3 يجب أن يحصل المرضى على معلومات شاملة ويمكن الوصول لها بشأن العلاج أو الإجراء الطبي والبدائل.

45-4 يجب على إدارة المستشفى بشكل واضح تحديد الفحوصات والعلاج والإجراءات الجراحية التي تتطلب موافقة قائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف.

45-5 تتولي إدارة المستشفي وضع سياسة لإجراءات الحصول علي الموافقات الداخلية تتفق مع التشريعات الإتحادية، علي أن تراعي تلك السياسة الأفراد الذين يفتقرون إلى القدرة على اتخاذ القرارات.

45-6 يجب الاحتفاظ بالموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف في السجل الصحي للمريض. ينبغي صياغة نموذج الموافقة في لغتين ويجب أن يتضمن ما يلي:

45-6-1 التشخيص، في حال معرفته.

45-6-2 اسم الإجراء أو العلاج المقترح.

45-6-3 مخاطر ومزايا الإجراءات أو العلاج المقترح.

45-6-4 البدائل، ومخاطر ومزايا البدائل.

45-6-5 بيان يوضح شرح الإجراء للمريض أو من يمثله.

45-6-6 تاريخ ووقت الحصول على الموافقة.

45-6-7 اسم وتوقيع الطبيب المعالج.

45-6-8 توقيع الشاهد على الموافقة (إن وجد).

45-7 يجب أن تتفق جميع محتويات "نماذج الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف" مع قرار مجلس الوزراء رقم (33) لسنة 2009 الصادر بشأن اللائحة التنفيذية لقانون المسؤولية الطبية، أو أي تشريع يحل محله.

45-8 يجب أن تتفق نماذج الموافقة الخاصة بالإخصاب مع القانون الاتحادي رقم (11) لسنة 2008 بشأن ترخيص مراكز الإخصاب ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم (36) لسنة 2009، أو أي تشريع يحل محلهم.

45-9 يجب إعلام وتوعية مختصي الرعاية الطبية في المستشفى بشأن سياسة الموافقة.

45-10 عند الحصول على الموافقة بواسطة طبيب المجتمع الزائر، يجب على إدارة المستشفى ضمان استلام الموافقة الموقعة وحفظها في سجل المريض الصحي.

46 الأوامر الهاتفية أو الشفوية

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

46-1 يجب على المستشفى تطوير سياسة وإجراءات الاتصالات الشفوية والهاتفية.

46-2 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.

46-3 يجب توثيق الاتصالات الهاتفية أو الشفوية في الحال 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.

47 إدارة السجلات الصحية

47-1 وفق نشاط المستشفى وعدد المرضى وطريقة الحفظ، يجب توفير غرفة أو منطقة خاصة لحفظ السجلات الصحية مع تعيين طاقم العمل المناسب وتوفير الإمدادات والمعدات في كل مستشفى.

47-2 يجب الاحتفاظ بالسجلات الصحية في المنشأة الصحية ويجب عرضها أو تسليم نسخة منها للمريض أو ممثله المعين بواسطة متخصص الرعاية الصحية أو مندوبه المعين في أوقات مقبولة وبعد تقديم إخطار مقبول.

47-3 يجب الاحتفاظ بسجلات صحية لكل مريض، يشمل ذلك الأطفال وحديثي الولادة أو الداخل للمستشفى لنيل الرعاية أو المعالج في قسم الطوارئ أو خدمات العيادات الخارجية.

47-4 يجب أن تتضمن السجلات الصحية جميع السجلات العلاجية وغير العلاجية، سواء كانت إلكترونية أو ورقية.

47-5 يجب حفظ السجلات الصحية بشكل آمن لحمايتها من الضياع والتلف والاستخدام غير المصرح به.

47-6 يجب أن تحتفظ المستشفى بنظام لإدارة السجلات الصحية يضمن ما يلي على سبيل المثال لا الحصر:

47-6-1 حفظ البيانات والسجلات الصحية على نحو آمن ومنظم.

47-6-2 استعادة السجلات الصحية المحفوظة داخل أو خارج الموقع في الوقت المناسب وعلى نحو دقيق.

47-6-3 الحفاظ على خصوصية المريض عند نشر السجلات الصحية أو تقديمها للرعاية.

47-6-4 الاحتفاظ بالسجلات الصحية.

47-6-5 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).

47-7 يجب أن تضمن المستشفى تعيين هوية معينة لكل مريض بالمستشفى، وفي حال وجود سجلات صحية متعددة للمريض يتم عمل إسناد ترافقي لكل منها.

47-8 يتم إجراء تصنيف علاجي لجميع المرضى المقبولين وفق التصنيف الدولي للأمراض 10 (ICD10). يجب أن تضمن المستشفى توافق الأكواد مع معايير التصنيف الدولي للأمراض 10.

لمزيد من المعلومات بشأن السجلات الصحية، يرجى زيارة المواقع الالكترونية للجهات الصحية المختصة.

القسم الثامن: المعايير الإدارية

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

48 مراقبة جودة الخدمات

يمكن إظهار التزام المستشفى تجاه تحسين مخرجات الرعاية وتقديم الخدمة من خلال ثقافة تحسين الجودة المستمرة. لن تتواجد هذه الثقافة في مؤسسة من دون قيادة فعالة تستهدف الجودة بالمستشفى بما يتوافق مع أهداف المستشفى. وهذه الثقافة لايمكن تواجدها في أي منظمة بدون وجود قيادة فعّالة للجودة.

48-1 تتضمن خصائص تحسين المستشفى ما يلي:

48-1-1 التركيز على احتياجات المريض ومعرفتها.

48-1-2 تظهر القيادة التي تتكون من ممثلي هيئة الإدارة والمدير الطبي والإداري المسؤولية والالتزام تجاه تحسين الأداء.

48-1-3 إظهار ثقافة لتحسين الإدارة وتطوير أداء طاقم العمل باستمرار.

48-1-4 دليل على النتائج حيث تستخدم البيانات الناتجة في التقييم.

48-1-5 السعي لأفضل أداء قياساً مع نظيراتها من حيث الأداء والتطوير وفق نتيجة المقارنة.

48-2 يجب على المستشفى إنشاء مجلس أو لجنة أو فرق للجودة والتطوير حيث يتضمن عملها قيادة ومشاركة هيئة الإدارة. يجب إظهار تصديق هيئة الإدارة على إطار عمل يهدف لتحسين الجودة.

48-3 يجب على المستشفى كذلك تقديم دليل يوضح خطط تحسين الجودة المستمرة (الخطط الاستراتيجية والتشغيلية)، وسياسة تحسين الجودة، وتقارير بيانات عن كيفية وكم الأداء، وسياسات إدارة الشكاوى وخطة التوعية.

48-4 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:

48-4-1 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.

48-4-2 تحديد الأشخاص أو اللجان المسؤولة عن تنسيق أنشطة إدارة الجودة ووسائل رفع التقارير إلى المدير أو هيئة إدارة المستشفى.

48-4-3 وصف الطريقة الخاصة بتقديم المعلومات بطريقة منهجية للشخص المكلف بواسطة المستشفى خلال فترة زمنية محددة.

48-4-4 إقرار استراتيجية لتحليل أسباب تكرار المشكلات الفردية أو النمطية.

48-4-5 استراتيجية لإجراءات تصحيح المشكلات، التي تشمل منع وتقليل المشكلات أو المخاطر.

48-4-6 آلية متابعة الإجراء التصحيحي لتحديد فعالية هذا الإجراء.

48-4-7 يجب على الجهات الصحية المختصة مراجعة برنامج إدارة الجودة لتحديد مدى تجاوبه.

49 اعتماد المستشفى

49-1 يجب تحقيق اعتماد المستشفى وفق سياسة أو متطلبات اعتماد المستشفى من الجهات الصحية المختصة.

49-2 يجب اعتماد جميع المستشفيات (الحديثة والموجودة) بواسطة مؤسسة اعتماد دولية تقدم شهادات فعلية لبرنامج اعتماد دولي (IAP) من قبل الجمعية الدولية للجودة في الرعاية الصحية (ISQua).

49-3 وللهيئات الطبية المختصة الحق في وضع آلية لتنفيذ وتطبيق تلك المعايير، وكذلك وضع السياسات والإجراءات الرقابية اللازمة.

50 إدارة المخاطر

50-1 يجب أن يكون لدى المستشفى خطة متكاملة لإدارة المخاطر على مستوى المستشفى لضمان التعرف على المخاطر المؤسسية والعلاجية وتقليلها والتعامل معها.

50-2 يجب أن تقوم المستشفيات بوضع نظام يقوم بتحديد وتحليل وتقييم ومعالجة ومراقبة وتحليل المخاطر باستمرار.

50-3 يمكن أن تتضمن استراتيجيات إدارة المخاطر المؤسسية والعلاجية أنشطة من قبيل:

50-3-1 تخطيط الموارد البشرية.

50-3-2 استراتيجيات الصحة والسلامة المهنية.

50-3-3 عمليات التدقيق العلاجي.

50-3-4 مراجعة سجل التاريخ المرضي للمريض.

50-3-5 مراجعة حالات الوفاة والحالات المرضية.

51 نظام الشكاوى

يجب التعامل مع الشكاوى الطبية وغير الطبية لضمان إجراء تحسينات على تقديم نظام الرعاية الصحية.

51-1 يجب وضع سياسات خاصة بإدارة الشكاوى وعرضها بوضوح للمرضى وطاقم العمل.

51-2 يجب تقديم المعلومات الخاصة بالشكاوى بالمستشفى والرد عليها للمرضى وأسرة المريض.

51-3 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:

51-4 تعيين عضو قديم بإدارة المستشفى مسؤولاً عن مراقبة تحقيق الشكاوى المقدمة.

51-5 يجب أن يتضمن تدوين وإجراءات تحقيق الشكاوى عملية تجميع الحقائق وإنشاء ملف للشكوى والتحقيق المنفذ ونتيجة التحقيق شاملة الإجراء المتخذ، إن وجد.

51-6 إخطار الشاكي بنتيجة التحقيق.

51-7 يجب رفع الشكاوى المرتبطة بأمور طبية إلى الجهات الصحية المختصة حسب إجراءات كل هيئة.

51-8 يجب إتاحة ملفات الشكاوى أثناء أي عملية تدقيق بواسطة محققي الجهات الصحية المختصة.

52 التبليغ عن الأخطاء الجسيمة والحوادث الكبرى

يجب أن تستحدث كل مستشفى استراتيجية لمعالجة الأخطاء الجسيمة و الحوادث غير المتوقعة أو الخطيرة.

52-1 يجب أن تقوم المستشفى بتبليغ الجهات الصحية المختصة بأي خطأ جسيم، والحوادث الكبرى التي قد تحدث بمرافق المستشفى، وتتضمن على سبيل المثال لا الحصر:

52-1-1 أي حادث يلي عملية جراحية أو الإشراف على التخدير يؤدي إلى وفاة المريض.

52-1-2 الإجراءات الجائرة الجراحية وغير الجراحية التي تتم على المريض الخطأ أو الموضع الخطأ أو الإجراء الخطأ.

52-1-3 الوفاة غير المتوقعة أو غير المرتبطة بطبيعة مرض أو حالة المريض أو كانت نتيجة لخطأ.

52-1-4 سقوط المريض الذي يؤدي للوفاة أو فقدان دائم لعضو كنتيجة مباشرة للإصابات جراء السقوط.

52-1-5 نسيان من دون تعمد كائن غريب داخل جسم المريض بعد الجراحة أو أي إجراء آخر.

52-1-6 تفاعلات انحلال الدم بعد نقل الدم أو منتجاته نتيجة عدم توافق فصائل الدم (فصيلة الدم ABO أو العامل الريصي Rh).

52-1-7 الجرائم الخطيرة مثل الاعتداء أو القتل أو الجرائم الأخرى التي تؤدي لوفاة المريض أو فقدان دائم لعضو داخل مرافق المستشفى.

52-1-8 الإخلاء الكامل أو الجزئي للمستشفى لأي سبب.

52-1-9 اشتعال حريق في مرافق المستشفى.

52-2 يجب في الحال الإبلاغ عن الأخطاء الجسيمة أو الحوادث الكبرى خلال فترة لا تتجاوز ثلاثة (3) أيام عمل بعد وقوع الحدث.

52-3 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.

52-4 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.

52-5 دعمًا لمهمة الهيئة الصحية المختصة في التحسين المستمر لسلامة وجودة الرعاية الصحية المقدمة للجمهور، يحق للهيئة الصحية المعنية إجراء دراسات لأنشطة المنشأة استجابةً لحالة الأخطاء الجسيمة أو الحوادث الكبرى.

53 التبليغ عن حالات الوفاة و الحالات المتسببة فيها:

53-1 يجب التبليغ عن حالات الوفاة خلال (72) ساعة من تاريخ وقوع الحدث مصحوباً بالسجل الصحي الأصلي للمريض مرفقاً به تقريراً الى الهيئة الصحية المختصة مع نموذج إخطار الوفاة، سواء بواسطة البريد أو التسليم باليد.

53-2 يجب استكمال نموذج إخطار الوفاة بصورة إلكترونية خلال سبعة (7) أيام، يتوفر النموذج في موقع الهيئة الصحية المختصة على الإنترنت.

53-3 لا يُخلي تبليغ الهيئة 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.

54 جمع البيانات والإحصائيات

54-1 يجب على كل مستشفى مرخص لدى الهيئة الصحية المختصة تقديم البيانات التالية إلى القسم المعني كل فترة ربع سنة:

54-1-1 عدد مرات إعادة إدخال المريض خلال 48 ساعة بعد خروجه مع نفس التشخيص.

54-1-2 عدد المرضى المغادرين بعد تلقي استشارة طبية.

54-1-3 عدد المرضى ممن لا يمكن خروجهم أو تحويلهم نتيجة عدم توفر أماكن في المستشفيات الحكومية.

54-1-4 عدد تقنيات التلقيح بالمساعدة (ART) الناجحة (إذا وجدت).

54-1-5 عدد حوادث سقوط المرضى داخل المستشفى.

54-1-6 عدد تدريبات الوقاية من الحريق ومواجهة الكوارث المنفذة (كل سنة).

54-2 يجب على كل مستشفى مرخص من الهيئة الصحية المختصة تقديم البيانات الإحصائية التالية كل ثلاث أشهر (راجع الملحق 11).

54-2-1 إجمالي عدد المرضى المقيمين داخل المستشفى وفق التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) وحسب الجنسية والجنس والمجموعة العمرية.

54-2-2 خدمات المرضى المقيمين التي تتضمن عدد مرات الدخول والخروج وحالات الوفاة.

54-2-3 إجمالي عدد المرضى المتوجهين للعيادات الخارجية بالمستشفى وفق التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) وحسب الجنسية والجنس والمجموعة العمرية.

54-2-4 إجمالي عدد علاجات الأسنان لكل تخصص حسب جنسية المريض والجنس والمجموعة العمرية.

54-2-5 عدد مرات حضور عيادات الطب التقليدي والبديل والتكميلي (TCAM) (إذا وجدت) حسب جنسية المريض والجنس والمجموعة العمرية.

54-2-6 نوع وعدد العمليات والإجراءات المنفذة داخل المستشفى حسب التخصص والنوع (الاختياري والطوارئ) ونوع العمليات والإجراءات (كبرى أو صغرى).

54-2-7 إجمالي القوة العاملة المسجلة في المنشأة الصحيةحسب الجنسية والجنس والمجموعة العمرية.

54-2-8 إجمالي عدد تحاليل المختبر المنفذة داخل المستشفى حسب نوعها وجنسية المريض والجنس والمجموعة العمرية.

54-2-9 إجمالي عدد إجراءات فحوصات الأشعة المنفذة داخل المستشفى حسب النوع وجنسية المريض والجنس والمجموعة العمرية.

54-2-10 إجمالي عدد التطعيمات المقدمة في المستشفى حسب النوع وجنسية المريض والجنس والمجموعة العمرية.

54-3 يحق للهيئات الطبية المعنية في أي وقت طلب بيانات إضافية تعتبرها ضرورية.

القسم التاسع: معايير القيادة والإدارة

55 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.

55-1 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:

55-1-1 قيادة المؤسسة لضمان تقديم خدمات عالية الجودة وآمنة عبر التخطيط والتطوير الاستراتيجي والتنظيمي الموثق.

55-1-2 الحصول والحفاظ على اعتماد إيجابي للمستشفى.

55-1-3 تطوير الحوكمة عبر هيكل تنظيمي رسمي ينبغي تعريفه لجميع أعضاء طاقم العمل.

55-1-4 يجب على هيئة الإدارة تبني لائحة مكتوبة للمؤسسة تعكس مسؤوليتها القانونية تجاه المرضى والتزامها تجاه المجتمع الذي تخدمه. يجب أن تحدد اللائحة على الأقل ما يلي:

55-1-4-1 واجبات ومسؤوليات هيئة الإدارة.

55-1-4-2 علاقات ومسؤوليات هيئة الإدارة وإدارة المستشفى وطاقم العمل الطبي والآلية المنفذة بواسطة هيئة الإدارة للحفاظ على مسؤوليات جميع الأطراف.

55-1-4-3 آليات تبني ومراجعة وتنقيح اللائحة بمعرفة هيئة الإدارة.

55-1-4-4 آليات الاعتماد الرسمي للائحة المؤسسات وقواعد عمل طاقم العمل الطبي وأقسامه بالمستشفى.

55-2 ينبغي اتخاذ الإجراءات الضرورية والمناسبة للتوافق مع جميع المتطلبات التنظيمية المحلية والاتحادية ومراقبة الأداء للتعرض لأي حالات قصور تم تحديدها.

55-3 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.

55-4 التزام وصول فريق قيادة المستشفى وطاقم العمل الطبي بجميع اللوائح والسياسات العلاجية المرتبطة بالخدمات الصحية.

55-5 ضمان وجود هيكل محكم بالمستشفى ونظام موحد خاص بالتوجيه والتعيين والاحتفاظ المهني.

55-6 دعم التوعية المستمرة والتطوير المهني لطاقم العمل من خلال تخصيص تمويل خاص بهذه الأنشطة.

55-7 دعم تطوير نظام لتقييم وضمان الجودة يسعى على نحو فعال تجاه التحسين المستمر للجودة.

55-8 إدارة عقود توريد الخدمات من الخارج لتعظيم جودة الرعاية وتقديم الخدمات.

55-9 إدارة نظام فعال لتقييم طاقم العمل أثناء فترة الاختبار وكذلك التقييم السنوي لطاقم العمل.

55-10 ضمان وجود لجان فنية متخصصة بالمستشفى تعمل تحت إشراف المدير الطبي.

55-11 ضمان مشاركة المرضى ومقدمي الرعاية والمجتمع في تخطيط وتقديم وتقييم الخدمة الصحية.

55-12 ضمان توفر الموارد الكافية وطاقم العمل المتخصص في وقت تقديم خدمات الرعاية الصحية الآمنة في المستشفى.

55-13 ضمان تعريف وتحديد جميع المسؤوليات الوظيفية لجميع مختصي الرعاية الصحية والعاملين. ينبغي تقديم السياسات والإجراءات الخاصة بمتابعة مختصي الرعاية والصحية والعاملين.

55-14 الحصول على الاعتمادات المطلوبة من الهيئة الصحية المختصة الخاصة بأي تغييرات أو تعديلات في نطاق خدمات و مرافق المستشفى.

56- المدير الطبي

56-1 يجب أن يكون المدير الطبي بالمستشفى طبيب أو طبيب أسنان مصرح له بممارسة المهنة ومصرح له من الهيئة الصحية المختصة بدولة الإمارات العربية المتحدة أو شخص مؤهل حاصل على شهادة في إدارة المستشفى وخبرة ذات صلة في إدارة المستشفى.

56-2 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:

56-2-1 ضمان حصول جميع مختصي الرعاية الصحية على ترخيص فعلي ومناسب بواسطة الهيئة الصحية المختصة واكتساب التدريبات والمهارات المطلوبة للقيام بالخدمات العلاجية المقدمة بالمستشفى.

56-2-2 ضمان تقديم المستشفى دورات تدريبية إكلينيكية مستمرة لمختصي الرعاية الصحية في مناطق مختلفة اعتمادًا على تقييم الكفاءة المهنية وتقييم الأداء، مثال الرعاية الإكلينيكية الجيدة والمعالجة اليدوية والتعامل مع الأدوات والتعقيم والتدريب على الوقاية من الحرائق والوقاية من المخاطر المادية والكيميائية في المرافق الصحية وما إلى ذلك.

56-2-3 ضمان تمتع جميع العاملين (المختصين في غير مجال الرعاية الصحية) المشاركين في تقديم خدمات الرعاية الصحية بالمستشفى بتدريب وتأهيل وإشراف مناسب، وكذلك توفر عدد كافي منهم لتقديم الرعاية المطلوبة.

56-2-4 تطوير عملية داخلية واضحة لتجميع وتقديم الشهادات المعتمدة لمختصي الرعاية الصحية (الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة) إلى الهيئة الصحية المختصة

56-2-5 تحديد معايير موضوعية لامتيازات الطبيب بالمستشفى والاحتفاظ بسجلات خاصة بنتائج الاعتماد والمزايا.

56-2-6 ضمان إعلام جميع مختصي الرعاية الصحية واتباعهم للائحة المستشفى والسياسات والإجراءات العلاجية.

56-2-7 ضمان تأسيس وتنفيذ برنامج توجيه بالمستشفى.

56-2-8 الاستجابة لأي تقارير معاينة أو متطلبات خاصة بالهيئة الصحية المختصة.

56-2-9 قيادة مؤسسة المستشفى في التزامها تجاه تحسين الأداء من خلال إدارة المخاطر الوشيكة والحوادث والشكاوى والاستجابات. يجب على المستشفى اتباع نظام التبليغ عن الحادث وتقديم دليل على التنفيذ.

56-2-10 ضمان تقديم المستشفى خطة لمعالجة حالات الاشتباه في الاعتداء على الأطفال والأعمال الإجرامية.

56-2-11 التبليغ عن جميع الأمراض المعدية وفق القائمة المعتمدة من الهيئة الصحية المختصة.

56-2-12 التبليغ عن الأخطاء الجسيمة إلى الهيئة الصحية المختصة.

56-2-13 تقديم بيانات وإحصائيات المستشفى السنوية المطلوبة إلى الهيئة الصحية المختصة.

57 مدير خدمات التمريض

57-1 يجب على كل مستشفى تنفيذ خدمات تمريض تحت توجيه ممرضة مسجلة معتمدة من الهيئة الصحية المختصة، حاصلة كحد أدنى على درجة الماجستير في التمريض أو الإدارة وخبرة لا تقل عن خمس(5) سنوات في مجال التمريض، مع إتمام عامين على الأقل في وظيفة إدارية أو إشرافيه.

57-2 يجب تكليف الممرضات المرخص لهن بالعمل في الإشراف على خدمات الرعاية والمساعدة في التمريض وفق خطة العمل المكتوبة التي تقدم تغطية مناسبة لجميع وحدات التمريض أثناء كل نوبة عمل.

58 اللجان الفنية بالمستشفى

58-1 وفق أنشطة المستشفى وسعة الأسّرة والخدمات العلاجية المقدمة، يجب على المستشفى تعيين لجان فنية متخصصة تحت إشراف المدير الطبي.

58-2 يجب أن تجتمع اللجان على أساس دوري لتنسيق وتطوير أعمال الرعاية. يجب توثيق محضر الاجتماع مع بيان المهام والمسؤوليات بوضوح.

58-3 يجب أن تتضمن اللجان الفنية بالمستشفى اللجان التالية، على سبيل المثال لا الحصر:

58-3-1 لجنة مقاومة العدوى.

58-3-2 لجنة الاعتمادات والامتيازات.

58-3-3 لجنة الصحة والسلامة.

58-3-4 لجنة المراضة والوفيات.

58-3-5 لجنة الاستفادة من الدم ومراجعة نقل الدم.

58-3-6 لجنة الصيدلية والدواء.

59 نظام الاعتماد والامتيازات

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

59-1 تتحمل هيئة إدارة المستشفى والمدير الطبي مسؤولية ضمان تقديم الخدمات بواسطة مختصين أكفاء في الرعاية الصحية معتمدين من الهيئة الصحية المختصة.

59-2 يجب إنشاء لجنة للاعتمادات والامتيازات في المستشفى لضمان دعم العمليات وتقديم خدمات رعاية صحية آمنة.

59-3 يجب أن يمتلك جميع مختصي الرعاية الصحية رخصة مهنية سارية من الهيئة الصحية المختصة، ويقومون بأعمال تتوافق مع مجال تخصصهم.

59-4 يجب على اللجنة تطوير وتنفيذ سياسات وإجراءات واضحة للاعتمادات والمزايا كما يجب تطبيق نظام الاعتمادات والمزايا لأطباء المجتمع والأطباء الزائرين.

59-5 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.

59-6 يجب مراجعة مجال الخبرات العلاجية لجميع الأطباء (الامتيازات) خلال فترات زمنية دورية طوال فترة عملهم وتعيينهم.

59-7 يجب على لجنة الاعتمادات والامتيازات تطوير سياسة التقديم الآمن للإجراءات الحديثة.

القسم العاشر: إدارة الموارد البشرية

تعمل إدارة الموارد البشرية وإدارة المستشفى على دعم وتعزيز جودة الرعاية الصحية والقوة العاملة المتميزة وبيئة العمل المرضية لكل العاملين، وأن إدارة الموارد البشرية السليمة بالمستشفى تضمن تعيين وإدارة العاملين بالرعاية الصحية لتدعم توفير الرعاية والخدمات الصحية الآمنة وعالية الجودة.

60 ممارسات الموارد البشرية

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

60-1 على المستشفى إظهار الدليل للتركيز على تخطيط الموارد البشرية وتلبية احتياجات المستشفى الحالية والمستقبلية.(ملحق 12)

60-2 يلزم أن يضمن نظام اختيار العاملين وتعيينهم توفر الخبرة والكفاءة لدي العاملين باحتياجات المستشفى.

60-3 التحقق من وجود نظام للتعليم والتطوير لضمان دوام مهارة وكفاءة العاملين في المهام الموجهة لهم.

60-4 ضرورة توثيق أنشطة التطوير المهني المستمرة.

60-5 يجب توفير منظومة منهجية مستقرة للتوجيه الأولي والمتابعة المهنية وتقييم الأداء للعاملين.

61 الحد الأدنى للمتطلبات الواجب توافرها في الطاقم الطبي

يجب توفير عدد كاف من الطاقم الطبي من المؤهلين والحاصلين على إجازة سارية من الجهة المختصة للعمل في كافة الأوقات، وإتخاذ الاجراءات اللازمة للرعاية الصحية للمرضى.

61-1 تقوم الإدارة العليا بتحديد عدد الطاقم الطبي المخصص لكل خدمة رعاية صحية، على أن يتماشى ذلك مع البرنامج العلاجي الوظيفي للمستشفى.

61-2 على كافة أفراد الطاقم الطبي العمل في مجال تخصصهم.

61-3 يجب تعيين رئيس وطاقم طبي متخصص لإدارة كل قسم طبي مع توفير المتطلبات التالية:

61-3-1 ضرورة وجود استشاري واحد (1) على الأقل طوال الوقت بالنسبة للتخصصات التالية: الباطنة والجراحة والأطفال والنساء والتوليد والتخدير.

61-3-2 ضرورة وجود استشاري أو اختصاصي واحد (1) باطنة على الأقل للأقسام أو الخدمات الأخرى في المستشفى.

61-3-3 ضـرورة وجود اختصـاصـي أو ممارس عام واحد (1) على الأقل بمقر المسـتشـفى، بحيث يغطي كل قسم أو خدمة طبية على أن يشمل ذلك العطلات والإجازات العامة.

61-3-4 يعتمد عدد الاختصـاصـين أو الممارسـين العموميين على أنشـطة المسـتشـفى وعدد المرضى.

61-3-5 يجب ألا تزيد مسـؤولية الممارس العام أو الأخصـائي تجاه المرضـى من نزلاء المستشفى على 10 أسرَة للطبيب في الأجنحة العامة، تحت الإشراف المباشر للأخصائي أو الاستشاري في مجال تخصصه.

61-3-6 ضـرورة وجود عدد كاف من الممرضـات المعتمدات للعمل طوال الوقت للتخطيط والإشراف وتقييم الرعاية التي تقدمها الممرضات. وعلى المستشفى الوفاء بنسبة التمريض التي تقررها الجهة المختصة (راجع ملحق 13) كحد أدنى من متطلبات هيئة التمريض.

61-3-7 يجب أن يفي عدد الممرضات المعتمدات والممرضات المساعدات لهن – والمرخص لهن من الجهة المختصة والمخصصات لكل قسم أو خدمة طبية – بأنواع الممرضات اللازمات للرعاية الطبية. أنظر جدول التمريض وإرشاداته بالمستشفى العام (ملحق 13).

61-3-8 يجب توافر اسـتشـاري أو اختصـاصـي واحد (1) في علم الأمراض والتحاليل طوال الوقت لإدارة خدمات معامل العيادات بالمستشفى.

61-3-9 يجب وجود على الأقل عدد ثلاثة (3) فنيين معمل طبي معتمد من الجهة المختصـة بالمستشفى لتقديم الخدمات المعملية الأساسية.

61-3-10 يجب توافر اسـتشـاري واحد (1) أو اختصـاصـي علاج إشـعاعي واحد (1) طوال الوقت لإدارة خدمات الأشعة التشخيصية بالمستشفى.

61-3-11 يجب وجود – على الأقل – ثلاثة (3) اختصاصيين أشعة معتمدين في المستشفى للمساعدة في خدمات الأشعة التشخيصية بالمستشفى.

61-3-12 يلزم توفر فنية تصوير بالأشعة واحدة (1) على الأقل للقيام بخدمات تصوير الثدي بالأشعة.

61-3-13 يتوقف مدى توفر المختصين في مجال الرعاية الطبية على أنشطة المستشفى وعدد المرضى بها. ويتم تحديد هذا العدد بمعرفة الإدارة العليا بالمستشفى لضمان التغطية الكافية لكل الخدمات الطبية بكافة الأقسـام، وكذلك ضـمان توافر طاقم التمريض بكل نوبات العمل الثلاث، صباحاً ومساءاً وليلاً وفي أثناء الإجازات والعطلات العامة.

62 متطلبات اعتماد مختصي الرعاية الصحية

62-1 يتعين على كافة المختصين في مجال الرعاية الصحية الحصول علي اعتماد أو تدريب سار في مجال إنعاش القلب والرئتين أو طرق الإنعاش الأساسية.

62-2 يتعين على كافة المختصين في مجال الرعاية الصحية بخدمات الرعاية الحرجة وقاعة العمليات الجراحية الحصول على اعتماد أو تدريب سار في مجال الدعم المتطور لحياة القلب.

62-3 يجب أن تتوفر الكفاءة للمختصين العاملين في مجال الرعاية الصحية والحاصلين على تدريب نوعي أو اعتماد كما يلي:

62-3-1 الممرضات والأطباء العاملون بوحدة العناية المركزة لحديثي الولادة: برنامج الإنعاش لحديثي الولادة.

62-3-2 القابلات والأطباء العاملون بأجنحة التوليد: برنامج تدريب مستدام على تشغيل جهاز متابعة الجنين قبل الولادة.

62-3-3 الممرضات في غرف العمليات : التدريب في مجال تقييم ورصد المرضى تحت تأثير التخدير.

62-3-4 الممرضات بقسم المرضى الخارجيين (العيادات الخارجية) : تقييم درجة الألم وإدارة وإدخال المحاليل في الوريد.

63 متطلبات تحصين العاملين بالرعاية الصحية

على المستشفى أن تضمن – إن أمكن – اتخاذ التدابير الصحيحة لمنع العدوى حيث أن الكثيرين من العاملين بالرعاية الصحية عرضة لمخاطر الإصابة بأمراض يمكن منعها بالتطعيم.

63-1 على كل مستشفى وضع سياسة شاملة للإشراف على التلقيح والتطعيم لجميع العاملين بالرعاية الصحية.

63-2 على المستشفى تدبير تطعيمات العاملين بالرعاية الصحية مجاناً.

63-3 على المستشفى توفير التطعيمات المناسبة للعاملين بالرعاية الصحية والمرضى، عندما يكون هناك دليل مصلي على عدم وجود مناعة لأمراض معينة يسهل انتقالها من شخص إلى آخر، وأن تكون تلك التطعيمات معترفًا بها في القوانين واللوائح الاتحادية.

63-4 الاستخدام الأمثل لمواد التطعيم والأمصال، بسبب اتصالهم وملامستهم لمرضى أو لمواد ممرضة من جهة المرضى، وذلك لتأمين صحة العاملين وحماية المرضى من الإصابة بالعدوى من خلال

تعرضــهم واتصــالهم بعاملين آخرين مصــابين. وتتوفر جداول مواد التطعيم والأمصــال اللازمة للعاملين بالرعاية الصحية في (الملحق 14)، ولابد من مراعاة استخدام تلك المواد أثناء تطوير سياسات التطعيم.

63-5 يتعين الاحتفاظ بدليل أو سـجل للتطعيم الحالي بالمواد الموصــي بها للعاملين بالرعاية الصــحية، جنبًا إلى جنب مع نظام مركزي لمتابعة حالات و مواقيت التطعيم للعاملين بالرعاية الصحية.

القسم الحادي عشر: إدارة المنشآت

يجب أن تضـمن المستشـفيات أن تكون بيئة الرعاية الصـحية سليمة وآمنة وداعمة ومؤثرة على المرضـى وأســرهم وأعضــاء أطقم العمل. وفي المســتشــفيات الآمنة، يســتلزم الأمر وجود برنامج منهجي لتحديد الأولويات والتخلص من المخاطر المختلفة.

64 نظم إدارة السلامة بالمستشفى

64-1 على إدارة المســتشــفى تخطيط وتمويل كافة أوجه الدعم والموارد الضــرورية لتحســين الســلامة بالمنشأة.

64-2 على المستشفى إنشاء لجنة متعددة التخصصات للصحة والسلامة.

64-3 يجب أن تتفق أنظمة إدارة المستشفى وسياساتها مع اللوائح المحلية والاتحادية المعنية.

64-4 يجب أن تشــتمل منظومة إدارة الســلامة على أنظمة الســلامة من الحرائق ومكافحتها، وإدارة النفايات الخطرة ومخططات الطوارئ والأمن والأمان وأية مخاطر أخرى.

64-5 على إدارة المستشفى تعيين ضابط سلامة مدرب طوال الوقت.

64-6 يمكن التعامل مع موردي خدمات خارجيين، شــريطة إفادتهم بالمعلومات اللازمة لهم وامتثالهم بمتطلبات وشروط الصحة والسلامة بالمستشفى.

64-7 يجب إحاطة طاقم العمل بالمعلومات التي تلزمهم وتعريفهم بمســؤولياتهم وبتدابير التعامل مع المواد والنفايات الخطرة، وكذلك بتدابير الوقاية من الحرائق ومكافحتها.

64-8 يجب أن يتضــمن برنامج تقديم وتوجيه أي فرد جديد في طاقم العمل التوجيه الخاص بتدابير السلامة.

64-9 يجب أن تلتزم المستشفى بتدابير السلامة والأمن التي توجبها إدارة الدفاع المدني المعنية.

64-10 على إدارة المســتشــفى الالتزام بقواعد وتعليمات ولوائح الهيئة الاتحادية للرقابة النووية بشــأن اسـتخدام الإشـعاع المؤين والمواد المشـعة بالمسـتشـفى، وكافة إجراءات السـلامة والوقاية المتعلقة بهذا الموضوع.

65 الوقاية من الحرائق

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

65-1 وضع خطة للوقاية من الحرائق تتماشى مع توجيهات إدارة الدفاع المدني، للكشف المبكر عنها ومحاصرتها وإطفائها وإنقاذ الموجودين والمرضى.

65-2 وضع تدابير معينة لإخطار أو تنبيه الجهات المسؤولة.

65-3 وضع وتنفيذ سياسة لعدم التدخين بالمستشفى.

65-4 وضع تصور لمخاطر الحريق المحتمل الذي قد يواجه مرافق المستشفى.

65-5 تفهم وإدارة المخاطر المقترنة بموقع المستشفى ومرافقها.

65-6 إجراء الصيانة الدوية لمعدات الوقاية من الحرائق، واختبار كفاءة تدابير مكافحتها وأنظمة الاتصالات في حالات الطوارئ.

65-7 تدريب طاقم العمل على كيفية التصرف في حال نشوب حريق بالمبنى الموجودين به.

65-8 التأكد من توفر أعداد كافية من العاملين المدربين جيدًا وموزعين على كل مناوبات العمل، بحيث يقومون بالاستجابة المناسبة في حال نشوب أي حريق.

65-9 تدريب وتلقين العاملين على حالات الطوارئ، لتقييم كفاءة درجات الاستعداد لديهم.

66 المواد والبضائع الخطرة

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

66-1 على المستشفى ضمان وجود حيز كاف وتهوية كافية من أجل التعامل الآمن مع المواد الخطرة.

66-2 يجب أن يتوفر بكل قسم قائمة حالية ومحدثة بالمواد والبضائع الخطرة المستخدمة في تلك المنطقة، على أن تغطي تلك القائمة ما يلي:

66-2-1 الغرض من الاستخدام.

66-2-2 الشخص المسؤول عن الاستخدام.

66-2-3 الكمية المسموح استخدامها.

66-3 يجب تسمية وتصنيف كافة المواد بوضوح، ويشمل ذلك الأدوية المضادة لنمو الأورام والمواد المشعة، وكافة المواد الأكالة والأحماض والمواد السامة والغازات والأبخرة الخطرة وغازات التخدير.

66-4 يجب توفير ملابس ومعدات واقية بكافة مرافق المستشفى التي تتعامل مع المواد الخطرة.

66-5 يجب توفر ملفات بيانات سلامة المواد لطاقم العمل في الأماكن المتخصصة، ولإدارة الدفاع المدني في حالة الطوارئ.

66-6 يجب تسمية وتصنيف المواد الخطرة بوضوح وتسجيلها بسجل كافة المواد الخطرة بموقع العمل. ويحظر تغيير بطاقات التسمية، ويتعين تخزين كافة المواد بأوعيتها الأصلية.

67 إدارة النفايات والبيئة

تدعم إدارة النفايات والبيئة الممارسات السليمة الآمنة وكذا سلامة البيئة، ومن الضروري أن تضع المستشفى وتنفذ سياسة إدارة النفايات والبيئة بكافة أرجاء المستشفى، ويتعين أن تشمل تلك السياسة العزل والتخلص من نفايات المستشفى والنفايات العلاجية بطريقة سليمة طبقًا للوائح المحلية.

67-1 يجب أن تغطي سياسة إدارة النفايات كيفية التعامل مع، والتخزين، والنقل، والتخلص من كل أنواع النفايات مثل:

67-1-1 نفايات العيادات.

67-1-2 نفايات العلاج بالمواد الكيميائية.

67-1-3 النفايات المشعة.

67-1-4 الغازات الخطرة.

67-1-5 غازات التخدير.

67-2 يجب تحديد وتعريف مسارات إدارة النفايات، مع عرض علامات أو لافتات التنبيه أو التحذير.

67-3 يجب التخزين الصحيح لمواد النفايات وتعبئتها وحفظها داخل أوعية وحاويات.

67-4 التعاقد مع شركة متخصصة للتعامل بمواد النفايات الطبية، مع ضرورة أن يتم ذلك طبقًا للشروط التي تصدرها الوحدة المحلية والجهة الصحية المختصة المعنية.

67-5 يحظر نهائيًا التخلص من السوائل والأدوية والمحاليل والكيماويات الطبية الخطرة في مجاري الصرف الصحي العادية.

67-6 يجب الحفاظ على النظافة في كافة أرجاء المستشفى، بمعرفة طاقم العمل بها.

68 إدارة المعدات والإمدادات الطبية

تعتبر الأجهزة والمعدات الصالحة والدقيقة والآمنة بالعيادات شرطًا ضروريًا لتقديم خدمات الرعاية الصحية، ويجب أن يتم اختيار الأجهزة والمعدات الطبية بعناية واعتماد المستخدم النهائي لها، مع ضرورة تركيبها ومعاينتها وتشغيلها طبقًا لمواصفات الشركات التي صنعتها، ويلزم تحديد وتعريف المعدات

والأجهزة فائقة الأهمية، مع ضـــرورة مراقبة صـــيانتها ومعاينتها وتشـــغيلها طبقًا للوائح المحلية ومعايير إجازتها.

68-1 على المستشفى مداومة تنفيذ صيانة وقائية فعالة طبقاً لتوصيات الشركات الصانعة، ويجب أن تشتمل الصيانة الوقائية – على سبيل المثال لا الحصر – على ما يلي:

68-1-1 اختبار سلامة التوصيلات الكهربائية الخاصة بالأجهزة والمعدات عند تركيبها وأثناء إجراء الصيانة الوقائية وبعد عمل إصلاحات كبرى لها وعمل تقرير بها .

68-1-2 يجب أن يخصـــص لكل جهاز قائمة مراجعة تشـــمل جداول الصـــيانة وحالات التعطل والإصلاحات التي تعرض لها.

68-1-3 يجب أن يتوفر للمستشفى إجراءات مستدامة قياسية لتنفيذ اعتماد أو التصديق على كل المعدات والأجهزة الجديدة قبل تشغيلها واستخدامها.

68-2 يجب أن يتوفر بالمستشفى ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:

68-2-1 كتيبات السلامة في ورش عمل الطب الحيوي.

68-2-2 كتيب تشغيل الأجهزة و المعدات لكل قسم أو إدارة تستخدمها.

68-3 يجب أن يكون للمستشفى سياسة مكتوبة لوضع بطاقات التعريف والتسمية على الأجهزة والمعدات الطبية.

68-3-1 عمليات الصيانة الوقائية وتاريخ الاختبار والتاريخ المحدد.

68-3-2 رقم الجرد.

68-3-3 الإخراج من الخدمة.

68-3-4 اختبارات السلامة.

68-3-5 حالة الجهاز التعقيمية (نظيف أم لا).

68-4 على المستشفى الاحتفاظ بسياسة مكتوبة بشأن إخراج المعدات والأجهزة من الخدمة.

68-5 يجب أن تتم صيانة الأجهزة والمعدات بمعرفة متخصصين مؤهلين ومدربين.

68-6 على المستشفى إلغاء استخدام أسلاك التمديدات.

68-7 من الضـــروري أن يتم تدريب مختصـــي الرعاية الصـــحية بالمســـتشـــفى (الأطباء والممرضـــات ومعاونيهم) على تشغيل الأجهزة والمعدات الطبية والمخاطر المقترنة بها، وأن يشمل هذا التدريب – على سبيل المثال لا الحصر – ما يلي:

68-7-1 الأجهزة والمعدات الجديدة.

68-7-2 طاقم العمل المنتقل من قسم إلى آخر.

68-7-3 طاقم العمل المعين حديثًا.

68-7-4 تكرار حدوث سوء استخدام الأجهزة والمعدات.

68-8 يتعين على المستشفى حفظ سجل أو قوائم جرد لكافة الأجهزة والمعدات وأماكن وجودها.

68-9 توفر بيانات عن عمليات الصيانة الوقائية بشأن تحديث أو استبدال الأجهزة والمعدات.

68-10 يتم توثيق وحفظ كافة سجلات الخدمة ونتائج الاختبارات (الخاصة بالسلامة والصلاحية) وتقارير المعايرات وعمليات الضبط وتأكيد الجودة ومراقبة الجودة لكافة الأجهزة والمعدات.

68-11 يتم اختبار ومعايرة كل الأجهزة والمعدات باستخدام أدوات اختبار مناسبة ومعايرة.

68-12 يجب حفظ تقارير حوادث الأجهزة والمعدات الطبية والإجراءات التصحيحية التي تمت بالمستشفى.

68-13 يجب أن تكون المرافق والوسائل والملحقات والمستهلكات مناسبة لأداء الأجهزة والمعدات لوظائفها ومطابقة لتوصيات الشركات الصانعة لها.

68-14 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.

68-15 يجب وجود منظومة بالمستشفى لمتابعة الموردين والمقاولين بخصوص الأجهزة والمعدات في فترة الضمان وأماكن وجودها والعقود الخاصة بها.

68-16 يجب أن يتوفر بالمستشفى منظومة لسحب أو إيقاف أي منتج أو جهاز.

68-16-1 يتعين وضع وتنفيذ سياسة إجرائية تمكن من سحب أي منتج أو جهاز أو معدة من الخدمة، ثم استخدام هذا المنتج أو الجهاز المسحوب بعد ذلك.

68-17 يلزم وجود مصدر لكهرباء الطوارئ لتغذية المناطق المهمة جدًا بالكهرباء عند انقطاع الكهرباء العمومية.

68-18 يجب توافر منظومة صحيحة للإدارة والتقييم لكافة الكاشفات والإمدادات، بما في ذلك المياه، وذلك من أجل تحقيق إجراءات ونتائج اختبار دقيقة وموثوق بها.

68-18-1 يتم تسمية الكاشفات والإمدادات بشكل صحيح كما يلي:

68-18-1-1 الاسم العلمي.

68-18-1-2 الشدة أو التركيز.

68-18-1-3 شروط واعتبارات التخزين.

68-18-1-4 المعلومات التحذيرية والإضافية.

68-18-1-5 تاريخ الإعداد أو الاستلام وتاريخ الفتح.

68-18-1-6 تاريخ انتهاء الصلاحية أو الفعالية.

68-18-2 على المستشفى عدم استخدام مواد أو كواشف ذات فعالية متدنية (دون القياسية) أو قديمة أو حالتها متدهورة.

69 إدارة الطوارئ والكوارث

يجب أن يضع المستشفى سياسة شاملة تطبق بكل أقسامها ومرافقها بهدف إدارة حالات الطوارئ والكوارث بما يضمن استمرارية أنشطة المستشفى.

69-1 على المستشفى وضع مخططات للتعامل مع الكوارث الخارجية الطارئة بالمجتمع المحلي، ويجب أن تتضمن تلك المخططات ما يلي:

69-1-1 الأعداد وبطاقات العمل.

69-1-2 واجبات ومسؤوليات رئيس المستشفى ورؤساء الأقسام ورؤساء الوحدات.

69-1-3 مجالات فرز حالات المرضى لتحديد أولويات علاجهم، وأماكن وجودهم، وبطاقات أولويات علاجهم.

69-1-4 تحديد الشخص المسؤول عن إعلان حالة الطوارئ واستدعاء السلطة البلدية أو المحلية.

69-1-5 أسماء كافة العاملين المراد استدعائهم، ووسيلة الاتصال بهم.

69-1-6 مكان غرفة التحكم والشخص المسؤول في مثل حالات الطوارئ هذه، مع العرض الواضح لمخططات الاستجابة والإخلاء.

69-2 يتعين على المستشفى إجراء تمارين وتدريبات على حالات الطوارئ، تشمل مواجهة ومكافحة الحرائق والإخلاء، وذلك للتحقق مما يلي:

69-2-1 توقيت استجابة العاملين لنداء أو استدعاء الطوارئ.

69-2-2 كفاءة منظومة الاتصالات، مثل أصوات حادة أو صريرية، هواتف نقالة، ونظام الاستدعاء العلوي المتكرر.

69-2-3 قدرة طاقم العمل على تنفيذ الأدوار المنوطة به.

69-2-4 الوقت الذي تستغرقه عملية إخلاء المرضى والأجهزة والأدوات اللازمة لهم.

69-2-5 تدوين نتائج إجراءات التدريب والنقاط التي يجب العمل عليها و تحسينها.

69-3 لابد أن تضمن إدارة المستشفى توفر الإمدادات والأجهزة والمعدات اللازمة لاستخدامها في حالات الطوارئ الخارجية مثل الحقائب الطبية والأدوية وأجهزة المتابعة المتنقلة.

69-4 ينبغي توافر مخططات بالمستشفى للتعامل مع الكوارث الطارئة الداخلية، ويجب أن تتضمن تلك المخططات ما يلي:

69-4-1 أسماء كافة العاملين المطلوب استدعائهم عند حدوث الكارثة، وأرقام هواتف الاتصال بهم، وبطاقات العمل.

69-4-2 مكان غرفة التحكم ووظيفة الشخص المسؤول عنها.

69-4-3 واجبات ومسؤوليات رئيس المستشفى ورؤساء الأقسام ورؤساء الوحدات.

69-4-4 الإجراء المتبع لنقل المرضى إلى أماكن أخرى.

69-4-5 تحديد الشخص المسؤول عن إعلان حالة الطوارئ واستدعاء السلطة المحلية.

69-5 يلزم وجود مخططات وخرائط إخلاء في جميع أرجاء المستشفى تبين أماكن ما يلي:

69-5-1 المكان الذي أنت فيه الآن.

69-5-2 طفايات الحريق.

69-5-3 حجيرات بكرات خرطوم إطفاء الحرائق.

69-5-4 بطانيات مقاومة للحريق.

69-5-5 طرق وممرات النجاة.

69-5-6 نقط أو أماكن التجمع.

69-5-7 مخارج الهروب من الحريق.

69-5-8 نقاط النداء أو الاستدعاء ويلزم كسر زجاجها أو جذب وسيلة النداء منها.

69-6 على موردي الخدمات الخارجية الالتزام بشـــروط ومتطلبات المســـتشـــفى من أجل منع حالات الطوارئ.

69-7 يتم تعليم وتدريب العاملين عند توجيههم لأول مرة ثم ســـنويًا على مكافحة الحرائق وإخلاء المستشفى.

69-8 لابد من وجود دليل موثق على قيام مورد الخدمة الخارجي المعتمد بالتفتيش الكامل على نظام مكافحة الحرائق طبقًا للتشريعات السارية.

70 إدارة الأمن

على إدارة الأمن بالمستشفى دعم الممارسات الطبية الآمنة والبيئة الآمنة. بمراعاة الآتي علي سبيل المثال وليس الحصر.

70-1 وجود أفراد معينون ومكلفون بتنفيذ واجبات الأمن.

70-2 يتم تعليم أفراد الأمن وتزويدهم بالمعلومات المتعلقة بمخاطر الأمن وبمسؤولياتهم. ويجب أن يكون لهم توصـــيف وظيفي مكتوب ويتم توجيههم بشـــأن مجال عملهم ومكافحة الحرائق وقوانين الطوارئ بما يتناسب مع حجم المستشفى.

70-3 يتم تطبيق سياسة أمنية في كافة أرجاء المستشفى، تشمل تحديد وتعريف كل مما يلي بواسطة حمل شارات معينة:

70-3-1 طاقم العمل بالمستشفى.

70-3-2 العاملون المؤقتون.

70-3-3 العاملون لدى المقاولين.

70-4 توفير سياسات مكتوبة بخصوص ما يلي و تشمل - على سبيل المثال لا الحصر - ما يلي:

70-4-1 المفقودات والأمانات والتي يتم العثور عليها.

70-4-2 الحفظ الآمن لمتعلقات المرضى.

70-4-3 كيفية الاتصال بالشرطة المحلية وقت الحاجة.

70-5 تقييد المداخل إلى المناطق الحساسة ومراقبتها من قبل أفراد الأمن أو منظومة الأمن، مثل منطقة تسليم البضائع، وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة، الحضانة، طوابق المرضى الإناث، منطقة غرف العمليات وقسم التعقيم المركزي.

70-6 يجب أن يكون للمستشفى سياسة أمنية مكتوبة بشأن تدخل الشرطة في الأمراض النفسية، وحوادث السيارات، وحالات القتل.

كما يجب علي المستشفى المحافظة على سياسات مكتوبة لمنع اختطاف الأطفال، وحديثي الولادة.

70-8 يجب تعريف مخاطر الأمن بالمستشفى.

70-9 يتم تزويد موردي الخدمات الخارجية بالمعلومات المناسبة لهم، ويتعين التزامهم بضوابط الأمن التي تضعها المستشفى.

الملحق 1: قياسات المنشآت

القياسات الواردة هنا هي الحد الأدنى المطلوب، ولكل جهة الحق في المطالبة بمساحات إضافية بموجب القوانين المحلية لكل جهة معنية.

رقم مسلسل	الغرفة	القياس
1	شروط عامة	• يكون أقل ارتفاع للسقف 2.39 متراً (7 أقدام و10 بوصة) • يجب أن تكون فتحة الباب على غرف نوم المرضى الداخليين واسعة بما يكفي لتحريك السرير أو النقالة، ويكون أقل صافي عرض 1.12 متراً (3 أقدام و8 بوصة)، ويلزم ألا يقل ارتفاع سقف الغرفة عن 2.13 متراً (7 أقدام).
2	غرفة العمليات	• أقل مساحة صافية للأرضية 36 متر مربع (387.5 قدم مربع) • يجب أن يكون عرض باب الدخول إلى غرفة العمليات (حوالي 2.13 متراً)، ويفضل أن يتكون من جزئين، على أن ينفتح على الجانبين، أو يعمل آليًا. • أنواع غرف العمليات والحجم الموصى به: - غرفة عمليات صغرى: 36 متر مربع - غرفة العمليات عادية: 42 متر مربع - غرفة عمليات كبرى: 58 متر مربع
3	منطقة الإفاقة	7.43 متر مربع على الأقل لكل سرير
4	منطقة الإنعاش	منطقة ذات حيز كاف بباب عرض 2.0 متر، يتكون من جزئين
5	غرفة الاستشارات	لا تقل مساحتها عن 12 متر مربع
6	غرفة المخاض – الولادة –	أقل مساحة صافية للأرضية 28 متر مربع (301 قدم مربع) ببعد صاف لا يقل عن 3 متر (32 قدم مربع). ويشمل ذلك منطقة حفظ

	النقاهة، وغرفة المخاض – الولادة – النقاهة – النفاس	استقرار الأطفال وإنعاشهم، بمساحة أرضية صافية لا تقل عن 3.7 متر مربع (40 قدم مربع)
7	وحدة ما بعد الولادة	بمساحة 5 متر مربع على الأقل لسرير كل طفل
مناطق المرضى الداخليين		
8	غرفة لمريض داخلي واحد	بعرض لا يقل عن 3.65 متراً (12 قدم) وعمق 3.96 متراً (13 قدم) (بمساحة حوالي 160 قدم مربع أو 14.86 متر مربع)، ولا يشمل ذلك حجرات الحمامات ودورات المياه والدواليب وخزانات الثياب والفجوات الجدارية أو الممرات. ويجب أن تتسع تلك المساحات للأثاث المناسب لفرد أو فردين من الأسرة، بدون إعاقة مرور أفراد الطاقم الطبي إلى المرضى.
9	غرفة مشتركة لمرضى داخليين	لا تقل مساحة كل سرير عن 9 متر مربع (80 قدم مربع). ويجب تزويد المنطقة المخصصة لكل سرير بستائر لضمان خصوصية المريض، على ألا تقل مساحة تلك المنطقة عن 9 متر مربع.
مناطق مرضى العيادات الخارجية		
10	غرف الاستشارة والفحوصات بنفس الغرفة	عندما توجد غرفة أو غرف الاستشارة والفحوصات في نفس الحجرة، مثل الباطنة والولادة والأسنان أو ما شابهها، يجب ألا تقل مساحة أرضيتها الصافية عن 12 متر مربع (129 قدم مربع)
11	غرفة (أو غرف) الاستشارة	لا تقل مساحة الأرضية عن 9 متر مربع (69.8 قدم مربع). ومن الضروري أن يسمح ترتيب الغرفة بعرض جانبي لا يقل عن 81.28 سم (2 قدم 8 بوصة) من كلا الجانبين وعند نهاية واحدة لطاولة الكشف أو السرير أو مقعد الكشف.

	حيث لا تجرى أية فحوصات	
12	غرف العلاج	لا تقل مساحة الأرضية عن 11.15 متر مربع (120 قدم مربع). على ألا يقل أحد أبعاد الغرفة عن 3 متر (9.8 قدم). ومن الضروري أن يسمح ترتيب غرفة العلاج بعرض جانبي لا يقل عن 91.44 سم (3 قدم) من كلا الجانبين وعند أسفل السرير.
13	غرف تقليدية للأشعة	لا تقل مساحتها عن 15 متر مربع. ويجب ألا يقل عرض مدخل الغرفة عن 1.20 سم وارتفاعه عن 2 متر وأن يزود بباب مدرع. ويجب توفر منطقة واحدة على الأقل ليرتدي فيها المريض العباءة أو يغير ثيابه، مع إمكان التخزين الآمن للملابس والممتلكات الثمينة.
14	منطقة ارتداء العباءة	يجب ألا تقل مساحة منطقة ارتداء العباءة عن 1.5 متر X 1.2 متر، مع وجود مدخل مباشر لغرفة الأشعة التقليدية.
15	غرفة الفحص والتشخيص بموجات الصوت فوق السمعية	لا تقل مساحتها عن 7 متر مربع، وبها سرير فحص واحد على الأقل. ويجب أن يصل المريض بسهولة إلى الحمام الموجود بغرفة الفحص بالموجات فوق الصوتية.
16	غرفة الفحص بالتصوير المقطعي الحاسوبي	يجب ألا تقل مساحتها عن 24 متر مربع.
17	حجم ومناطق الصيدلية	يعتمد حجم الصيدلية على نوع منظومة توزيع الأدوية وعدد المرضى الذين تخدمهم الصيدلية ومدى الخدمات المشتركة أو المقتنية. وتزود الصيدلية بحجرة أو منطقة للاستلام وتفريغ العبوات وجرد ومراقبة المواد المخزونة، وطاولات للعمل وحيز لأنشطة التركيب والتوزيع اليدوي والآلي للأدوية. ولابد من توفر منطقة لتجهيز وتحضير الأدوية تتضمن مغسلة وطاولة لتحضير الأدوية، بالإضافة إلى منطقة

		للمراجعة والتسجيل، ومنطقة للتخزين المؤقت واستبدال وإعادة تخزين العبوات، ومخزن آمن للمواد المخدرة والأدوية المقيد صرفها وفقًا لقوانين ولوائح وزارة الصحة ووقاية المجتمع. وإذا كانت البرامج الوظيفية للمستشفى تتطلب تركيب وصرف أدوية وعقاقير لمرضى العيادات الخارجية، يمكن إضافة منطقة لاستشارات المرضى وتوجيههم.
18	عيادة الأسنان	يجب تزويد غرفة أو غرف فحص وعلاج الأسنان بأرضية لا تقل مساحتها عن 12 متر مربع (129.1 قدم مربع)، على ألا يقل أحد أبعاد الغرفة عن 3 متر (9.8 قدم). يجب ألا تقل مساحة أرضية غرفة أو غرف تقويم الأسنان عن 9 متر مربع (96.8 قدم مربع). إذا اشتملت العيادة على مقاعد متعددة لعلاج الأسنان بنفس الغرفة، يجب تخصيص مساحة أرضية لكل مقعد علاج لا تقل عن9 متر مربع (96.8 قدم مربع). يتعين توفر حيز خاص (لا يقل عن 2 متر مربع) لتنظيف وتعقيم أدوات علاج الأسنان. ولا يجوز قط أن يتم تنظيف وتعقيم تلك الأدوات داخل غرفة علاج الأسنان.

الملحق 2: مواصفات أجهزة التنفس الصناعي

1- أجهزة التنفس الصناعي: تستخدم لكافة نوعيات المرضى (سواء البالغين أو الأطفال)، ويمكن تحديثها لخيارات أخرى 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 PEEP، CP، AP، أو تعويض أنبوبي 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)

5-1 وظيفة رذاذ رش.

6-1 أدوات الرئة المفتوحة.

7-1 مراقبة الأحداث وحدود التنبيهات والغازات وضغوط التغذية الخاصة بمعاملات التنفس الصناعي ومعاملات الرئة وتجهيز التنفس الصناعي.

8-1 التنقل عبر عربة مزودة بقابس تبادلي في وحدات البطارية.

الملحق 3: معدات عيادة الأسنان

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

1. مقعد مريض الأسنان، المزود بتروللي الأدوات وأنابيب الشفط.
2. مقعد طبيب الأسنان ومساعده.
3. مصباح هالوجيني كاف.
4. طارد للعاب.
5. وحدة تقشير الأسنان، تعمل بالهواء أو بالموجات فوق الصوتية.
6. مملغم للزئبق (اختياري).
7. وحدة الأشعة السينية للأسنان القياسية (اختياري) في حال وجودها.
8. منظار بسيط بالأشعة السينية للأسنان.
9. واقي رصاصي للغدة الدرقية.
10. آلة تعقيم.
11. آلة علاج ضوئية.

12. سماعة طبية مزودة بأداة لقياس ضغط الدم.
13. مكتب طبيب الأسنان بمقعدين.
14. عدد كاف من الحواجز وأجهزة وقاية شخصية.
15. ثلاجة كهربائية.
16. خزانة الأدوات المشتملة على أدراج.
17. أطباق مقوسة (على شكل كلية) يتم التخلص منها، أو ما شابهها.
18. مآزر أو مرايل بلاستيكية (يفضل أن تكون من النوع الذي يتم التخلص منه).
19. مطهرات لليد لا يتم إعادة تعبئتها، ورشاشات كحول يدوية.
20. وعاء مناسب.
21. وعاء لسكب أو تفريغ المادة الخطرة حيويًا.
22. منطقة معالجة وتعقيم الأدوات والأجهزة (وتكون مستقلة تماماً عن غرفة العلاج).

الملحق 4: الأجهزة الدقيقة والمستلزمات الخاصة بطب الأسنان العام

رقم مسلسل	الوصف	الحد الأدنى للعدد
(أ) الأدوات اليدوية		
طاقم أدوات التشخيص [2]		
1	مرايا الفم بمقابض	6
2	ملاقط	6
3	مجسات	6
جراحة الفم		
1	حقن خرطوشية	4
2	روافع سنية	1 (طاقم)
3	طاقم كامل من الكلابات (للكبار أو الأطفال)	1 (طاقم)
4	ماسك الإبرة	2
5	مقصات مستقيمة ومقوسة	1
6	مقرضة عظام	1
7	مبارد عظام	1
الصيانة		
1	حامل الملغم الزئبقي (مستقيم وقائم الزاوية)	1
2	أربطة نسيجية وماسكها (ضرس واحد رقم 1، ضرس واحد رقم 8، أو عام)	2
3	شريحة زجاجية	1
4	ملوقة فرش (من صلب لا يصدأ)	1
5	ناقشات ومكثفات [3] المملغم الزئبقي	2
6	أدوات صقل وتلميع	1

[2] طاقم تشخيص معقم واحد لكل مريض

[3] لا نوصى باستخدام مملغم الزئبق

7	أدوات بلاستيكية	3
8	محفارات أسنان (مختلفة المقاسات)	3
9	فرشاة أو إسفنجة كشط	1
10	فرشاة كشط من الصلب	1
11	كلابات شيتل	1
12	صواني الأدوات (من صلب لا يصدأ أو بلاستيك)	4
(ب) أدوات فتح قنوات الجذور		
طاقم كامل للبطانة الصندوقية		
1	مبارد قنوات الجذور أرقام 8 و10 و90	20
2	مقورات قنوات الجذور أرقام 8 و10 و90	20
3	سداد أو مباعدات قنوات الجذور	2
تقشير الأسنان وأدوات الصحة الفمية		
1	مقشرات يدوية: أمامية – 3 قطع خلفية: 2 قطعة	5
2	مقشر بالموجات فوق السمعية أو مقشر هوائي	1
3	أدوات كحت مختلفة المقاسات	3
ب- الأدوات الدوارة		
1	مثقاب – كربيد التنجستن - صلب لا يصدأ	3
2	جراحية	1
3	حجرية	1
4	أدوات تهذيب مختبرية	1
5	أدوات يدوية عالية السرعة	3
6	أدوات يدوية منخفضة السرعة	2

الملحق 5: استبيان لمرضى الأسنان

رقم مسلسل	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 تتعاطى 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 روماتزمية؟			
	- 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 اليود 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 تدخن؟			
11	هل لديك أي مشاكل صحية أو احتياجات خاصة لم تذكرها؟			
12	هل أغمي عليك ذات مرة أثناء عمل الطبيب في أسنانك؟			
13	متى كانت آخر زيارة لك لطبيب الأسنان؟			
14	هل هناك أي شيء آخر يجب أن نعرفه قبل أن نعتني باحتياجات أسنانك؟			
15	هل المريض جاهز لإصلاح أسنانه؟			

تم هذا الاستبيان بمعرفة ---------- يوم ---------- الوقت ----------

التوقيع: ----------

روجع بمعرفة طبيب الأسنان: ----------

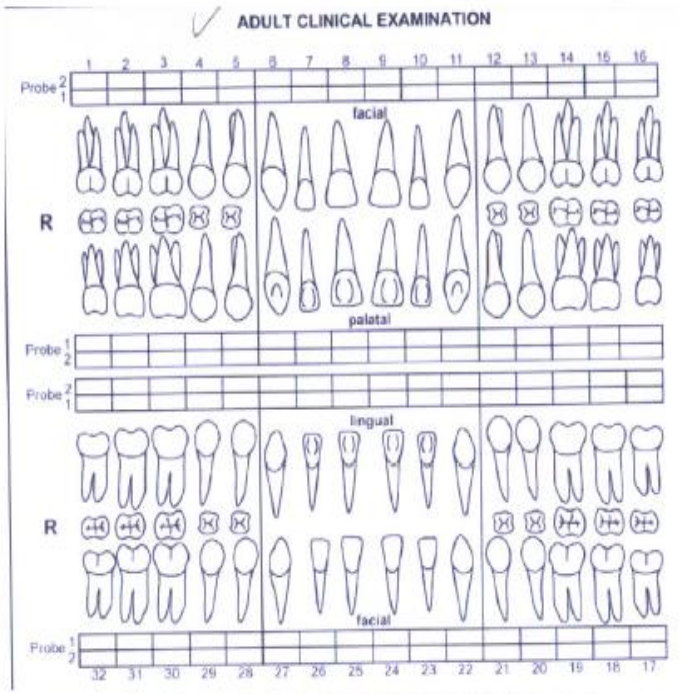
التاريخ: ---------- الوقت: ---------- التوقيع: ----------

الملحق 6: مخطط طب الأسنان

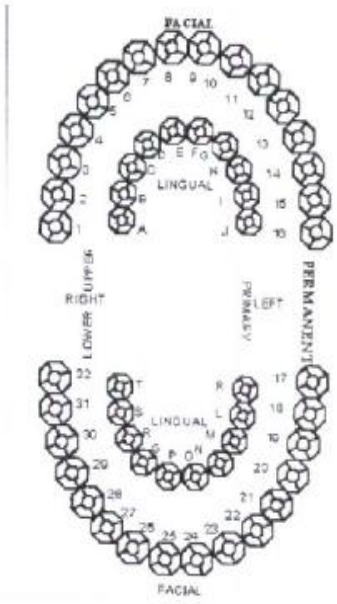
فحص أسنان شخص بالغ بعيادة الأسنان

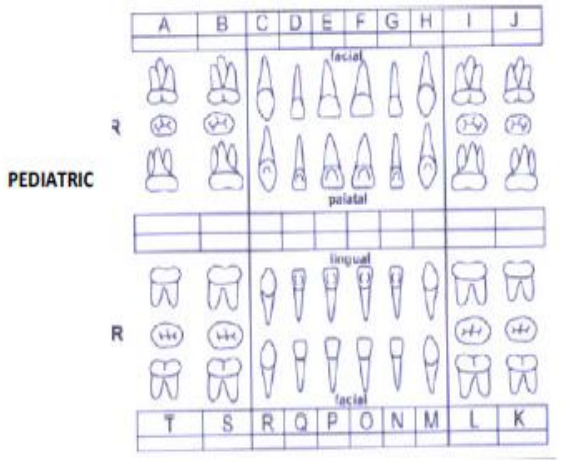
ملصق المريض

فحص أسنان طفل بعيادة الأسنان



Patient Sticker







الملحق 7: قائمة مراجعة إجراءات طب الأسنان ووثيقة التحقق من الموقع والوقت المستقطع

(يستخدمه كل مرضى الأسنان)

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

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

تعريف الموضع (أكمل إذا لزم)

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 – اذكره			
5	الموضع تم تعليمه بمعرفة:			

وقت مستقطع 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 المستقطع	(راجع كل ما ينطبق هنا)
1	تم تحديد المريض		1	طبيب الأسنان	
2	الموافقة كاملة		2	الممرضة أو مساعدتها	
3	التحقق من الموضع والجانب		3	طبيب التخدير	
4	التحقق من الأدوات المستخدمة		4	فني	
5	غير ذلك				

تم إكمال هذا الملحق بمعرفة:

الاسم / الختم: ---------- التاريخ: ---------- الوقت: ----------

التوقيع: ----------

الملحق 8: معايير خدمات نقل الدم

خدمات نقل الدم

اختبار الدم قبل النقل

ب ب 14- يختبر المختبر دم المتلقي ودم المتبرع بأمصـال تصـنيف فعالة وخلايا متفاعلة بدرجة كافية من نوع معروف وذلك لتحديد فصيلة الدم الصحيحة والعامل الريصي.

ب ب 14-1 تؤكد خدمة نقل الدم من خلال تنفيذ اختبار التوافق على ما يلي طبقا للإجراءات المكتوبة:

أ) فصـــيلة الدم لكافة وحدات الدم الكامل ومكونات خلايا الدم الحمراء (ملاحظة: يجب أن يحدد المختبر فصـيلة الدم بواسـطة الاختبار المتزامن لخلايا دم حمراء مجهولة على الأقل بكاشـفات تصنيف الدم مضاد-أ ومضاد-ب. ولتأكيد فصيلة الدم، يجب اختبار المصل المجهول بخلايا دم حمراء معروفة أ1 وب).

ب) تسمية العامل الريصي للوحدات كعامل ريصي سالب (ملاحظة: يجب أن يحدد المختبر تصنيف D [Rho] باختبار خلايا دم حمراء مجهولة بكاشفات تصنيف مضاد –د (مضاد Rho)

ج) فصيلة دم ABO والعامل الريصي للمتلقي.

د) اختبار كافة خلايا المتبرع السـالبية (D) Rho من حيث المتغير (Du). ويتعين إجراء هذا الاختبار لمعرفة مركز المتبرع.

هـ) يتم اتباع تعليمات الشركة الصانعة لتصنيف الدم إذا لزم.

موثوقية فصيلة الدم (ABO) وكاشفات العامل الريصي

ب ب 15 هناك معايير محددة لتحديد فعالية وموثوقية الأمصال والأمصال المضادة والخلايا والكاشفات المستخدمة في تصـنيف فصـائل الدم، وأيضًـا سـياسـات وإجراءات تصـنيف الدم الريصـي والكشـف عن الجسيمات المضادة بالمختبر.

ب ب 15-1 سـتكون الأمصـال المسـتخدمة ذات فعالية معروفة تفي بمواصـفات الممارسـات الدولية.

ب ب 15-2 يحدد المختبر كتابة إجراءاته لاختبارات النشاط والفاعلية أو مراقبة الجودة.

ب ب 15-3 يتم اختبار كل قارورة أمصـال مضـادة أو خلايا متفاعلة أو كاشـفات لتحديد درجة فعاليتها في كل يوم تستخدم فيه وعند أول استخدام لأي دفعة جديدة من الكاشفات.

ب ب 15-4 يؤكد المختبر أن كل كاشف يتفاعل كالمتوقع قبل الإبلاغ عن إجراء أي اختبار.

ب ب 15-5 يتم توثيق كافة نتائج فعالية وموثوقية كافة الكواشف المستخدمة في تصنيف فصائل الدم وتصنيف العامل الريصي واكتشاف الجسيمات المضادة.

ب ب 16 ينفذ المختبر الإجراءات التالية قبل نقل الدم:

أ) تأكيد فرد خبير بطاقم العمل أن كل معلومات التعريف الخاصة بطلب نقل الدم تطابق تلك المدونة على أنبوب العينة قبل إجراء اختبار التوافق.

ب) تأكيد فرد خبير بطاقم العمل أن تصنيف فصيلة الدم ABO والعامل الريصي تم إجراؤه لكافة الوحدات المتبرعة.

ج) تشمل الاختبارات التي تجري على دم المتلقي ما يلي:

1- فصيلة الدم والعامل الريصي

2- استكشاف الجسيمات المضادة غير المتوقعة والتعرف عليها

3- اختبار توافق رئيسي بين الخلايا الحمراء للمتبرع ومصل المتلقي.

د) عند طلب جلوبولين مضاد مباشرة، يجب أن يكون نظام الاختبار المتبع كافيًا لاكتشاف الجلوبولين المناعي الهجومي المتصل بخلايا الدم الحمراء وملحقاته.

هـ) عندما يكون اكتشاف الجسيمات المضادة غير المتوقعة سلبيًا، يلزم إجراء اختبار مصلي للكشف عن عدم توافق فصيلة الدم أو تأكيد الكتروني لوجود توافق.

و) 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 حاليًا بأي سجلات سابقة للمريض كإجراء مراقبة للعملية بغية الكشف عن أي خطأ محتمل. وتشمل تلك المقارنة ما يلي:

- مقارنة تصنيف فصيلة الدم والعامل الريصي خلال الشهرين السابقين.
- مقارنة نتائج المرضى الذين تعرضوا لمشاكل سابقة في مناعة الدم أو نقل الدم خلال السنوات الخمس الماضية.
- استقصاء المختبر وتوصله إلى الاختلافات بين كافة الحالات التي لا يتفق فيها تصنيف فصيلة الدم والعامل الريصي مع السجل التاريخي للمريض.

ز) عندما يجري المختبر اختبار التوافق بالحاسوب:

1) يتم التحقق من صحة الحاسوب والعملية بالمختبر.

2) يتم التأكد من فصيلة الدم بالاختبار المتكرر لنفس العينة أو عينة مختلفة أو بإجراء مسح تاريخي لسجلات المختبر

3) يتوفر للنظام الإلكتروني ببنك الدم بالمختبر تسجيل لرقم وحدة المنح وتصنيف المكونات وتصنيف فصيلة الدم و العامل الريصي للمكون، ونتائج اختبار التحقق من فصيلة الدم، وتصنيف فصيلة الدم و العامل الريصي للمتلقي

4) إذا لم يقم المختبر بعمل توافق مصلي، يتم التحقق من بيانات الحاسوب باعتبارها صحيحة قبل صرف الدم أو مكوناته، ويحتوي الحاسوب على إجراء منطقي لتنبيه المختبر بأية اختلافات.

اختيار الدم والمكونات اللازمة لنقل الدم

ب ب 17 عند اختيار الدم ومكونات الدم لنقل الدم، يجب أن تشمل الإجراءات والممارسات ما يلي:

أ) يتم إعطاء دم كامل أو مكونات خلايا حمراء خاصة بفصيلة الدم للمتلقين.

ب) يتم إعطاء دم كامل أو خلايا دم حمراء ذات عامل ريصي سالب للمتلقين ذوي العامل الريصي. السالب فيما عدا الحالات غير العادية التي لا يتوفر فيها الدم ذي العامل الريصي السالب ويقر المدير الطبي لبنك الدم إعطاء دم ذي عامل ريصي موجب للمتلقي.

ج) للمرضى الذين لديهم عدد كاف من الجسيمات المضادة بالخلايا الحمراء أو الظروف الأخرى لمناعة الدم، وتستخدم مكونات يتم تحضيرها جيدًا لنقل الدم.

د) عند استخدام مكونات دم متجمِّع ذي خلايا حمراء مرئية بوضوح، على المختبر ضمان توافق كافة الجسيمات المضادة بالبلازما مع الخلايا الحمراء.

هـ) 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.

ب ب 17- 1 تتناول السياسات والإجراءات المتبعة كيفية تدبير مواقف مهددة للحياة (مثلاً 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.

توفير الدم ونقل الدم

ب ب 18 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.

ب ب 18–1 هناك عملية محددة لفحص الدم الخارج من بنك الدم قبل القيام بنقل الدم. وتشـــمل عملية تعريف وحدة الدم التي تم توافقها مع مريض معين، والتأكد من أنه المتلقي الصحيح لها، ما يلي:

أ) التأكد الوظيفي من إجراء وتوثيق تحديد فصيلة الدم لكل من المتبرع والمتلقي قبل صرف الدم.

ب) التثبيت المحكم لرقعة ورق تثبت التوافق على الوحدة قبل صـــرف الدم. ويجب أن تظل الرقعة مثبتة على الوحدة حتى تكتمل عملية نقل الدم. وتوثق تلك الرقعة البيانات التالية:

1- معرفين للمتلقي.

2- بيان إختبارات التوافق.

3- رقم وحدة المتبرع.

ب ب 18–2 قبل صـرف الدم مباشـرة، يتم فحص الدم ومكوناته بحثاً عن أي دليل على انحلال الدم أو أي تلوث بكتيري محتمل، أو أي شذوذ آخر يمكن اكتشافه بصريًا، ويتم توثيق هذا الفحص.

ب ب 18–3 يتم تحديد سياسات وإجراءات معينة قبل وأثناء نقل الدم كتابة بشكل واضح.

ب ب 18–3–1 تشمل العمليات، التي تتم قبل نقل الدم، ما يلي:

أ- وصـــف دقيق خطوة بخطوة لكيفية إجراء وتوثيق تعريف المتلقي ووحدة الدم بجوار ســـرير المريض

ب- المطالبة، إذا لزم الأمر، بقيام شخصين بعملية التعريف.

ج- تحديد المدة الزمنية منذ وقت صرف الدم حتى اكتمال عملية نقل الدم.

ب ب 18–3–2 تشتمل العملية المستخدمة أثناء نقل الدم على ما يلي:

أ- طلب إجراء نقل الدم تحت إشراف وتوجيه طبي.

ب- تعليمات اسـتخدام أدوات الحقن والأجهزة المسـاعدة، مثل تدفئة الدم وأدوات اسـترداد الخلايا (ملاحظة: تتم تدفئة الدم بنظام معتمد مزود بصـــوت تنبيه لتنبيه المســـتخدم عندما ترتفع درجة الحرارة عن الحدود المقبولة).

ج- التعليمات الدالة عمومًا على ضـــرورة إضـــافة كلوريد صـــوديوم بتركيز 0.9% إلى الدم أو مكونات الدم، ما لم يتم اعتماد إضـــافة أدوية معينة إلى الدم، أو توجد ســـجلات متاحة تدل على أن إضافة الدواء عملية آمنة ولا تؤثر سلبيًا على مكونات الدم.

د- التدريب المناســـب على كافة جوانب عملية نقل الدم لأفراد طاقم العمل الذين ينقلون الدم إلى المرضى.

هـ- توثيق ما يلي، على الأقل، بالسجل المرضي أو الصحي للمريض:

1- اسم القائم بنقل الدم.
2- وقت نقل الدم.
3- تصنيف ورقم وحدة مكون الدم الذي يتم نقله.
4- دليل ونتائج مراقبة المريض.
5- أي تأثيرات عكسية على عملية نقل الدم.

تمييز ردود الفعل المتوقعة لنقل الدم

ب ب 19 يتم تعريف وتنفيذ ما يلي:

أ- يتم تدريب أفراد طاقم تنفيذ عمليات نقل الدم على تمييز أعراض أي رد فعل محتمل لنقل الدم.

ب- يتم تحديد وتوضيح معايير التمييز والاستجابة إلى ردود الفعل هذه.

ج- 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.

د- عندما تدل الأعراض على رد فعل مباشر ممكن لنقل الدم، يتم إيقاف نقل الدم فورًا وبحث أسباب ذلك.

هـ- لمدير العيادة الحق في التدخل في الوقت المناسب لمناقشة حالة المريض أثناء إجراء البحث المذكور أعلاه.

و- يقوم المختبر بسرعة ببحث سبب رد الفعل المعاكس، باستخدام بروتوكول محدد يشمل تحديد ما إذا كان قد حدث رد فعل انحلالي دموي أم لا.

ز- يشمل فحص رد الفعل المشتبه فيه تقييم كل ما يلي:

1- تعريف رقعات تسمية المريض ووحدة الدم للتأكد من أن الوحدة الصحيحة تم إعطاؤها للمريض الذي تم التوافق له.
2- تواجد كل الملفات بجوار سرير المريض وفي المختبر للبحث عن أي أخطاء ممكنة في تعريف المريض أو وحدة الدم.
3- البحث البصري لمصل أو بلازما المتلقي بعد حدوث رد الفعل، بهدف التأكد من وجود انحلال الدم من عدمه. وتتم مقارنة هذه العينة بعينة ما قبل رد الفعل من نفس المتلقي، لو أمكن.
4- يتم إجراء اختبار مباشر للجلوبيلينات المضادة على عينة دم ما بعد رد الفعل للمتلقي.
5- يتوفر للمختبر معايير لتحديد الظروف التي تتطلب المزيد من الاختبارات، وماهية تلك الاختبارات.

ح- يقوم مدير خدمات نقل الدم بتفسير نتائج الاختبار المطلوبة كجزء من بروتوكول رد الفعل المعاكس، ويعتبر هذا التفسير جزءًا دائمًا من السجل السريري للمتلقي.

ط- يشترك المدير اشتراكًا فعالا عندما يدل فحص رد الفعل لنقل الدم على وجود خطأ في النظام، مثل الحقن الخطأ لأحد مكونات الدم.

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

ك- إذ كانت مكونات دم معيبة قد سببت رد فعل عكسي محتمل، فهناك عملية لإبلاغ خدمة متبرع الدم التي وفرت المكون المذكور، ولمتابعة المرض المنقول بنقل الدم، ويشمل ذلك إجراء لوصف كيفية إبلاغ ونصح المتلقين الذين تم نقل دم أو مكون دموي يحتمل أن يكون ملوثًا إليهم.

ب ب 19-1 يتم اتباع وتوثيق كافة الخطوات المذكورة في هذه العملية.

متطلبات تسجيل بيانات متبرعي الدم وخدمات نقل الدم

ب ب 20 يتم حفظ السجلات التخصصية التالية لمدة 5 سنوات على الأقل.

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

ب- تحدد السجلات الشخص القائم بالعمل، وتاريخ كل قيد يسجل، ونتائج الاختبار وتفسير النتائج، وتاريخ انتهاء صلاحية كل منتج.

ج- يتم تدوين كافة التفاصيل بالسجلات لإكمال تاريخ العمل الذي تم.

د- ستكون كل السجلات واضحة ومقروءة ودائمة.

هـ- تشتمل سجلات مركز متبرع الدم على ما يلي:

1- معلومات عن كافة المتبرعين.

2- كافة نتائج اختبارات الدم، وتشمل النتائج الخاصة بالأمراض المنقولة خلال عملية نقل الدم.

3- يتم تنفيذ كافة الاختبارات بأعلى جودة ممكنة.

4- كافة سجلات درجة حرارة وحدات تخزين الدم والمرافق الموجودة بها.

5- التحقق من سلامة التعامل مع كافة مكونات الدم المأخوذة، بما في ذلك طريقة تدمير أو نقل الوحدات غير المناسبة لنقل الدم.

و- تشتمل سجلات الجهة القائمة بنقل الدم على ما يلي:

1- كافة نتائج اختبارات الدم.

2- نتائج تنفيذ كافة الاختبارات بأعلى جودة ممكنة.
3- سجلات الدم ومكونات المستلمة من جهة أخرى.
4- كافة سجلات درجة حرارة وحدات تخزين الدم والمرافق الموجودة بها.
5- معلومات عن كافة خطوات صرف كافة كميات الدم ومكوناته.
6- معلومات عن نقل الدم، وتشـمل أي رد فعل مقترن بنقل الدم، ونتائج تشـخيص ردود الفعل تجاه نقل الدم، وتفسير المدير للتشخيص.
7- التحقق من ســـلامة التعامل مع كافة مكونات الدم المأخوذة، بما في ذلك طريقة تدمير أو نقل الوحدات غير المناسبة لنقل الدم.

ب ب 21 استيراد وتصدير الدم ومكونات الدم والخلايا البشرية.

يحظر اسـتيراد أو تصـدير الدم أو مكونات الدم أو البلازما ذات المصـدر البشـري من كافة منافذ الدولة البرية والبحرية والجوية، بدون إذن مسبق من وزارة الصحة ووقاية المجتمع.

الملحق 9: معايير مراكز التبرع بالدم وبنوك الدم

اختيار المتبرع واختباره

ب ب 2-1 تتوفر عملية فحص لمتبرعي الدم كتابة وتشمل معايير اختيار ورفض متبرعي الدم.

ب ب 2-2 يتم تدريب طاقم العمل على تنفيذ تلك الإجراءات ويتم تقييم كفاءتها.

ب ب 2-3 تشمل عملية فحص متبرعي الدم المحتملين تاريخًا تفصيليًا وفحصًا بدنيًا.

ب ب 2-3-1 يشمل تاريخ متبرع الدم ما يلي:

أ- السن.

ب-المدة المنقضية بعد آخر عملية منح دم.

ج- التاريخ المرضي الطبي: القلب، أو الكبد، أو الرئتين، أو السرطان، أو الميل غير العادي للنزف.

د- تاريخ العلاج بالأدوية.

هـ- عوامل الخطر لفيروس نقص المناعة أو العوامل المرضـية الأخرى الممكنة المنقولة بسـبب 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 الجلوبيلين المناعي

ضـد مرض التهاب الكبد، أو اختراق في الجلد مثل أعمال الوشـم والوخز بالإبر، و تاريخ الحجز لمدة لا تقل عن 72 ساعة بمؤسسة إصلاحية.

و- عوامل الخطر لمرض كروتزفيلد-جاكوب.

ز- الفحص بحثًا عن أي مرض معد آخر يمكن أن يكون المتبرع قد التقطه من جراء سـفر حديث له (في غضون الشهور الثلاثة الأخيرة) إلى مناطق معينة وقت تبرعه بالدم.

ب ب 2-3-2 يجب أن تشمل معايير رفض متبرعي الدم ما يلي:

أ- الحمل، حتى6 أسابيع بعد الولادة.

ب-بعد التطعيم بسم واهن مناعي أو لقاح تم إبطال فيروس يحمله، ويشمل ذلك التطعيم ضد مرض الكلب (ما لم يكن قد عضه حيوان مصاب بداء الكلب) لمدة عام واحد.

ج- بعد التطعيم بلقاحات موهنة، لمدة أسبوعين.

د- عقب الإصابة بالحصبة الألمانية أو الجدري المائي، لمدة أربعة أسابيع.

ب ب 2-3-3 المتبرعون غير المناسبين يتم نصحهم بطلب الرعاية الطبية المناسبة.

ب ب 2-3-4 أثناء عملية الفحص، تعطى مواد تعليمية للمتبرعين المحتملين، ويشمل ذلك معلومات عن مخاطر المرض والجسيمات المضادة غير العادية والعقاقير المحتملة.

ب ب 2-4 يتم إبداء الموافقة القائمة على معرفة كافة أبعاد الموقف على التبرع بالدم قبل بدء العمل.

ب ب 2-5 يجرى فحص بدني صحيح بمعرفة شخص مؤهل ويتم توثيقه. ويجب أن يشمل الفحص ما يلي مع توفر معايير واضحة لقبول المتبرع:

أ- درجة الحرارة وضغط الدم ومعدل النبض.

ب-الوزن.

ج- الهيموجلوبين أو الراسب الدموي.

د- الفحص اليدوي لضـمان غياب الثقوب الجلدية أو الندبات التي تدل على حقن المخدرات، وغياب الأمراض الجلدية المعدية التي تصبح مصدر خطورة لتلوث الدم.

ب ب 2-6 يتم جمع دم المتبرع بأمان وتعقيم طبقًا لبروتوكول محدد.

ب ب 2-6-1 يوجد إجراء مكتوب لجمع الدم يتضمن ما يلي:

- أوصاف المحاليل والطرق المستخدمة لتجهيز موقع فصد الدم.
- كيفية تنفيذ والحفاظ على تعريف هوية المتبرع وكذا الدم.
- وصف تفصيلي خطوة بخطوة لكيفية تنفيذ عملية فصد الدم.

- طريقة التعرف على ردود فعل المتبرع والاستجابة لها.
- تسمية إجراءات الدم ومكوناته ويشمل ذلك ضمانات تجنب أخطاء التسمية.
- كيفية القياس الدقيق لكمية الدم المأخوذة من المتبرع.

ب ب 2-6-2 في كل مرة يتم فيها أخذ دم من المتبرع، يلزم وجود طبيب مؤهل ومرافق للطوارئ.

ب ب 2-6-3 يقوم بعملية الفصد إما طبيب مؤهل أو أحد أفراد طاقم العمل تحت إشرافه.

ب ب 2-6-4 يشمل التدريب على فصد الدم أو سحبه من المتبرع ما يلي:

- أسلوب صحيح للتعقيم التام (يشمل تجهيز موقع تمدد المتبرع).
- معايير التعرف على ردود فعل المتبرعين والتصـــرفات الواجب اتخاذها عند حدوث ردود الأفعال هذه.
- الإجراءات المستخدمة للحفاظ على هوية وحدات دم المتبرع، والعينات الأخرى والسجلات.

ب ب 2-7 يتم الفصد باستخدام أسلوب تعقيم صحيح، ويشمل ذلك نظام تعقيم مقفل. وتخزن محاليل لتجهيز الجلد في أوعية معقمة ويتم تغييرها كثيرًا.

ب ب 2-8 عند حدوث رد فعل للمتبرع، على القائم بالفصد والمشرف الطبي اتخاذ التصرف السليم، مع ملاحظة وتوثيق الأعراض والتصرفات الظاهرة.

سجلات متبرعي الدم

ب ب 3-1 يتم تحديد سجلات الدم وما يتعلق به بدقة، ويحتفظ بهذا التحديد لجمع الدم خلال المدة التي يتم خلالها نقل دم الوحدة.

ب ب 3-2 تشمل السجلات توثيق كافة تواريخ المتبرعين والفحوصات البدنية وفحص نتائج الاختبارات، جنبًا إلى جنب مع إفادة المتبرع عن موافقته بالتوقيع بهذا الشأن.

ب ب 3-3 أنابيب جمع العينات، ووحدات الدم، والسجلات الخاصة بذلك للمتبرع يتم تحديدها كلها بنفس التعريف الرقمي، وفقاً لإجراءات دقيقة مما إذا كان التعريف صحيحًا تمامًا.

ب ب 3-4 يتم ضمان الحفاظ على خصوصية وسرية وسلامة سجلات المتبرعين.

اختبار دم المتبرع

ب ب 4-1 يخضع دم المتبرع لاختبار نمطي قبل استخدامه في نقل الدم. وبالإضافة إلى ذلك، تستخدم ضوابط للعملية لضمان المتابعة الصحيحة والحيلولة دون صرف الدم قبل الأوان.

ب ب 4-2 يتم اختبار دم المتبرع نمطيًا لمعرفة فصيلة الدم والعامل الريصي، علاوة على الأمراض المعدية، قبل صرفه لنقل الدم.

ب ب 4-2-1 تصف الإجراءات المكتوبة الاختبار وإجراءات تأكيد جودة دم المتبرع. ويلزم الوفاء بالشروط التالية:

أ- تتحدد فصيلة الدم باختبار الخلايا الحمراء بكاشفين (مضاد - أ)، (مضاد - ب)، واختبار المصل أو البلازما بخلايا الدم الحمراء أ، ب.

ب-يتم تصنيف العامل الريصي باستخدام اختبار الدم (مضاد - د) السالب لـ (مضاد - د)، ثم يختبر مرة أخرى للكشف عن (د الضعيف).

ج- في اختبار الأمراض المعدية، يتبع المختبر النظام المتبع في معايير الممارسة الحالية. وكحد أدنى، يتم اختبار الدم باختبار مصلي بحثًا عن وجود:

- مرض الزهري.
- الأجسام السطحية المضادة لالتهاب الكبد الوبائي ب والأجسام المضادة لالتهاب الكبد الوبائي بي.
- الأجسام المضادة لفيروس لوكيميا الدم في الخلايا البشرية - النوع الأول والأجسام المضادة لفيروس لوكيميا الدم في الخلايا البشرية - النوع الثاني.
- الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشري - 1 والأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشري - 2.
- الأجسام المضادة لالتهاب الكبد الوبائي سي.

ب ب 4-2 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 الأفعال ومراجعات وظائف الأدوات والأجهزة ونتائج اختبارات دم المتبرع.

ب ب 4-3 تستخدم ضوابط العمليات لمتابعة الدم وضمان عدم صرف الدم إلا في الوقت المناسب.

ب ب 4-3-1 ضوابط العمليات هذه تشمل ما يلي:

أ- نظام لمتابعة العينات: بطاقات تحليل المعيار الدولي لنقل الدم (ISBT 128).

ب-أن تكون كافة الاجراءات مكتوبة لضمان عزل الدم وأيضًا التخلص من الوحدات.

ج- توثيق كافة خطوات تخزين وصرف الدم من منطقة عزله.

د- الإجراءات اللازمة لتحديد التبرعات أو المنح من أفراد يتعرضون الآن للاختبارات الإيجابية في تحديد الفيروسات وتشمل تلك العملية طريقة إخبار المنظمات التي تلقت مكونات من تلك الوحدات السابقة.

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

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

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

جمع الدم الذاتي

ب ب 5 يضع مدير بنك الدم إرشادات مكتوبة يتم تنفيذها لجمع الدم ذاتيًا.

ب ب 5-1 يتم جمع الدم ذاتيًا فقط عند وجود طلب مكتوب من طبيب المريض بذلك.

ب ب 5-2 يتم تسمية وحدة الدم المجمع ذاتيًا بنفس المعلومات المدونة على وحدات الدم الأخرى.

ب ب 5-3 يتم اختبار الدم للبحث عن الأمراض التي ينقلها الدم، مثلما هو الحال مع وحدات الدم الأخرى. (راجع ب ب 4-1-1-ج).

تجهيز أو تعديل مكونات الدم

ب ب 6 يراعى الإجراءات الكتابية المحددة، لجمع وتحضير وتخزين كافة مكونات الدم التي يتم تحضيرها وتخزينها بالمؤسسة.

ب ب 6-1 تحدد بروتوكولات مكتوبة تدابير مراقبة الجودة لكل مكون دم يتم تحضـــيره أو تعديله بالمؤسسة.

ب ب 6-2 يجب أن تكون مراقبة الجودة مقبولة وفقاً للســـجلات ، أما إذا لم يتم الوفاء بشـــروط مراقبة الجودة، يتعين اتخاذ وتوثيق إجراء تصحيحي فوري لها.

ب ب 6-3 تحدد البروتوكولات شـــروط الحفاظ على التعقيم، ويتم تحديد تواريخ انتهاء الفاعلية لكافة المكونات والمنتجات.

ب ب 6-4 يتم إجراء ترشـــيح مختبري للدم ومكونات الدم طبقًا للمعايير المقبولة حاليًا للممارســـات الصـــحيحة، مثل المعايير المختبرية لكل من الجمعية الأمريكية لبنوك الدم وهيئة الغذاء والدواء ومعايير دورية للفحوص الإكلينيكية لمعايير المختبرات والجمعية الدولية لنقل الدم.

ب ب 6-5 تتم تسـمية كل مكون طبقًا لمعايير الممارسـات المقبولة، مثلاً الجمعية الأمريكية لبنوك الدم والجمعية الدولية لنقل الدم.

بطاقة تسمية المعيار الدولي لنقل الدم 128

- تنقسم بطاقة تسمية المعيار الدولي لنقل الدم 128 إلى 4 مربعات ذات 5 شفرات خطية.

- كل مربع مساحته 2 بوصة X 2 بوصة في شكل ربع دائرة.
- الربع الأيسر العلوي يتضمن الشفرة الخطية لرقم تعريف المتبرع.
- الربع الأيمن العلوي يتضمن الشفرة الخطية لمجموعة الدم (فصيلة الدم / العامل الريصي).
- الربع الأيسر السفلي يتضمن شفرة المنتج (لتحديد منتج الدم، مثل الدم الكامل، دم أحمر بلازما، صفيحات، .. إلخ).
- الربع الأيمن السفلي يتضمن تاريخ انتهاء الفعالية وشفرات اختبار خاصة.

الدم الكامل

ب ب 7 بالنسبة إلى الدم الكامل، تؤخذ عينة من الدم من المتبرع وقت تجميع الوحدة ويتم اختبارها قبل استخدامها من الجوانب التالية:

- اختبار مصلي للكشف عن وجود الزهري: يستخدم دم كامل فقط إذا كان سلبياً في اختبار المصل للكشف عن وجود الزهري.
- يتم تزويد جزء واحد أو أكثر لكل وحدة دم كامل أو خلايا دم حمراء عند صرفها أو إعادة صرفها.
- يتم تحديد كل الأجزاء قبل ملئها لربطها بمتبرع تلك الوحدة من الدم الكامل.
- 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 بمقادير مختلفة من أمصال مضادة.
- تحديد العوامل الريصية: يصنف كل وعاء من حيث العامل الريصي، على ضوء الاختبارات التي تجري على العينة. فإذا كان الاختبار المستخدم لكاشف تصنيف الدم (مضاد – د) إيجابيًا، يمكن تسمية الوعاء (عامل ريصي موجب). وإذا كان الاختبار سلبيًا، يتم تأكيد النتائج بإجراء تجارب جديدة تتضمن اختبارات البحث عن "د ضعيفة (دو سابقًا)". ويتم تسمية الدم (عامل ريصي سالب) إذا كان المزيد من الاختبارات سلبيًا. والوحدات التي تكون إيجابية بعد إجراء المزيد من الاختبارات، فيجب تسميتها (عامل ريصي موجب).
- لا يتم اختبار الدم الكامل المعد لنقل الدم من حيث العقم بطريقة تتطلب الدخول في الوعاء النهائي قبل استخدام الدم في نقل الدم.

- يتم فحص الدم الكامل بصـريًا أثناء تخزينه وقبل اسـتخدامه مباشـرة. إذا كان اللون أو المظهر العام غير عادي، أو إذا كان هناك أي دليل أو شـك في وجود تلوث ميكروبي، لا يجوز صـرف وحدة الدم الكامل لنقل الدم.
- يتم اختبار الدم الكامل بحثًا عن وجود عوامل مرضـــية بمرض معد طبقًا لمعايير الممارســـة الصحيحة وكالمبين في الاختبارات القياسية لأكياس الدم.

خلايا الدم الحمراء

ب ب 8 للحفاظ على جودة خلايا الدم الحمراء، يتم تحديد وتنفيذ الشروط والاعتبارات التالية:

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

ب-تزود وحدات خلايا الدم الحمراء بواحدة أو أكثر من أجزاء جيدة التعميم، مثلما هو الحال في شروط الدم الكامل.

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

د- يتم تحضـــير خلايا الدم الحمراء، إما بجهاز الطرد المركزي بطريقة لا تســمح بزيادة درجة حرارة الدم، أو بالترسيب العادي المنتظم. ويتم ذلك خلال المدة الزمنية المحددة في تعليمات استخدامها في المنظومة المستخدمة لجمع الدم و معالجته و تخزينه. وتترك نسبة من البلازما كافية لضمان أفضـل حفظ للخلايا مع الخلايا الحمراء، إلا عند إضـافة مادة حافظة بالتجميد أو محلول أضـافي لإطالة أمد الاستخدام.

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

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

ز- يتم فحص مكون الدم فوريًا عقب فصـل البلازما، ودوريًا أثناء التخزين، ووقت الصـرف. ولا يجوز صـــرفه إذا كان يبدي أي شـــذوذ في لونه أو مظهره العام أو إذا كان هناك أي دليل على حدوث تلوث ميكروبي.

ح- لا تشـــكل أي مواد مقاومة للبرد تضـــاف إلى الخلايا الحمراء لتطويل فترة التخزين التي تحددها الشـــركة الصـــانعة عند درجة حرارة – 65 درجة مئوية انتهاكًا للمعايير المطلوبة لأمان ونقاء وفعالية خلايا الدم الحمراء، ويحتفظ المنتج المجمد بتلك الخواص طوال فترة التأريخ المحددة له.

ط- إذا تم تحضير وتخزين خلايا الدم الحمراء، فإن المواد المستخدمة وطرق المعالجة يجب أن تنتج منتجًا نهائيًا يفي بمعايير السلامة والنقاء والفعالية المطلوبة لخلايا الدم الحمراء.

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

ك- بالنسبة إلى خلايا الدم الحمراء المغسولة، فإن الوسائل المستخدمة تضمن إزالة كل البلازما تقريبًا.

ل- بالنسبة إلى خلايا الدم الحمراء المصغرة إلى خلية بيضاء، فإن وسيلة التحضير توفر مكونًا نهائيًا يفي بشروط ومتطلبات معايير الممارسة الحالية للعدد المصغر من خلايا الدم البيضاء الحالية.

الصفائح الدموية

ب ب-9 للحفاظ على جودة الصفائح الدموية، يجب تحديد وتنفيذ المتطلبات التالية:

أ- 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.

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

ج- فورًا 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.

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

هـ- يظهر المختبر أن زمن وسرعة عملية الطرد المركزي يقدم منتج غير متكتل، من دون انحلال واضح للدم، يقدم ذلك مجموع لا يقل عن 5,5 x 10(10) صفيحة دموية لكل وحدة في 75% على الأقل من الوحدات المختبرة.

و- 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.

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

ح- تتسم 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 الاعتيادية، 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 بالمتبرع.

ط- فورًا بعد إعادة التعليق، يتم تخزين الصفائح الدموية في درجة حرارة تتراوح بين 20 درجة مئوية و24 درجة مئوية، يتم مراعاة الرج الهادئ المستمر للصفيحة الدموية طوال فترة التخزين.

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

1. عدد الصفائح الدموية.
2. لا يقل الأس الهيدروجيني (pH) عن 6,2، ويتم القياس في درجة حرارة التخزين بالوحدة.
3. 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 للأعمال المنفذة.

البلازما

ب ب- 10 للحفاظ على جودة البلازما، يتم تحديد وتنفيذ المتطلبات التالية:

أ- 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 فورًا بعد فصل البلازما.

ب- 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.

ج- 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.

د- يتم إذابة البلازما المجمدة الطازجة في درجة حرارة تتراوح بين 30 درجة مئوية و37 درجة مئوية. يتم عمل حماية ضد تلوث المياه من منافذ المخرج.

هـ- 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.

و- 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 ميكرولتر. 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.

ز- عند عمل تعديل من خلال فصل الصفائح الدموية و / أو عامل الترسيب المضاد للناعور (AHF) من البلازما، يتم تطبيق ما يلي:

ح- 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.

ط- يتم إزالة ترسيب AHF على النحو المطلوب في عمليات التحكم في الجودة (11-4-5) يتم تمييز البلازما المتبقية "بلازما، ترسيب منخفض".

ي- لا يتم إضافة أي لون إلى البلاستيك بالحاوية النهائية وتكون شفافة للسماح بالفحص المرئي للمحتويات، يتضمن أي طرف كتيم محكم للهواء يمنع تلوث المحتويات.

ك- لا تتفاعل مادة الحاوية النهائية مع المحتويات في ظل ظروف التخزين والاستخدام، حيث يتجنب أي آثار معاكسة على سلامة ونقاء وفاعلية وكفاءة المنتج.

ل- قبل الملء، يتم تعريف الحاوية النهائية بواسطة رقم يتم ربطه بالمتبرع.

م- 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.

ن- 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.

س- لا يتم إضافة أي مادة حافظة إلى المنتج النهائي.

الترسيب المضاد للناعور (AHF)

ب ب-11 للحفاظ على جودة الترسيب المضاد للناعور AHF، ينبغي تحديد وتنفيذ المتطلبات التالية:

أ- يتم فصل البلازما عن خلايا الدم الحمراء بواسطة الطرد المركزي للحصول بشكل أساسي على بلازما خالية من الخلايا.

ب- 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 مختلفًا.

ج- يمكن استخدام مزيجًا من الثلج الجاف ومذيب عضوي للتجميد، بشرط أن الإجراء يظهر عدم اختراق المذيب للحاوية أو تصفية الملدن من الحاوية إلى البلازما.

د- فورًا بعد فصل وتجميد البلازما، يتم تخزين البلازما والمحافظة عليها في درجة حرارة -18 درجة مئوية أو أقل حتى تذوب البلازما لمزيد من المعالجة لإزالة ترسيب AHF.

هـ- يتم فصل ترسيب AHF من البلازما باستخدام إجراء يظهر تقديمه لمتوسط لا يقل عن 80 وحدة من AHF في الحاوية النهائية.

و- لا يتم إضافة أي مخفف إلى المنتج بواسطة المصنع قبل التجميد.

ز – 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.

ح– 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.

ط– في وقت الملء، يتم تعريف الحاوية النهائية برقم يرتبط بالمتبرع.

ي–يتم إجراء اختبارات التحكم في الجودة لفاعلية AHF كل شهر لعدد أربع حاويات على الأقل بها ترسيب AHF.

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

متطلبات تخزين الدم ومكوناته (لمرافق التبرع وخدمات نقل الدم)

ب ب–12 يقدم المختبر مرافق مناسبة لتخزين الدم ومكوناته.

ب ب–12–1 يتم تحديد السياسات الموجهة لتخزين الدم ومكوناته كتابة ويتم تنفيذها.

ب ب–12–2 يتم تنفيذ السياسات بواسطة الموظف بالمؤسسة.

ب ب–12–3 فيما يلي درجات الحرارة المطلوبة للدم ومكوناته:

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

ب ب–12–4 تستخدم مناطق التخزين بشكل خاص لتخزين الدم والمكونات والمشتقات، وعينات الدم من المتبرع والمستلم وكواشف وتوريدات بنك الدم والأنسجة التي سيتم زراعتها.

ب ب–12–5 حجم مناطق التخزين كافي لتنظيم الدم ومكوناته من خلال فصل أنواع الدم وأنواع المكونات ليتم تقليل من مخاطر إصدار أو تقديم وحدة خاطئة.

مراقبة مناطق تخزين الدم ومكوناته

ب ب-12-6 تتضمن متطلبات المراقبة المستمرة لدرجات حرارة مناطق تخزين الدم ما يلي:

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

- تسجيل آلي مستمر لدرجة الحرارة.
- أو تسجيل يدوي لدرجة الحرارة كل أربع ساعات على الأقل.

ب) لوحدات التخزين الأكبر، هناك دليل على تعرض جميع مناطق الوحدة لما يلي:

ت) ضبطها على درجة حرارة ملائمة.

ث) مراقبة تشغيل الثلاجة والمجمد على نحو ملائم بشكل متواصل من خلال:

1- نظام إنذار سمعي يتضمن وسائل إنذار عن بعد عندما لا يوجد أي شخص بالمختبر.

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

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

ج) يوجد مجس تسجيل درجة الحرارة في حاوية السائل ذات نفس الحجم مثل الوحدات الأصغر المخزنة وتتمتع بخصائص نقل حراري تشبه تلك الخاصة بالدم.

ح) يتم بالمختبر أداء وعمل تدقيقات دورية لمستندات تسجيل درجة الحرارة ونظم الإنذار.

خ) 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.

د) يتم إجراء تدقيقات الوظائف الدورية لتسجيل درجة الحرارة ونظم الإنذار.

تعريف وإمكانية تعقب الدم ومكوناته

ب ب-13

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

ب ب-13-1

يتم تعريف وتنفيذ ومتابعة العمليات بشكل متواصل.

ب ب-13-1-1

يتم تطبيق العمليات التالية والاحتفاظ بها مكتوبة:

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

ب) يتم تعريف نظام التعرف على المريض كتابة ويستخدم على نحو متواصل.

ت) هناك عملية للتعرف على المرضى فاقدي الوعي أو المجهولين.

ث) يقوم جامع العينة في وقت التجميع بما يلي:

1. تمييز العينة باسم المستلم بالكامل ورقم التعريف الفريد أو أي نظام آخر.
2. تمييز العينة فورًا وفي حضور المستلم.
3. تسجيل زمن التجميع.
4. يوثق هوية جامع العينة.

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

ح) يحتفظ المختبر بسجلات خاصة باستلام وصرف جميع مكونات ومنتجات الدم.

خ) يتم صرف الدم ومكوناته بطريقة مناسبة عند تقادمه وفق تاريخ انتهاء الصلاحية.

د) يحتفظ المختبر بسجلات بنك ونقل الدم لخمس سنوات على الأقل.

ب ب-14 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 10: حلول سلامة المرضى

1- أسماء الأدوية المماثلة والبديلة

تعد الأسماء المتشابهة في الشكل والاسم (المربكة) للعقاقير واحدة من أكثر الأسباب شيوعاً لأخطاء العلاج وتعد كذلك من الأمور التي ينظر إليها باهتمام على مستوى العالم. ومع وجود عشرات الآلاف من العقاقير في الأسواق حالياً، فهناك احتمال كبير أن يحصل خطأ بسبب الأسماء المتشابهة للعلامة التجارية أو الاسم الشائع للعقار والعبوة المستخدمة.

وينبغي أخذ الاستراتيجيات التالية في الاعتبار لضمان تعرف المستشفى على الأخطار المرتبطة بأسماء الأدوية المماثلة والبديلة والتعامل الفعال مع هذه المخاطر:

1-1 المراجعة السنوية لأسماء الأدوية المماثلة والبديلة المستخدمة في المستشفى.

2-1 تنفيذ البروتوكولات الإكلينيكية التي تهدف إلى:

1-2-1 التقليل من استخدام الأوامر الشفهية والهاتفية.

2-2-1 التأكيد على الحاجة إلى قراءة بطاقة التعريف بعناية في كل مرة يتم فيها التعامل مع الدواء وقراءتها مرة أخرى قبل صرف الدواء بدلاً من الاعتماد على التعرف البصري أو موقع الدواء أو الإشارات الأخرى الأقل تحديداً.

3-2-1 التأكيد على الحاجة إلى تفحص الغرض من الدواء على الوصفة الطبية / الأمر قبل صرف الدواء، والتأكد من وجود تشخيص فعال يتماشى مع غرض / دواعي استخدام هذا الدواء.

4-2-1 إدراج كل من الاسم غير المسجل للملكية والاسم التجاري للدواء على أوامر وبطاقات تعريف الدواء على أن يكون الاسم غير المسجل للملكية بالقرب من الاسم التجاري إلا إنه بحجم خط أكبر.

3-1 وضع استراتيجيات لتجنب اللبس أو التأويل الخطأ اللذين قد ينتجا بسبب الوصفات الطبية وأوامر صرف الدواء غير الواضحة على أن تتضمن هذه الاستراتيجيات ما يلي:

1-3-1 المطالبة بطباعة أسماء وجرع العقاقير.

2-3-1 التأكيد من الاختلافات بين أسماء العقاقير باستخدام وسائل مثل كتابة الحروف باستخدام مزيج من الحروف الصغيرة والكبيرة.

4-1 حفظ الأدوية التي تسبب مثل هذه المشاكل في أماكن منفصلة أو حسب الترتيب الهجائي كأن تحفظ حسب رقم صندوق الحفظ أو على الأرفف أو في أجهزة صرف آلي.

1-5 استخدام وسائل مثل الحروف البارزة والاختلافات اللونية لتقليل اللبس المرتبط باستخدام أسماء الأدوية المماثلة والبديلة على بطاقات التعريف وصناديق التخزين والأرفف وشاشات الكمبيوتر وأجهزة الصرف الآلي وسجلات صرف الأدوية.

1-6 وضع استراتيجيات لإشراك المرضى ومقدمي العناية سعياً لتقليل المخاطر عن طريق:

1-6-1 تزويد المرضى ومقدمي العناية بمعلومات مكتوبة حول الدواء متضمنة دواعي استخدام الدواء والاسم غير المسجل للملكية والاسم التجاري والآثار الجانبية المحتملة للدواء.

1-6-2 وضع استراتيجيات لاستيعاب المرضى الذين يعانون من ضعف البصر والفروق اللغوية والمعرفة المحدودة بالرعاية الصحية.

1-6-3 إتاحة قيام الصيدلي بمراجعة الأدوية المصروفة مع المريض للتأكد من دواعي الاستخدام والشكل المحتمل وخصوصاً عند صرف عقار معروف باسم مثير للمشاكل.

1-7 التأكد من أن جميع الخطوات في عملية التعامل مع الأدوية يقوم بها أفراد مؤهلون ومختصون.

2- تحديد هوية المريض

تؤدي الأخطاء الشائعة والمستمرة في التحديد الصحيح لهوية المرضى في الغالب إلى أخطاء في تحديد الأدوية ونقل الدم وإجراء الاختبارات واتخاذ إجراءات بحق الشخص الخطأ وخروج أطفال مع الأسر الخطأ. وينبغي على المستشفى أن تأخذ في حسبانها الاستراتيجيات التالية:

2-1 التأكيد على المسؤولية الرئيسية لمختصي الرعاية الصحية في التحقق من هوية المرضى ومطابقة المرضى مع الرعاية مطابقة صحيحة (على سبيل المثال، نتائج المختبر والعينات والإجراءات) قبل تقديم مثل هذا النوع من الرعاية.

2-2 التشجيع على استخدام وسليتي تعريف على الأقل (على سبيل المثال، الاسم وتاريخ الميلاد) للتحقق من هوية المريض عند الدخول أو النقل إلى مستشفى آخر أو بيئة رعاية أخرى وقبل تحديد وتطبيق أوجه الرعاية. ولا ينبغي أن يكون رقم غرفة المريض واحداً من بين وسيلتي التعريف المذكورين.

2-3 وضع معايير قياسية لمنهجيات تحديد هوية المريض في مرافق مختلفة في نظام الرعاية الصحية. على سبيل المثال، استخدام أطواق بيضاء لتحديد الهوية يمكن أن يكتب عليها نمط قياسي أو علامة مميزة أو معلومات محددة (على سبيل المثال، الاسم وتاريخ الميلاد) أو تطبيق تقنيات القياس الحيوي.

2-4 توفير نظم واضحة لتحديد هوية المرضى الذين لم تتحدد هويتهم وتمييز هوية المرضى الذين يحملون نفس الاسم. وينبغي وضع واستخدام طرق غير شفهية لتحديد هوية المرضى الذين يعانون من الغيبوبة أو المرضى المشوشين.

2-5 تحفيز المرضى على المشاركة في جميع مراحل العملية.

2-6 الحث على وضع بطاقات لاصقة على الحاويات المستخدمة في الدم والعينات الأخرى في وجود المريض.

2-7 توفير بروتوكولات واضحة للمحافظة على الهويات الخاصة بعينات المرضى عبر عمليات ما قبل التحليل وفي أثناء التحليل وما بعد التحليل.

2-8 إدراج التدريب على عمليات التحقق والتأكيد من هوية المريض في التوجيه والتطوير المهني المستمر لمختصي الرعاية الصحية.

3- التواصل أثناء عمليات نقل المريض

قد تتسبب الفجوات في التواصل عند التسليم بين وحدات رعاية المريض وفرق الرعاية إلى أوجه قصور خطيرة في استمرار الرعاية أو العلاج غير المناسب أو الضرر المحتمل الذي قد يصيب المريض. وينبغي على المستشفى أن تأخذ في حسبانها الاستراتيجيات التالية:

3-1 ضمان تطبيق المستشفى لطريقة قياسية في التواصل عند التسليم فيما بين طاقم العمل وعند تغيير النوبات وفيما بين وحدات رعاية المريض المختلفة وذلك في أثناء نقل المريض. وتتضمن هذه الطريقة العناصر المقترحة التالية:

3-1-1 استخدام أسلوب "الموقف والخلفية والتقييم والتوصيات".

3-1-2 تخصيص وقت كاف لنقل المعلومات المهمة ووقت لطاقم العمل للسؤال والرد على الأسئلة دون مقاطعة كلما كان ذلك متاحاً (ينبغي إدراج خطوات التكرار المعاد وإعادة القراءة في عملية التسليم).

3-1-3 توفير معلومات بشأن حالة المريض والأدوية وخطط العلاج والتوجيهات المقدمة وأية تغييرات مهمة في الحالة.

3-1-4 قصر تبادل المعلومات على تلك المعلومات الضرورية لتوفير رعاية آمنة للمريض.

3-2 ضمان تطبيق المستشفى لنظام يتضمن – أنه في وقت خروج المريض من المستشفى – إعطاء المريض والمزود التالي للرعاية الصحية معلومات جوهرية بخصوص التشخيص عند الخروج وخطط العلاج والأدوية ونتائج الاختبارات.

3-3 إدراج التدريب على التواصل الفعال عند التسليم في المنهج التعليمي والتطوير المهني المستمر لمختصي الرعاية الصحية.

4- تنفيذ الإجراءات المناسبة في الموضع المناسب من الجسد

تعد حالات تنفيذ إجراءات خاطئة أو جراحة في الموضع الخطأ – والتي يمكن الوقاية منها تماماً – الناتج الأساسي لغياب التواصل وعدم إتاحة المعلومات أو وجود معلومات خاطئة. ومن العوامل الجوهرية التي تساهم في وقوع مثل هذه الأنواع من الأخطاء غياب منهجية قياسية لمرحلة ما قبل إجراء العملية الجراحية. وينبغي على المستشفى أن تأخذ في حسبانها الاستراتيجيات التالية:

4-1 جعل تنفيذ الجراحة الصحيحة في الموضع الصحيح من الجسد واحدة من أولويات السلامة في المرفق الصحي والتي تتطلب وجود قيادة والإشراك الفعال لجميع الممارسين المتصدرين للعمل ومختصي الرعاية الصحية الآخرين.

4-2 ضمان تنفيذ البروتوكولات التالية من جانب مؤسسات الرعاية الصحية:

4-2-1 ضمان توفر التدقيق في مرحلة ما قبل اتخاذ الإجراء الخاص بالمريض المعني والإجراء الذي سيطبق عليه وموضع هذا الإجراء و – إن كان ذلك منطبقاً – زرع الأعضاء والجراحة التقويمية.

4-2-2 مطالبة الفرد الذي سيقوم بتنفيذ الإجراء أن يعلم – دون أدنى خطأ – موضع إجراء العملية مع إشراك المريض في هذا الأمر بهدف التحديد الصحيح لموقع الشق أو الإدخال المطلوب.

4-2-3 المطالبة بتخصيص "وقت مستقطع" مع جميع أفراد طاقم العمل ذوي العلاقة قبل البدء في الإجراء مباشرة (على أن يكون طبيب التخدير ضمن هذا الطاقم). يهدف هذا الوقت المستقطع إلى الاتفاق على تحديد وضع المريض المعني فيما يخص جدول الإجراءات والإجراء الذي سيتم تنفيذه والموضع و – إن كان ذلك منطبقاً – زرع الأعضاء والجراحة التقويمية.

5- التحكم في محاليل الكهارل (الإلكتروليتات) المركزة

يكون لكل العقاقير والأدوية الحيوية واللقاحات والوسائط المتباينة ملف مخاطر محدد يخص كلا منها، إلا إن محاليل الكهارل (الإلكتروليتات) المركزة التي تستخدم في الحقن تتسم بالخطورة على وجه خاص. بما يجب معه أن تتضمن المستشفى أنظمة وعمليات يمكن من خلالها:

5-1 الحث على أولوية الممارسات الآمنة باستخدام كلوريد البوتاسيوم ومحاليل الكهارل (الإلكتروليتات) المركزة الأخرى مع وجود تقييمات فعالة للمخاطر في المؤسسة بحيث تتعامل مع مثل هذه المحاليل.

5-2 يتم التعامل مع كلوريد البوتاسيوم باعتباره مادة يمكن التحكم فيها بما في ذلك المتطلبات التي تقيد طلبه وتضع شروط التخزين والتوثيق.

5-3 وسيكون وضعاً مثالياً أن يتم التخلص من محاليل الكهارل (الإلكتروليتات) المركزة من جميع وحدات التمريض وأن يتم تخزين هذه المحاليل في مناطق تجهيز متخصصة في الصيدلية أو في منطقة مغلقة. وإذا تم تخزين قنينات البوتاسيوم في منطقة مخصصة خاصة برعاية المرضى، فسوف يوضع على كل قنينة على حده ملصق به بطاقة تحذير واضحة من الفلورسنت يحذر بأنه "يجب تخفيفه".

5-4 ينبغي ألا يخزن محلول الكهارل (الإلكتروليتات) المركز في وحدة رعاية المرضى إلا إذا وجد دليل على الضرورة الإكلينكية لهذا الأمر.

5-5 عندما لا يوجد صيدلي متاح لتجهيز مثل هذه المحاليل أو لا توجد منطقة تجهيز بالصيدلية لتخزينها، فلن يقوم بتجهيز مثل هذه المحاليل إلا فرد مدرب ومؤهل (طبيب أو ممرضة أو فني صيدلة).

5-6 وبعد تجهيز هذا المحلول، سيقوم فرد مدرب ومؤهل آخر بالتحقق المستقل من محلول الكهارل (الإلكتروليتات). وينبغي على المؤسسة أن تقوم بإعداد قائمة تدقيق تستخدم في عملية التحقق المستقل. وينبغي أن تتضمن عناصر قائمة التدقيق كلا من حسابات التركيز ومعدلات ضخ التسريب ومعدل الخط السليم.

5-7 وقبل تناوله، يجب أن يوضع لاصق على المحلول المجهز مفاده العبارة التالية "تحذير عالي الخطورة".

5-8 تستخدم مضخة التسريب في إعطاء المحاليل المركزة. وإذا لم تكن مضخة التسريب متاحة، يمكن استخدام معدات تسريب أخرى مثل أنبوب إعطاء المحاليل المتعددة (وهو عبارة عن أنبوب مزود بإناء مباشر يحدد المقدار الذي سيتدفق إلى المريض). وعند استخدام مثل هذه الأدوات الأخرى، ينبغي مراقبة تدفق المحاليل المركزة من حين لآخر.

5-9 وسوف تتولى البنية التحتية المؤسسية الآمنة دعم العملية التدريبية للأفراد المؤهلين من خلال السياسات والإجراءات وأفضل الممارسات و إعادة الاعتماد سنوياً.

5-10 وسوف تتضمن أوامر الأطباء معدلات تدفق أو تسريب هذه المحاليل.

6- ضمان دقة تناول الأدوية في أثناء الفترات الانتقالية في الرعاية

تحدث معظم الأخطاء الشائعة المتعلقة بتناول الأدوية في أثناء الفترات الانتقالية. تم تصميم عملية "التوافق بين الأدوية" للحيلولة دون أخطاء تناول الأدوية في أثناء النقاط الانتقالية لدى المريض. وينبغي على المستشفى أن تأخذ في حسبانها الاستراتيجيات التالية:

6-1 ضمان تنفيذ مؤسسات الرعاية الصحية لنظم قياسية لتجميع وتوثيق المعلومات حول جميع الأدوية الحالية لكل مريض وتقديم قائمة الأدوية الناتجة إلى مقدم (مقدمي) الرعاية في كل نقطة انتقالية من نقاط الرعاية (عند الدخول والتحويل والخروج والزيارات للعيادة الخارجية). وسوف تتضمن المعلومات المقترحة التي سيتم جمعها ما يلي:

6-1-1 الأدوية المكتوبة في وصفة طبية وغير المكتوبة (المتاحة دون وصفة) والفيتامينات والمكملات الغذائية والعناصر الغذائية التي يحتمل أن تكون لها تفاعلات وتجهيزات الأعشاب والعقاقير التي تسبب الاستجمام.

6-1-2 الجرعة ومعدل التكرار وطريقة التعاطي ووقت آخر جرعة حسبما يكون ذلك مناسباً. وإن كان ذلك ممكناً، قم بالتأكد من قائمة الأدوية المنزلية مع المريض وحدد المستوى الفعلي لامتثال المريض بالجرعات الموصوفة.

6-1-3 مصدر (مصادر) أدوية المريض. إن كان ذلك ممكناً، قم بإشراك الصيدلي (الصيادلة) المتاحين في المجتمع المحلي للمريض أو مزود (مزودي) الرعاية الأولية في تجميع وتدقيق المعلومات حول الأدوية المنزلية.

6-2 التأكد من تطبيق المستشفى لسياسات وإجراءات واضحة تتطلب ما يلي:

6-2-1 عرض قائمة الأدوية الحالية التي يتناولها المريض في موقع متناسق وواضح للعيان بصورة كبيرة (على سبيل المثال في جدول بيان حالة المريض) بحيث يكون من السهل الوصول إليها من جانب الفريق الإكلينيكي الذي يكتب الأوامر الخاصة بالعقاقير.

6-2-2 سيكون استخدام قائمة الأدوية المنزلية مرجعا عند طلب أدوية في وقت تلقي العلاج سواء في عيادة أو وحدة طوارئ أو عند تسجيل الدخول في إحدى منشئات المرضى الداخليين.

7- تجنب أخطاء توصيلات القسطرة والأنابيب

يتسم تصميم الأنابيب وأجهزة القسطرة والسرنجات المستخدمة حالياً بأنه من الممكن أن تسبب الضرر للمريض عن غير قصد من خلال توصيل السرنجات والأنابيب الخطأ ومن ثم إعطاء دواء أو سوائل عن طريق مسار خطأ وغير مرغوب فيه. وسوف تضمن المستشفى تنفيذ أنظمة وإجراءات يمكن من خلالها:

7-1 التأكيد لطاقم العمل غير الطبي والمرضى وأسرهم أنه لا ينبغي عليهم أبدا توصيل أو فصل هذه الأجهزة وأنه ينبغي عليهم دائما السعي للحصول على مساعدة طاقم العمل الطبي.

7-2 المطالبة بوضع بطاقة تعريف على أجهزة القسطرة عالية الخطورة (على سبيل المثال تلك الخاصة بالشرايين والمواضع فوق الجافية وداخل القراب). حيث ينبغي تجنب استخدام أجهزة القسطرة ذات فتحات الحقن فيما يخص هذه الأمثلة.

7-3 المطالبة بأن يقوم مزودو الرعاية بتتبع جميع الخطوط بدءً من أصلها حتى فتحة التوصيل للتأكد من الوصلات قبل إجراء أية توصيلات أو عمليات إعادة توصيل أو إعطاء الدواء أو المحاليل أو المنتجات الأخرى.

7-4 إدراج عملية توفيق خطية قياسية كجزء من التواصل في أثناء التسليم. وينبغي أن تتضمن هذه العملية إعادة فحص توصيلات الأنابيب وتتبع جميع الأنابيب وأجهزة القسطرة الخاصة بالمريض إلى مصادرها بمجرد وصول المريض إلى محيط أو منطقة تقديم خدمة جديدة وعند تغييرات طاقم العمل للنوبات.

7-5 حظر استخدام سرنجات ذات توصيلات ليور في إعطاء الأدوية عن طريق الفم أو التغذية المعوية.

7-6 إدراج التدريب على الأخطار المتعلقة بأخطاء توصيل الأنابيب والأجهزة في التوجيه والتطوير المهني المستمر للأطباء ومختصي الرعاية الصحية.

8- استخدام أدوات الحقن لمرة واحدة

إن واحدة من بين المشاكل العالمية الكبرى المثيرة للقلق انتشار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد الوبائي ب وفيروس التهاب الكبد الوبائي سي بسبب إعادة استخدام إبر الحقن. وينبغي على المستشفى أن تأخذ في حسبانها الاستراتيجيات التالية:

8-1 الحث على استخدام أدوات الحقن لمرة واحدة وجعلها واحدة من أولويات السلامة في المرفق الصحي والتي تتطلب وجود قيادة والإشراك الفعال لجميع الممارسين المتصدرين للعمل في مجال الرعاية الصحية.

8-2 وضع برامج تدريبية مستمرة ومصادر معلوماتية للعاملين في الرعاية الصحية بحيث تتناول ما يلي:

8-2-1 مبادئ مكافحة العدوى وممارسات الحقن الآمنة وإدارة التخلص من النفايات الحادة.

8-2-2 فعالية الأدوية التي لا يتم حقنها.

8-2-3 توعية المرضى وأسرهم بخصوص بدائل استخدام الأدوية التي يتم أخذها بالحقن (على سبيل المثال الأدوية التي يتم تناولها عن طريق الفم).

8-2-4 تقنيات الحقن الجديدة (على سبيل المثال، النظم "غير المزودة بإبر") .

8-3 تقييم وقياس كفاءة تدريب مختصي الرعاية الصحية على سلامة الحقن.

8-4 تزويد المرضى وأسرهم بالتوعية بشأن:

8-4-1 طرق العلاج التي تستوي في فاعليتها مع عمليات الحقن من أجل التقليل من استخدام الحقن.

8-4-2 نقل مسببات الأمراض المنقولة بالدم.

8-4-3 ممارسات السلامة عند الحقن.

8-5 تحديد وتطبيق ممارسات آمنة لإدارة النفايات تفي باحتياجات المستشفى.

9- تطوير العناية بنظافة اليدين لمكافحة العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية

حسب التقديرات، فإن 1.4 مليون شخص على مستوى العالم يعانون من العدوى التي اكتسبوها في المستشفيات في أية نقطة زمنية. تعد نظافة اليد بفعالية الإجراء الوقائي الرئيسي لتجنب مثل هذه المشكلة. وينبغي على المستشفى أن تأخذ في حسبانها الاستراتيجيات التالية:

9-1 التشجيع على الالتزام بنظافة الأيدي باعتباره أحد الأولويات الصحية في المنشأة مما يتطلب الدعم من قيادة المنشأة والدعم الإداري والموارد المالية.

9-2 تطبيق التوصيات التسع الواردة في "إرشادات نظافة الأيدي في الرعاية الصحية" الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (النسخة المطورة) وذلك على مستوى المستشفى وبصفة خاصة تطبيق الاستراتيجيات ذات التخصصات المتعددة وذات الوسائل المتنوعة والخاصة بتحسين نظافة اليدين في المرافق الصحية والتي تتضمن ما يلي:

9-2-1 توفير وسائل لدلك اليد على أن تكون مغموسة في الكحول ويسهل الوصول إليها في نقطة رعاية المريض.

9-2-2 إمكانية الوصول إلى مصدر مياه آمن ومستمر في جميع الصنابير / الحنفيات وكذا المرافق اللازمة لتنظيف اليدين.

9-2-3 توعية العاملين في الرعاية الصحية بخصوص الأساليب الصحيحة لتنظيف اليدين.

9-2-4 عرض لوحات تذكير تحث على تنظيف اليدين في مقر العمل.

9-2-5 قياس الالتزام بتنظيف اليدين من خلال عمليات الرصد وتقارير الإفادة بخصوص أداء مختصي الرعاية الصحية.

الملحق 11: الإحصائيات (مثال)

الأطباء في القطاع الصحي حسب المسمى الوظيفي والتخصص وفئات الجنسية																
PHYSICIANS IN HEALTH SECTOR BY DESIGNATION,SPECIALTY & NATIONALITY GROUPS																
Nationality Group	مواطنون			عرب			آسيويون			جنسيات أخرى			المجموع				فئات الجنسية
Designation	UAE			ARABS			ASIANS			OTHERS			TOTAL				المسمى الوظيفي
Specialty	اختصاصي Spec.	ممارس G.P	المجموع Total	اختصاصي Spec.	ممارس G.P	المجموع Total	اختصاصي Spec.	ممارس G.P	المجموع Total	اختصاصي Spec.	ممارس G.P	المجموع Total	اختصاصي Spec.	ممارس G.P	المجموع Total	النسبة المئوية %	التخصص
Medical																	باطنة
Cardiology																	قلب
Cardiac Surgery																	جراحة القلب
Cardiothoracic Surgeon																	جراحة الصدر
Respiratory																	صدرية
G. Surgery																	جراحة عامة
Orthopaedic																	عظام
Neuro																	أعصاب
Neuro Surgery																	جراحة أعصاب
Psychiatric																	نفسية
Gyn. & Obst.																	نساء وولادة
Neonatology																	حديثي الولادة

Paediatric																	أطفال
Paed. Surgery																	جراحة أطفال
Urology																	مسالك بولية
Dermatology																	جلدية
Ophthalmology																	عيون
Rheumatologist																	الروماتيزم
E.N.T																	أنـف وأذن وحنجرة
A/E																	طوارئ

Nationality Group	مواطنون UAE			عرب ARABS			آسيويون ASIANS			جنسيات أخرى OTHERS			المجموع TOTAL				فئات الجنسية
Designation	اختصاصي Spec.	ممارس G.P	المجموع Total	اختصاصي Spec.	ممارس G.P	المجموع Total	اختصاصي Spec.	ممارس G.P	المجموع Total	اختصاصي Spec.	ممارس G.P	المجموع Total	اختصاصي Spec.	ممارس G.P	المجموع Total	النسبة المئوية %	المسمى الوظيفي
Specialty																	التخصص
Radiology																	أشعة
Anaesthesia																	تخدير
Infectious Disease																	الأمراض المعدية
Intensive Care																	العناية المركزة
Acupuncture																	الوخز بالإبر
Chiropractor																	تقويم العمود الفقري يدوياً
Allergic																	الحساسية
Endocrinology																	الغدد الصماء
Family Medicine																	طب الأسرة
Geneticist																	الجينات
Homeopathic																	المعالجة المثلية
Laboratory																	المختبر
Phys. Medi. & Rehabil.																	التأهيل والطب الطبيعي
Plastic Surgeon																	جراحة التجميل
Immunology																	المناعيات

Vascular Surgery																	جراحة الأوعية الدموية
Alt. Medicine																	الطب البديل
Laser																	ليزر
Nephrology																	أمراض الكلى
Oncology																	الأورام
Pain Management																	التحكم في الألم
GP																	ممارس عام
Others																	أخري
Sub-Total																	المجموع
Dental																	أسنان
Others To Be Mentioned																	أخرى (يرجى ذكرها)

الملحق 12: معايير صنع القرار الخاص بتعيين الموظفين

البنود	العناصر
المرضى	• سمات المرضى • عدد المرضى الذين سيتم تقديم الرعاية لهم
كثافة الوحدة والرعاية	• كثافة على مستوى مريض فردي • كثافة على مستوى الوحدة (عدم تجانس بيئات العمل) • تنوع أوجه الرعاية • عمليات الدخول والخروج والتحويل • الكم
السياق	• الهيكل البنائي (التوزيع الجغرافي للمرضى ومساحة وتصميم غرف المرضى الفردية وترتيب وحدة (وحدات) رعاية المرضى بالكامل) • التقنية (أجهزة الاستدعاء والهواتف الجوالة وأجهزة الحاسب الآلي) • نفس الوحدة أو مجموعة من المرضى
الخبرة	• منحنى التعليم للأفراد ومجموعات الممرضات • تناسق واستمرارية وتجانس طاقم العمل • التدريب المتبادل • الاشتراك في أنشطة تحسين الجودة • التوقعات المهنية • التجهيز والخبرة

الملحق 13: متطلبات نسبة أفراد طاقم التمريض للمستشفى العام

رقم	المنطقة	توفير أفراد طاقم التمريض	
		ممرضة مسجلة مقارنة بمعدل المرضى في كل نوبة	الممرضة المسؤولة
1	الجناح العام	1: 4 لكل نوبة (بالزيادة أو النقصان) 1–2 ممرضة تضاف إلى العدد الإجمالي	1: 25
2	جناح الأمراض النفسية	كما ورد أعلاه، إلا أنه يفضل أن تكون ممرضة صحة عقلية	كما ورد أعلاه
3	جراحة العظام	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه
4	جناح أمراض النساء والتوليد	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه
5	الصدمات	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه
6	جراحة التجميل	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه
7	الأنف والأذن والحنجرة وجراحة المسالك البولية	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه

رقم	المنطقة	توفير أفراد طاقم التمريض	
		ممرضة مسجلة مقارنة بمعدل المرضى في كل نوبة	الممرضة المسؤولة
1	جناح طب الأطفال	1: 3 لكل نوبة (بالزيادة أو النقصان) تضاف ممرضات إلى العدد الإجمالي.	1: 25
2	جناح الإقامة القصيرة	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه
3	جناح الأمراض المعدية	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه
4	جناح الأمراض العصبية / الجراحة	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه
5	جناح الحروق	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه

6	الجناح الخاص	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه
7	جناح الشيخوخة	كما ورد أعلاه	كما ورد أعلاه

رقم	المنطقة	توفير أفراد طاقم التمريض	
		ممرضة مسجلة مقارنة بمعدل المرضى في كل نوبة	الممرضة المسؤولة
1	وحدة الكلى	1: 2 لكل نوبة (بالزيادة أو النقصان) تضاف ممرضات إلى العدد الإجمالي.	واحدة كل نوبة
2	وحدة العناية بالقلب	كما ورد أعلاه	
3	وحدة استشارات السلوكيات الجنسية / وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة	ممرضة لكل واحدة	
4	وحدة العناية المركزة	1 + (2 – 4) ممرضة تضاف إلى العدد الإجمالي.	واحدة كل نوبة

1- جناح الولادة

رجاء الرجوع إلى معايير الأمومة للتعرف على مزيد من التفاصيل.

رقم	المنطقة	توفير أفراد طاقم التمريض		
		ممرضة مسجلة مقارنة بمعدل المرضى في كل نوبة		الممرضة المسؤولة
1	المرحلة الأولى	1 ممرضة مسجلة، قابلة مسجلة 2 + المغادرة للراحة وفترات الراحة من العمل		واحدة كل نوبة
2	غرفة الولادة	1 ممرضة مسجلة، قابلة مسجلة	1	

2- إرشادات تتعلق بطاقم العمل في قسم الحوادث والطوارئ وغرف العمليات

ينبغي أخذ العوامل المدونة أدناه في الاعتبار:

رقم	المنطقة	توفير أفراد طاقم التمريض		
		ممرضة مسجلة مقارنة بمعدل المرضى في كل نوبة		الممرضة المسؤولة
بالنسبة لقسم الحوادث والطوارئ: التصميم		1 + 1 ممرضة إضافية متميزة	3	واحدة كل نوبة
1	عدد غرف الاستقبال	*	*	*
2	عدد غرف العلاج (الكبرى والصغرى)	*	*	*
3	عدد غرف الملاحظة	*	*	*
4	عدد غرف التجهيز / الإمداد	*	*	*
5	غرف الفحص المستخدمة حاليا	*	*	*
6	متوسط عدد النوبات / السنة	*	*	*
7	السماح بالإجازات والعطلات العامة وأيام الإجازات وإجازة الأمومة	*	*	*

3- غرفة العمليات

3-1 بناء على أنشطة المستشفى*، سيتم تحديد عدد الأسرة المخصصة للجراحة والمخطط الفعلي لغرف العمليات. وعموما، لن يقل العدد عن ثلاث ممرضات مسجلات لكل غرفة عمليات مع الأخذ في الاعتبار العوامل التالية.

3-2 منطقة الاستقبال.

3-3 عدد غرف العمليات وغرف الإفاقة التي تعمل بصفة يومية.

3-4 السماح بالإجازات والعطلات العامة وأيام الإجازات وإجازة الأمومة.

3-5 طبيعة الجراحة.

3-6 عدد العمليات التي يتم إجراؤها في كل نوبة يومياً.

4- **غرفة الإفاقة:** ممرضة مسجلة في كل نوبة على الأقل.

الملحق 14: التوصيات الخاصة بتحصين العاملين بالرعاية الصحية

لقاح	دواعي الاستخدام	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 الأنفلونزا (غير المنشطة)	تحصين سنوي من جرعة واحدة في العضل باستخدام اللقاح الحالي.	العاملون الذين يحتكون بالمرضى ذوي الخطورة العالية أو العاملون في مرافق الرعاية الحرجة والعاملون 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.	العاملون المولودون في أو بعد 1957 دون توثيق أنهم (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 اللقاح لجميع العاملين بما في ذلك أولئك المولودين قبل 1957 ممن لا يوجد لديهم دليل على المناعة.
لقاح فيروس النكاف الحي	الجرعة الأولى تحت الجلد دون إضافة مادة تعزز فاعلية اللقاح.	يمكن تحصين العاملين الذين يعتقد أنهم عرضة للمرض وكذا يمكن النظر إلى البالغين المولودين قبل 1957 على إنهم لديهم مناعة.
لقاح فيروس الحصبة الألمانية الحي	الجرعة الأولى تحت الجلد دون إضافة مادة تعزز فاعلية اللقاح	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.
لقاح فيروس الجدري المائي الحي	جرعتان 0.5 مللي تحت الجلد، من 4 إلى 8 أسابيع إذا كان السن 13 عاما أو أكثر.	العاملون الذين ليس لديهم تاريخ موثوق بالإصابة بالجدري المائي أو وجد دليل مختبري على المناعة ضد الجدري المائي.