الهيئة العامة للتأمين الصحي

صحتك أمانه بين أيدينا

مستشفى صيدناوي

إدارة الجودة

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

1. **سياسات أمان وسلامة المريض** 3

1) *تعريف الصحيح للمريض الصحيح* 4

2) *سياسة تلقي وتطبيق الأوامر الشفهية والتليفونية* 23

3) *سياسة النتائج الحرجة* 37

4) *سياسة تسليم وتسلم أحوال المرضى* 50

5) *سياسة منع سقوط المرضى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتلافي السقوط* 63

6) *سياسة منع حدوث قرح الفراش أثناء وجود المريض بالمستشفى* 76

7) *بروتوكول فحص وحماية المرضى المعرضون للجلطات الدموية الوريدية* 92

8) *سياسة الإنذارات الحرجة* 100

9) *سياسة تفادي التوصيل الغير سليم للقساطر والأنابيب* 119

10) *سياسة الاستجابة السريعة للحالات الحرجة* 130

11) *سياسة الإنعاش القلبي الرئوي* 144

2. **سياسات الجراحة والتخدير والتهدئة** 158

12) *وضع علامة على الموضع الجراحي* 159

13) *القائمة التفقدية قبل الإجراء* 165

14) *الوقت المستقطع والخروج من العمليات* 181

15) *الوقاية من ترك الأدوات بعد العملية* 189

3. **سياسات إدارة وسلامة الدواء** 194

16) *التوافق الدوائي* 195

17) *تخزين الدواء* 208

18) *الأدوية عالية الخطورة وعالية التركيز* 211

19) *الأدوية المتشابهة في الشكل و النطق* 216

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

سياسات أمان وسلامة المريض

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.01 A.C.T.03		
عنوان السياسة	تعريف الصحيح للمريض الصحيح		
تاريخ إعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ تفعيل	1/9/2025	تاريخ اعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	7
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
رئيس الهيئة الطبية د/ محمد مختار رئيسة التمريض م/ هيام محمود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- يلتزم جميع العاملين بمستشفى صيدناوى باستخدام طريقتين لتعريف المرضى (اسم المريض رباعي الرقم الطبي الموحد) بجميع أقسام المستشفى.

الغرض

- التأكد من هوية المريض والتأكد من تقديم الخدمة الصحيحة للمريض الصحيح وذلك لتحقيق أمان المريض ومنع المخاطر التي قد يتعرض لها أثناء أي إجراء داخل المستشفى.

التعريفات

أساور التعريف:

- هي اساور جلد بها ورق صغير فارغ لكتابة بيانات المريض (الاسم الرباعي والرقم الموحد)

الرقم الموحد

ويقصد به الرقم الطبي الموحد وهو رقم يعطى للمريض عند أول تعامل معه داخل المستشفى ولا يتغير أبدا عند أي تعامل مع المستشفى مرة أخرى ولا يمكن إعطاؤه لأي مريض آخر تحت أي ظرف.

إجراءات العمل

- تسجيل المريض: تقوم المستشفى باستخدام وسيلتين لتحقق عن البيانات الشخصية عن طريق سؤال المريض (الاسم رباعي، رقم البطاقة). ثم يقوم بإعطائه الرقم الموحد.
  - في حالة المريض غير واعى يتم سؤال القادم مع المريض ومعه البطاقة الشخصية للمريض
  - في حالة حدوث أي خلل في النظام يتم تعريف المريض ب الرقم التأميني لحين عودة النظام
  - في حالة المريض الواعي وبدون اثبات شخصيه يتم تسجيل المريض (ادعاء)بالاسم الذي يقوم بالبلاغة لحين إحضار إثبات الشخصية

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- متى يرتدى المريض أسورة التعريف ومن المسؤول عن كتابتها ووضعها؟
  - تقوم ممرضة الطوارئ بمجرد دخول المريض غرفة ملاحظة الطوارئ بوضع أسورة التعريف للمريض وفي حالة عدم توفر كمية أساور لكل المرضى يتم كتابة بيانات تعريف المريض على بلاستر يكتب عليه اسم المريض والرقم الموحد
  - لا يتم وضع اسوره التعريف للمريض خارج غرفه الملاحظة، ولكن يتم التأكد من والتعرف على المريض بطريقة صحيحة ومطابقة الاسم مع تذكرة المريض
  - في حالة دخول المريض عن طريق مكتب الدخول إلى القسم الداخلي مباشرة يقوم موظف مكتب الدخول بوضع الأسورة للمريض
- أماكن وضع أسورة التعريف
  - توضع باليد اليمنى إلا إذا وجد سبب يمنع ذلك فتوضع باليد اليسرى (مثل حالات قسطرة القلب) وإذا تعذر ذلك توضع بالكاحل الأيمن يليه الكاحل الأيسر وفى حالة فشل كل ذلك يتم تعليق الأسورة في ملابس المريض بدبوس الملابس الآمن أو كتابة بيانات المريض على بلاستر الكانيولا
  - تقوم الممرضة بإعلام المريض وذويه بأهمية أسورة التعريف وأنه عند فقدها يقوم بإبلاغ الممرضة فورا وأنه لا يتم خلع أسورة التعريف إلا عندما تنتهي إجراءات الخروج كاملة.
  - تقوم الممرضة المسئولة بوضع أسورة جديدة إذا فقدت الأصلية أو أصبحت غير مقروءة.
  - عندما يُقدم إجراء علاجي للمريض ويستلزم خلع أسورة التعريف تقوم الممرضة بوضع أساور أخرى قبل خلع الأولى
  - في حالة رفض المريض تركيب اسوره يتم عمل نموذج احداث غير متوقعه و توثيق رفض المريض

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- بعد موافقة الأهل يتم كتابة على ذراع المريض بقلم غير قابل للمسح (Permanent)

- التأكد من تعريف المريض:

  - يقوم الفريق الطبي بالتأكد من تعريف المريض الواعي بسؤاله عن اسمه رباعي ومطابقته مع بيانات أسورة التعريف والملف الطبي (اسم المريض رباعي، الرقم الطبي الموحد).

  - في حالة المرضى فاقدي الوعي أو الأهلية، يقوم المسؤول عن عمل إجراء مع المريض بالرجوع إلى أسورة التعريف والتحقق من صحة المعلومات بواسطة سؤال أهل المريض وأقاربه.

يتم التأكد من تعريف المريض على سبيل المثال وليس الحصر عند عمل الإجراءات التالية:

✓ عند دخول المريض جديد القسم
✓ عند أخذ عينة دم أو أي عينات أخرى لازمة للتحاليل الطبية والفحص المعملي (يتم وضع الملصق الخاص بالتعريف بعد أخذ العينة في محطة المريض).
✓ نقل دم ومشتقاته.
✓ أخذ عينة من سوائل جسم المريض.
✓ إعطاء الأدوية.
✓ التدخل الجراحي وأي إجراءات تداخلية.
✓ تحويل / نقل المريض.
✓ أشعة أو أي إجراءات تصويرية.
✓ عند التسليم والتسلم
✓ عند اخذ العلامات الحيوية
✓ عند تقييم المريض
✓ عند تركيب وفك الوصلات للمريض
✓ عند خروج المريض
✓ عند تسليم حاله وفاه

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

مرضي الغسيل الكلوي:

- يتم عمل كروت تعريفية تحتوي على اسم المريض رباعي والرقم الموحد وصورته وتقوم الممرضة بتسليمها للمريض بمجرد دخوله وحده الكلي واسترجاعه عند رحيل المريض وحفظه لحين عودته للمستشفى مرة اخرى
- في حالة تلف الكارت تلتزم المستشفى بتوفير كارت جديد

المرضى فاقدي الهوية:

- المرضى الفاقدين الهوية كما في حالة (مرضى الإصابات المتعددة فاقدي الوعي) يتم تعريفهم ب (مجهول "رقم مسلسل"، ورقم الملف الطبي).

المرضى المتشابهين في الاسم:

- يتم فصلهم في مكانين مختلفين بالقسم.
- تقوم مشرفة التمريض بإعلام العاملين بالقسم وكتابة مريض متشابه في معلومات نموذج التسليم والتسلم ISBAR
- تقوم مشرفة التمريض بكتابة مريض متشابه في الاسم على الملف الطبي وجميع مشتملاته.
- توزيع المرضى على فريق طبي مختلف

- المرضى المتوفيـن:

- يقوم الأطباء والتمريض والعمال المتعاملين مع المرضى المتوفين بالتأكد من وجود أسورة التعريف بمعصم المتوفى.
- إذا كانت الأطراف مفقودة أو يصعب وضع أسورة التعريف عليها يتم تثبيت ملصق على جلد المتوفى في مكان ظاهر الجبهة أو الصدر.
- في حالة عدم معرفة اسم المريض لابد أن يكتب بأسورة التعريف (مجهول برقم مسلسل، رقم الملف الطبي).

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- مرضي الادعاء

- في حالة المريض الواعي والذي لا يوجد معه اثبات شخصيه يتم تسجيل المريض (مريض ادعاء) بالاسم الذي بلغ به لحين إحضار إثبات هويته يتم تعديل البيانات

- في حالة المريض الأجنبي:

- يتم تسجيل المريض بالباسبور الخاص به

❖ يتم تعريف جميع مشتملات المريض بالاسم الرباعي ورقم الملف الموحد وهي على سبيل المثال رسم القلب، رسم القلب بالمجهود، تقارير السونار، نتائج التحاليل، الجزء المستأصل من المريض في العمليات، الغذاء، نماذج الملف الطبي

- مرضي الحوادث

- إذا كانت حادثة يتم عمل محضر إثبات حادثة.

- في حالة عدم وجود إثبات هوية يعامل معاملة فاقد الهوية (مجهول ورقم مسلسل ورقم الملف الطبي)

- يتم تعريف المريض في قسم الاستقبال والطوارئ باسم المريض رباعي ورقم الموحد الموجود

❖ عناصر الرعاية المرتبطة بتعريف المريض

- الأدوية: يتم تعريف اسم المريض رباعي والرقم الموحد واسم الدواء والتاريخ وساعه التحضير والقائم بالتحضير الاسم ثلاثي
- الدم ومشتقاته: يتم تعريف اسم المريض رباعي والرقم الموحد نوع الفصيلة وتاريخ التحضير والصلاحية
- الغذاء: يتم تعريف اسم المريض رباعي والرقم الموحد نوع الوجبة وتاريخ ووقت التحضير
- العينات: وضع ملصق باسم المريض رباعي والرقم الموحد بعد سحب العينة وقبل مغادرة المريض

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

- عينات الباثولوجي: وضع ملصق باسم المريض رباعي والرقم الموحد ومكان سحب الباثولوجي وتاريخ وساعة بعد سحب العينة مباشرة

الطرق المستثناة في تعريف المريض

- رقم الغرفة
- رقم السرير
- اسم الطبيب
- اسم الممرضة
- اسم الشهرة

❖ حالات الخاصة التي لا يتبع فيها نفس عملية التعريف للمريض

- حديث الولادة
- مرضي المجهول وغير محددة هوايتهم والكوارث وغيرها

- في حالة وجود خطأ في عملية التعرف على المريض يتم كتابة نموذج تقرير واقعة طبقا لسياسة رفع تقرير عن واقعة.
- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل وعمل تقرير عن البيانات المتعلقة بعملية تعريف المريض.
- يتم تدريب جميع الموظفين ومقدمي الرعاية الصحية (الجدد والحاليين) الذين لهم صلة بالتعامل مع المرضى على هذه السياسة وإجراءاتها
- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية تعريف المريض.
- مؤشر الأداء:
  - $\frac{\text{عدد المرضى الذين تم تعريفهم بطريقة صحيحة}}{\text{اجمالي عدد المرضى الذين تم فحص تعريفهم طبقا للسياسة}} \times 100$
  - المصدر: الملف الطبي والسجلات
  - الهدف:.100%

المسؤول عن التنفيذ

- الفريق الطبي. - العاملين بالمستشفى.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

النماذج

- نموذج أحداث غير متوقعة.
- نماذج الملف الطبي
- نموذج التثقيف الصحي

الاختصارات

- SH.GSR.1 ACT .03: Sednawy Hospital GAHAR Safety Requirements
- ACT : Access, continuity, and transition of care

المراجع

- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

معايير ذات صلة

- ACT.14 (Access, continuity, and transition of care) Patient's referral, transfer, temporary discharge, and discharge
- DAS.04 (Diagnostic and Ancillary services) Pre-examination process
- DAS.08 (Diagnostic and Ancillary services) Medical imaging results
- DAS .15 (Diagnostic and Ancillary services) Specimen reception, tracking, and storage
- ICD.20 (INTEGRATED CARE DELIVERY) Ordering of blood and blood products
- MMS.13 (Medication management and safety) medication preparation area, labeling of medications
- IMT.08 (information management and technology) Patient medical record managements

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

نموذج الأحداث غير المتوقعة

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع : .....
مستشفى : .....

OCCURRENCE VARIANCE REPORT (OVR)

(.....) OVR Code No.

THIS FORM SHOULD BE FORWARDED TO THE QUALITY DEPARTMENT WITHIN 72 HOURS
يجب أن يسلم النموذج لقسم الجودة في خلال 72 ساعة

Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (إختياري)		Department: القسم	
Reported by Signature: توقيع المبلغ		Date of Reporting: تاريخ التبليغ	

INDIVIDUAL OR MEMBER OF STAFF INVOLVED (Tick One or More)

☐ Nurse ممرضة	☐ Physician طبيب	☐ Administrative إدارى	☐ Patient مريض
☐ Nursing Aid مساعدممرضة	☐ Technician فنى	☐ Security فرد امن	☐ Other اخرى

OCCURRENCE INFORMATION

Date of Incident تاريخ الحادث		Time of Incident وقت وقوع الحادث		Location/Unit الوحدة/المكان	
Name of Person Involved اسم الشخص المعنى		Patient I.D: رقم الملف الطبي		☐ Female انثى	☐ Male ذكر

Briefly describe the incident/ occurrence and attach the supporting data when applicable
وصف ملخص للحدث مع الدعم بمستند اذا امكن

Immediate Corrective Action taken: To be completed by involved/concerned department
الإجراء التصحيحي المتخذ : يتم كتابتة من قبل الشخص المسئول

Suggested Preventive Action: To be completed by the concerned Head of Department for follow up
الإجراء التصحيحي المقترح : يتم كتابتة من قبل رئيس القسم المختص

Name الاسم-: ..... Date التاريخ:..... Time الوقت..... Signature التوقيع:.....

O.V.R. I-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : .....

مستشفى : .....

يتم كتابتة بواسطة الجودة

CLASSIFICATION OF OCCURRENCE VARIANCE:

PATIENT CARE ISSUES	SENTINEL EVENT	MEDICATION ERROR
❑ Complication following procedure	❑ Unanticipated death not related to the natural cause of illness	Medication's Name: __ ❑ Wrong Drug Wrong Dose ❑ Wrong Time Wrong Route ❑ Wrong Patient Missed Dose ❑ Drug not given I.V.infiltration ❑ Expired Drug
❑ Procedure delay	❑ Major permanent loss of function	
❑ Patient care delay	❑ Wrong-site of surgery	
❑ Use of Blood/Blood Products e.g. Blood Reaction	❑ Wrong-procedure / surgery	
❑ **Pressure ulcer** Community Hospital	❑ Wrong-patient surgery	❑ Delay in order to pharmacy ❑ Delay in order to pharmacy
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
IPSGS	**COMMUNICATION**	**DOCUMENTATION OR RECORDS**
❑ Patient Identification	❑ Property loss – Staff Patient	❑ Health record unavailable or delayed
❑ Fall or Found on Floor	❑ Behavioral – Staff Patient	❑ Illegible entry or order
❑ Transfer/ Handover Communication	❑ Ethical	❑ Incomplete or inaccurate documentation
❑ Safe Surgery	❑ Patient Complaint	
❑ Reduce Risk of Infection (hand- hygiene guidelines)		
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
FMS	**EQUIPMENT**	**PCI**
❑ Fire Alarm Theft ❑ Smoking Environmental	❑ Equipment use related	❑ Sharps /Needle Stick Injury
❑ Breakdown of doors		❑ Isolation Violation
❑ Safety and Security		
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**

Others not classified above, Specify:

- **This Event is considered:** ❑ Sentinel ❑ Adverse ❑ Near Miss
- **Risk Score / Degree of Harm/Injury:** ( ) نتيجة تقييم خطورة الحدث

QUALITY DEPARTMENT RECOMMENDATION توصية إدارة الجودة

Quality Manager Signature : **Date:** **Time :**

Follow-up Status of action taken: متابعة حالة الإجراء المتخذ

☐ Appropriate & complete كامل ومناسب ☐ Inappropriate & incomplete كامل و غير مناسب

☐ No further action required ليس هناك إجراء مطلوب ☐ Other أخرى.....

O.V.R. 2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

نموذج التثقيف الصحي

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

التثقيف الصحى للمريض

التاريخ : / / القسم : .....

تقييم مبدئى للاحتياجات التعليمية للمريض / الأسرة (هذا الجزء يملأ بمعرفة التمريض)

-التعليم :

☐ مؤهل عالى ☐ مؤهل متوسط ☐ يقرأ ويكتب ☐ أمى

-الحالة النفسية والقابلية للتعلم : ☐ يريد ويستجيب ☐ لا يريد ولا يستجيب

-عوائق للتثقيف :

☐ عضوية (السمع – الكلام) ☐ معرفية (مستوى الذكاء والإستيعاب)

- بناءآ على المعلومات السابقة سيتم تقديم التثقيف لـ ☐ المريض ☐ الأسرة

- طريقة التثقيف : ☐ شفاهة ☐ مكتوبة

☐ أخرى (اذكر) .....

- شرح من قبل كوادر أخرى . (حدد) : .....

.....

شرح من قبل الطبيب	تـم	التـوقـيـع
هل تم شرح التشخيص الطبى ؟		
هل تم شرح طريقة العلاج والأثار الجانبية ؟		
هل تم شرح الاجراءات والفحوصات المطلوبة قبل اجراءها ؟		
هل تم شرح التفاعل الدوائى الغذائى ؟		
التاهيل الوظيفى (العلاج الطبيعى) عند الحاجة		
هل هناك حاجة لحضور برنامج تثقيفى اضافى ؟		
هل تم شرح تعليمات الخروج والمتابعه ؟		
هل تم شرح واستيعاب وفهم تعليمات الخروج والمتابعة ؟		
شرح من قبل التمريض		
هل تم شرح اهمية ارتداء اسورة التعريف ؟		
هل تم شرح تعليمات العناية بالقساطر والوصلات؟		
هل تم شرح احتياطات منع خطر السقوط؟		
هل تم شرح اجراءات الوقاية من قرح الفراش؟		
شرح النظام الغذائى و تقليل المخاطرمثل التدخين وأهمية الرياضة والنظام الغذائى		

تم شرح التثقيف الصحي :

توقيع المريض : ..... التاريخ : / / الوقت : .....

MR.Inp.Dr.1-1

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.1.1 A.C.T.03		
عنوان السياسة	سياسة تعريف طفل حديث الولادة		
تاريخ الإعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	تاريخ الاعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	4
نطاق التفعيل	❖ مكتب الدخول ❖ عمليات النساء والتوليد ❖ العناية المركزة للمبتسرين		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
رئيس الهيئة الطبية د/ محمد مختار رئيسة التمريض م/ هيام محمود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د/ إيمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

تلتزم المستشفى بتعريف الأطفال حديثي الولادة بالطريقة الصحيحة الآمنة.

الغرض

- منع الأخطاء الطبية أو تسليم الأطفال لغير ذويه لتجنب أي أخطاء جسيمة.

إجـراءات العمل

في حالة ولادة الأم في المستشفى:

- يقوم مكتب الدخول بمراجعة بطاقة الرقم القومي وإصدار صحيفة الدخول.
- تقوم الممرضة بتركيب أسورة التعريف للأم عليها البيانات الآتية:
  - الاسم الرباعي.
  - الرقم الموحد.
- بمجرد ولادة الطفل تقوم الممرضة بعمل 2 أسورة يد لكل طفل تثبت على الكاحل لكلا القدمين ويقوم الطبيب بمراجعة ذلك وتكتب البيانات الآتية على الأسورة:
  - ابن أو ابنة (اسم الأم).
  - الرقم الموحد للأم.
  - Triple / Twin :3- 2- 1 (في حالة التوأم)
  - تاريخ الميلاد
  - وقت الولادة

تقوم الممرضة بمراجعة هذه البيانات مع الأم ومضاهاتها بأسورة الأم.

- تقوم الممرضة بالتأكد من أن الأسورة محكمة حول كاحل الطفل لكي لا تقع وأيضاً لا تؤذي جلد الطفل.
- تقوم الممرضة بالعمليات أو كشك الولادة بوضع بصمة قدم الطفل في الملف الطبي للأم.

في حالة دخول الطفل NICU بعد الولادة بالملاحظة (السيرفو)

- يقوم مكتب الدخول بمراجعة بطاقة الرقم القومي للأم وإصدار إخطار فحص للطفل

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

في حالة دخول الطفل NICU بعد الولادة بالمستشفى

- يقوم مكتب الدخول بمراجعة بطاقة الرقم القومي للأم وإصدار صحيفة الدخول للطفل.
- تقوم الممرضة بعمل 2 أسورة يد لكل طفل تثبت على الكاحل لكلا القدمين ويقوم الطبيب بمراجعة ذلك وتكتب البيانات الآتية على الأسورة:
  - ابن أو بنت (اسم الأم رباعي).
  - تاريخ الميلاد
  - رقم موحد الطفل.
  - وقت الولادة
  - Triple / Twin :3- 2- 1 (في حالة التوأم)

في حالة ولادة الطفل خارج المستشفى:

- عند عمل دخول الطفل حديث الولادة إلى NICU وفى حالة استخراج شهادة ميلاد الطفل أو عدمه، يقوم موظف مكتب الدخول بمراجعة بيانات الأم من البطاقة الشخصية وبيانات الطفل من شهادة الميلاد إن وجدت ومن التقرير الطبي من المستشفى التي حدثت بها الولادة.
- تقوم ممرضة الاستقبال بتركيب 2 أسورة يد لكل طفل على كاحل كلا القدمين(ankle)وتقوم بكتابة البيانات الآتية:
  - Triple / Twin :3- 2- One (في حالة التوأم).
  - ابنة او ابن (اسم الأم رباعي).
  - تاريخ الميلاد.
  - وقت الميلاد.
  - رقم موحد الطفل.
- عند دخول الطفل حديثي الولادة إلى NICU تقوم ممرضة NICU بالتأكد من وجود 2 أسورة اليد لكل طفل مثبتة على كاحل كلا من القدمين.
- تقوم الممرضة NICU بمراجعة بيانات أسورة الطفل مع الأم.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- تقوم ممرضة NICU بالتأكد من أن الأسورة محكمة حول كاحل الطفل لكي لا تقع وأيضاً لا تؤذي جلد الطفل.
- تقوم ممرضة NICU بوضع بصمة قدم الطفل في الملف الطبي للطفل.

مراجعة سوار اليد:

- تقوم ممرضة NICU بمراجعة 2 أسورة اليد لكل طفل مع الأم والأب قبل تثبيتهم على كاحل الطفل.
- يقوم طبيب NICU بمراجعة 2 أسورة اليد لكل طفل كل يوم خلال الكشف الطبي.

عند فقد أسورة اليد:

- في حالة فقد أسورة يد واحدة: تقوم ممرضة NICU بتركيب أسورة يد جديدة.
- في حالة فقد 2 أسورة يد لطفل واحد في القسم:
  - تقوم ممرضة NICU بإبلاغ مشرفة الوحدة.
  - تقوم ممرضة NICU بمراجعة أساور اليد لكل الأطفال حديثي الولادة في الوحدة.
  - يقوم الطبيب المختص بمراجعة الحالة ويقر بصحة بيانات الطفل.
  - تقوم ممرضة NICU بعمل عدد (2) أسورة يد جديدة وعليها بيانات الطفل بعد مراجعتها مع الأم والطبيب المختص.
  - تقوم ممرضة NICU بكتابة تقرير أحداث غير متوقعة.
- في حالة فقد 2 أسورة يد لأكثر من طفل في القسم:
  - تقوم ممرضة NICU بإبلاغ مشرفة القسم ومديرة التمريض ومدير المستشفى.
  - تقوم ممرضة NICU بكتابة تقرير أحداث غير متوقعة جسيمة.
  - يتم استخدام تقنية DNA لمعرفة نسب الأطفال الغير معروفين.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

النماذج

- السجلات
- نموذج الملف الطبي
- نموذج أحداث غير متوقعة.

المسؤول عن التنفيذ

- موظفي الاستقبال ومكتب الدخول.
- أطباء وتمريض الاستقبال.
- أطباء وتمريض عمليات النساء والتوليد.
- أطباء وتمريض العناية المركزة لحديثي الولادة والأطفال المبتسرين.

الاختصارات

- SH.GSR.1.1: Sednawy Hospital GAHAR Safety Requirements
- NICU: Neonatal Intensive Care Unit.

المراجع

- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025
- National Patient Safety Agency NHS
- Royal Cornwall Hospitals

معايير ذات صلة

- ACT.14 (Access, continuity, and transition of care) Patient's referral, transfer, temporary discharge, and discharge
- DAS.04 (Diagnostic and Ancillary services) Pre-examination process
- DAS.08 (Diagnostic and Ancillary services) Medical imaging results
- DAS .15 (Diagnostic and Ancillary services) Specimen reception, tracking, and storage
- ICD.20 (INTEGRATED CARE DELIVERY) Ordering of blood and blood products
- MMS.13 (Medication management and safety) medication preparation area, labeling of medications
- IMT.08 (information management and technology) Patient medical record managements

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

نموذج الأحداث غير المتوقعة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع : .....
مستشفى : .....

OCCURRENCE VARIANCE REPORT (OVR)

(.....) OVR Code No.

THIS FORM SHOULD BE FORWARDED TO THE QUALITY DEPARTMENT WITHIN 72 HOURS
يجب أن يسلم النموذج لقسم الجودة في خلال 72 ساعة

Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (إختياري)		Department: القسم	
Reported by Signature: توقيع المبلغ		Date of Reporting: تاريخ التبليغ	

INDIVIDUAL OR MEMBER OF STAFF INVOLVED (Tick One or More)

☐ Nurse ممرضة	☐ Physician طبيب	☐ Administrative إداري	☐ Patient مريض
☐ Nursing Aid مساعدممرضة	☐ Technician فني	☐ Security فرد أمن	☐ Other أخرى

OCCURRENCE INFORMATION

Date of Incident تاريخ الحادث		Time of Incident وقت وقوع الحادث		Location/Unit الوحدة/المكان	
Name of Person Involved اسم الشخص المعني		Patient I.D: رقم الملف الطبي		☐ Female أنثى	☐ Male ذكر

Briefly describe the incident/ occurrence and attach the supporting data when applicable
وصف ملخص للحدث مع الدعم بمستند اذا امكن

Immediate Corrective Action taken: To be completed by involved/concerned department
الإجراء التصحيحي المتخذ : يتم كتابتة من قبل الشخص المسئول

Suggested Preventive Action: To be completed by the concerned Head of Department for follow up
الإجراء التصحيحي المقترح : يتم كتابتة من قبل رئيس القسم المختص

Name الاسم-: ..... Date التاريخ:..... Time الوقت..... Signature التوقيع:.....

O.V.R. 1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : .....

مستشفى : .....

يتم كتابتة بواسطة الجودة

CLASSIFICATION OF OCCURRENCE VARIANCE:

PATIENT CARE ISSUES	SENTINEL EVENT	MEDICATION ERROR
❑ Complication following procedure	❑ Unanticipated death not related to the natural cause of illness	Medication's Name: __ ❑ Wrong Drug Wrong Dose ❑ Wrong Time Wrong Route ❑ Wrong Patient Missed Dose ❑ Drug not given I.V.infiltration ❑ Expired Drug
❑ Procedure delay	❑ Major permanent loss of function	
❑ Patient care delay	❑ Wrong-site of surgery	
❑ Use of Blood/Blood Products e.g. Blood Reaction	❑ Wrong-procedure / surgery	
❑ **Pressure ulcer** Community Hospital	❑ Wrong-patient surgery	❑ Delay in order to pharmacy ❑ Delay in order to pharmacy
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
IPSGS	**COMMUNICATION**	**DOCUMENTATION OR RECORDS**
❑ Patient Identification	❑ Property loss – Staff Patient	❑ Health record unavailable or delayed
❑ Fall or Found on Floor	❑ Behavioral – Staff Patient	❑ Illegible entry or order
❑ Transfer/ Handover Communication	❑ Ethical	❑ Incomplete or inaccurate documentation
❑ Safe Surgery	❑ Patient Complaint	
❑ Reduce Risk of Infection (hand- hygiene guidelines)		
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
FMS	**EQUIPMENT**	**PCI**
❑ Fire Alarm Theft ❑ Smoking Environmental	❑ Equipment use related	❑ Sharps /Needle Stick Injury
❑ Breakdown of doors		❑ Isolation Violation
❑ Safety and Security		
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**

Others not classified above, Specify:

- **This Event is considered:** ❑ Sentinel ❑ Adverse ❑ Near Miss
- **Risk Score / Degree of Harm/Injury:** ( ) نتيجة تقييم خطورة الحدث

QUALITY DEPARTMENT RECOMMENDATION توصية إدارة الجودة

Quality Manager Signature : **Date:** **Time :**

Follow-up Status of action taken: متابعة حالة الإجراء المتخذ

☐ Appropriate & complete كامل ومناسب ☐ Inappropriate & incomplete كامل وغير مناسب

☐ No further action required ليس هناك إجراء مطلوب ☐ Other أخرى.....

O.V.R. 2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

التثقيف الصحى للمريض

التاريخ : / / القسم : .....

تقييم مبدئى للاحتياجات التعليمية للمريض / الأسرة (هذا الجزء يملأ بمعرفة التمريض)

-التعليم :

☐ مؤهل عالى ☐ مؤهل متوسط ☐ يقرأ ويكتب ☐ أمى

-الحالة النفسية والقابلية للتعلم : ☐ يريد ويستجيب ☐ لا يريد ولا يستجيب

-عوائق للتثقيف :

☐ عضوية (السمع – الكلام) ☐ معرفية (مستوى الذكاء والإستيعاب)

- بناءآ على المعلومات السابقة سيتم تقديم التثقيف لـ ☐ المريض ☐ الأسرة

- طريقة التثقيف : ☐ شفاهة ☐ مكتوبة

☐ أخرى (اذكر) .....

- شرح من قبل كوادر أخرى . (حدد) : .....

.....

شرح من قبل الطبيب	تـم	التـوقـيـع
هل تم شرح التشخيص الطبى ؟		
هل تم شرح طريقة العلاج والأثار الجانبية ؟		
هل تم شرح الاجراءات والفحوصات المطلوبة قبل اجراءها ؟		
هل تم شرح التفاعل الدوائى الغذائى ؟		
التاهيل الوظيفى (العلاج الطبيعى) عند الحاجة		
هل هناك حاجة لحضور برنامج تثقيفى اضافى ؟		
هل تم شرح تعليمات الخروج والمتابعه ؟		
هل تم شرح واستيعاب وفهم تعليمات الخروج والمتابعة ؟		
شرح من قبل التمريض		
هل تم شرح اهمية ارتداء اسورة التعريف ؟		
هل تم شرح تعليمات العناية بالقساطر والوصلات؟		
هل تم شرح احتياطات منع خطر السقوط؟		
هل تم شرح اجراءات الوقاية من قرح الفراش؟		
شرح النظام الغذائى و تقليل المخاطرمثل التدخين وأهمية الرياضة والنظام الغذائى		

تم شرح التثقيف الصحي :

توقيع المريض : ..... التاريخ : / / الوقت : .....

MR.Inp.Dr.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.02 ICD.18		
عنوان السياسة	سياسة تلقي وتطبيق الأوامر الشفهية والتليفونية		
تاريخ الإعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	تاريخ الاعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	7
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة		اعتماد
رئيس الهيئة الطبية د/ محمد مختار رئيسة التمريض م/ هيام محمود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة: د/ إيمان سامي		مدير المستشفى د/ وسام وهيبه

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- تقوم سياسة المستشفيات بالهيئة العامة للتأمين الصحي على استخدام الأوامر الشفهية في الحالات الطبية الطارئة.
- يمكن قبول الأوامر الشفهية والتليفونية من قبل ممرضة مسجلة في ظروف محدودة عندما يكون من المستحيل أو غير العملي أن يكتبها الطبيب (يقوم الطبيب بإجراء عالي الخطورة وعند تأخر الأمر ينتج عنه تعرض المريض للخطر على أن يكون ذلك في أضيق الحدود لتيسير الرعاية الطبية المقدمة لذلك).
- يتم توثيق الأوامر الشفهية والتليفونية من قبل المتلقي
- يتم تأكيده من قبل الطبيب المعالج
- يتم قراءة الأوامر الشفهية والتليفونية من قبل المتلقي
- تنطبق هذه السياسة على جميع العاملين في المستشفيات المشاركين في الرعاية الصحية بما في ذلك الأطباء والممرضات وفنيو المختبرات أو الأشعة.

الغرض

- التقليل من الأخطاء المرتبطة بالتفسير الخاطئ الأوامر الشفهية والتليفونية ونتائج الاختبار (المعامل والأشعة).
- توفير التوجيه للأطباء والتمريض في الممارسة الآمنة للطلبات الشفهية والتليفونية المقدمة في حالات الطوارئ فقط بما يحقق سلامة المرضى

التعريفات

الأوامر الشفهية

- هي أوامر تعطي شفهيا بين مقدمي الرعاية الطبية وتكون في الحالات الطارئة لإنقاذ حياة مريض ويتواجد فيها مصدر الأمر الشفهي مع متلقي الأمر الشفهي

الأوامر التليفونية

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- هي أوامر تعطي عبر الهاتف بين مقدمي الرعاية الطبية وتكون في الحالة الطارئة لإنقاذ مريض

إجراءات العمل

- لا يُسمح بالأوامر الشفهية والتليفونية إلا في الحالات الأكثر إلحاحًا حيث يتعذر على الطبيب المعني كتابة الأمر أو يكون الدواء مطلوبًا للمريض في حاجة عاجلة وغير مخططة (طبيب يتعامل مع حالة توقف قلبي رئوي)
- يتم تدريب جميع مقدمي الرعاية الصحية المعنيين (الأطباء، التمريض، الصيادلة، فنيي المعمل والأشعة) على هذه السياسة وإجراءاتها
- الأوامر التليفونية:
  - يتم قبول الطلبات التليفونية فقط عندما يكون الأطباء الأساسيون غير متاحين لكتابة الطلب (مشغول في الحالات العاجلة أو فيOR) والتأخير سيضعف رعاية المرضى.
  - الحالات المسموح بها بأوامر التليفون

1. عند إبلاغ النتائج الحرجة (المعمل -الأشعة)
2. تواجد الطبيب في قسم الطوارئ لمناظرة حالة طارئة (الحوادث, ...)
3. في حالة استدعاء فريق التدخل السريع RRT فريق الإنعاش القلبي الرئوي CODE BLUE
4. حالة أن يكون الطبيب يؤدي إجراء عالي التطهير

  - "الكتابة، القراءة والتأكيد" (RED BAG) هي قاعدة في جميع الطلبات الهاتفية.
  - يجب عدم قبول الأوامر عبر التليفون أو شفهي في الحالات الآتية:
    - ✓ منتجات الدم/الدم (قد تحدث في حجرة العمليات أو الطوارئ في حالات الطوارئ).
    - ✓ العلاج الكيميائي.
    - ✓ المخدرات والمواد الخاضعة للرقابة.
    - ✓ أطفال /حديثي الولادة.
    - ✓ المرضى الذين يعانون من مرض كلوي.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

✓ الإجهاض والأدوية التي تحفز الولادة.
✓ التغذية الوريدية.
✓ الأدوية عالية الخطورة والتركيز
✓ أمر التقيد
✓ حالة دخول وخروج المرضى
✓ يتم قبول الطلبات التليفونية فقط إذا كان المريض تحت رعاية الطبيب الذي أصدر الأمر.

- أوامر الدواء عبر التليفون:

○ تقوم الممرضة المسئولة بالاتصال بالطبيب المعالج، ويجب أن تقدم المعلومات التالية للطبيب:
✓ تحديد المريض (اسم المريض، رقم الملف الطبي).
✓ تشخيص المريض.
✓ نبذة عن تاريخ المريض (الحساسية، ...).
✓ شرح حالة المريض.

○ يجب على الممرضة أن تكتب على الفور الدواء وجميع توصيات الطبيب في نموذج الطلب عبر التليفون وتحفظه في ملف المريض الطبي.

○ تقوم الممرضة بإعادة قراءة الترتيب على الطبيب المعالج والطبيب معطى الأمر يؤكد صحة ترتيب القراءة.

○ داخل العمليات يتم تسجيل الأوامر الشفهية في نماذج العمليات

○ نموذج طلب الدواء عبر التليفون يشمل:
✓ الجرعة.
✓ طريقة الإعطاء.
✓ وقت الإعطاء.
✓ تاريخ/ وقت تلقي الأمر.
✓ اسم وتوقيع الممرضة التي تلقت الأمر.
✓ اسم المريض.
✓ رقم الملف الطبي
✓ اسم الطبيب
✓ اسم الدواء.
✓ شكل جرعات.
✓ التركيز.

○ يمكن وصف جرعة واحدة فقط من الدواء بناءً على طلب الدواء عبر التليفون.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- يمكن صرف جرعة علاج واحدة فقط على نموذج الأوامر الشفهية وتوثيق الصرف على النموذج
- يجب تجنب الاختصارات عند تقديم أو استلام أمر.
- سيقوم الطبيب معطى الأمر بتوضيح اسم أي أدوية غير مألوفة، إذا شعر أي من الطرفين أن ذلك ضروري.
- سيقوم الطبيب معطى الأمر بصياغة الأرقام في خانة واحدة (على سبيل المثال، يجب قراءة 15 مرة أخرى على أنها "واحد، خمسة" لتجنب الأخطاء.
- يجب التوقيع على نموذج طلب الدواء عبر التليفون في السجل الطبي للمريض في أقرب وقت ممكن من قبل الطبيب في نوبة عمله/ عملها وبحد أقصى 24 ساعة.
- يجب أن يسجل وقت أمر الدواء الذي طلبه الطبيب في نموذج طلب الدواء عبر التليفون.

- أوامر الفحوصات التليفونية:

- تقوم الممرضة المسئولة باستدعاء الطبيب المسئول عن الحالة، ويجب أن تقدم المعلومات التالية للطبيب:
  - ✓ تحديد المريض (اسم المريض، رقم السجل الطبي).
  - ✓ تشخيص المريض.
  - ✓ نبذة عن تاريخ المريض (الحساسية، ...)
  - ✓ شرح حالة المريض.
- يجب على الممرضة أن تكتب على الفور الطلب في نموذج الطلب الشفهي/ التليفوني.
- تقوم الممرضة بإعادة قراءة الأمر على الطبيب معطى الأمر والطبيب يؤكد على أن إعادة قراءة الأمر صحيحة.
- يجب توثيق المعلومات التالية من قبل الممرضة:
  - ✓ التاريخ والوقت.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

✓ اسم الطبيب.
✓ الأمر الذي أعطاه الطبيب.
✓ سبب إعطاء الأمر شفهي.
✓ تاريخ ووقت تنفيذ الأمر (بواسطة الممرضة).
✓ يقوم الطبيب بالتوقيع على الطلب في أسرع وقت ممكن خلال نفس الشيفت وبحد أقصى قبل انتهاء الشيفت

- أمر شفهي مباشر
  - لا يُسمح بالأوامر الشفوية المباشرة عندما يكون الطبيب موجودًا ويكون سجل المريض متاحًا إلا أثناء إجراء معقم أو في حالات الطوارئ وفي هذه الحالة يكون التكرار مقبولًا.
  - يجب قبول الطلبات الشفهية المباشرة فقط من الأطباء ويجب أن تكون الأوامر مناسبة وفي نطاق الممارسة المهنية.
  - يتم قبول الطلب الشفهي المباشر في حالة التغيير الطارئ في حالة المريض التي تتطلب تغييرًا فوريًا في وتيرة أو معدل ضخ الأدوية المطبقة بالفعل على المريض.
  - الطبيب المعالج يعطي الترتيب اللفظي بشكل واضح.
  - يجب على الممرضة المستقبلة تكرار الأمر الشفهي مرة أخرى على الطبيب المعالج والطبيب الذي يعطي الأمر شفوياً يؤكد أن الأمر المكرر صحيح.
  - لا يُسمح للممرضات بالحصول على أمر دوائي جديد شفهياً في المناطق الحرجة.
- طلب شفهي مباشر أو طلب علاج شفهي خلال الكود بلو:
  - يعطي الطبيب المعالج أمر إعطاء العلاج بشكل واضح.
  - تكرر الممرضة المستلمة الطلب وتتلقى تأكيدًا من الطبيب المعالج
  - يتم توثيق هذه الأوامر في نموذج الكود بلو وفقًا لسياسة الكود بلو.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- أثناء الإنعاش القلبي الرئوي يتم الاكتفاء بتسجيل الأوامر في نموذج CODE BLUE REPORT
  - يمكن أيضا قبول الأوامر الشفوية مباشرة في إجراءات معقمة مثل المناظير، المنظار الرئوي والبزل القطني.
  - ستقوم الممرضة المستلمة بكتابة ثم إعادة قراءة الأمر الشفوي مرة أخرى إلى الطبيب المعالج والطبيب الذي يعطي الأمر شفوياً يؤكد أن الأمر المكرر صحيح.

- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل والإبلاغ عن البيانات المتعلقة بعملية الأوامر الشفهية والهاتفية.
- مؤشر الأداء: نسبة الأوامر الشفوية والتليفونية المستكملة =

$$\frac{\text{عدد الأوامر الشفوية والتليفونية المستكملة خلال الشهر} \times 100}{\text{عدد الأوامر الشفوية التليفونية خلال نفسه الشهر}}$$

  - المصدر: الملف الطبي
  - الهدف:100%

- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية الأوامر الشفهية والهاتفية.

المسئول عن التنفيذ

(الاطباء - الصيادلة - فنيي المعمل - التمريض)

النماذج

- نموذج تلقي الأوامر الشفهية والتليفونية
- النتائج الحرجة
- نموذج RRT (كبار واطفال)
- نموذج الإنعاش القلبي الرئوي CPR.

الاختصارات

- SH.GSR.2ICD.18: Sednawy Hospital GAHAR Safety Requirements
- ICD: Integrated care delivery

المراجع

- معايير الاعتماد الدولي للمستشفيات، الطبعة السادسة.
- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

المعايير ذات صلة

- **ACT.08 (Access, continuity and transition) Handover communication**

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى

فرع : .....

مستشفى : .....

نموذج التبليغ عن النتائج الحرجة

التاريخ Date	أسم المريض Patient Name	رقم الملف الطبى MRN	اسم التحليل / الفحص Test Name	وقت النتيجة Result Time	النتيجة الحرجة Critical Result	اسم المبلغ Reported	اسم الذى تم إبلاغة Receiving Name	الوحدة التى تم ابلاغها Unit Reported	وقت التبليغ Reporting Time

MR.BL.reac. 1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع : .....
مستشفى : .....

اسم المريض : .....
رقم الملف الطبى : .....
القسم المعالج : .....

نموذج تلقى الاوامر الشفهية والتليفونيه
receiving verbal and Telphone order form

الحالات التى لا يسمح فيها بالاوامر التليفونية (Cases where Telephone orders are not permitted)

١ – نقل الدم ومشتقاتة . 1- Blood transfusion and one of its derivatives
٢ – اعطاء ادوية المخدرات . 2- Giving drugs
٣ – العلاج الكيميائى . 3- Chemotherapy
٤ – الادوية التى تسبب الاجهاض . 4- Drugs that cause abortion
٥ – اطفال / حديثى الولادة . 5-Children / Neonates
٦ – المرضى الذين يعانون من مرض كلوى . 6-Patients With significant renal disease
٧ – التغذية الوريدية . 7-Total Parenteral nutrition

التاريخ Date	الوقت Time	اسم الدواء / التركيز Drug name concentration	الجرعة Dose	طريقة الاعطاء Route	تعليمات الاعطاء Directions	اسم المتلقى Receving Nurse	اعاده الاوامر مره اخرى Read back	توقيع بعد التنفيذ Signature	وقت التنفيذ Time of Adm	اسم الطبيب Doctor Name	توقيع الطبيب Signature

MR.BL.reac. 1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

نموذج CPR

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : .....

مستشفى : .....

Code Blue Report

اسم المريض:

رقم الملف الطبي:

Date: Time: Unit/department:

Sex: Age: Diagnosis: Mode of transfer (only in ER):

Time	Time of team arrival:		Time of CPR start:	
Type of Arrest	Respiratory Arrest: ☐		Cardiac arrest: ☐	
Respiratory Aid	Bag/Valve/Mask: ☐	LMA ☐ Size	ETT : ☐ Size	
Initial Rhythm	VF: ☐	Pulseless VT: ☐	Asystole: ☐	PEA: ☐

Time	Vital Signs				Drug Given		Defibrillation joules	ABG/Notes
	Pulse	RR	BP	Rhythm	Name	Dose		

MR . Code . Blue 1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع : .....
مستشفى : .....

Nursing Supervisor Notes:

.....
.....
.....
.....
.....

Team Leader Report:

.....
.....
.....
.....
.....

Return of spontaneous circulation (ROSC): Yes: ☐ Transferred to:..... at (Time):.....

No: ☐ Time of death:

Team Members	Names	Signature
Team Leader		
Primary Physician		
Nursing Supervisor		
Assigned Nurse		

MR . Code . Blue 2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفي :

اسم المريض:..... .....

رقم الملف الطبي للمريض: .....

القسم المعالج : .....

نموذج تقرير فريق التدخل السريع Rapid Response Team

الشخص الذي استدعي الفريق:	المكان:	التاريخ: / /	وقت الإكتشاف	وقت الإستدعاء	وقت الوصول

العلامات الحيوية قبل استدعاء الفريق (خلال اخر ٦ ساعات)

Temperature	RR	HR	BP	Time	Date

أسباب الاتصال بفريق RRT:

- ☐ معدل ضربات القلب (اكثر من ١٣٠ او اقل من ٤٠) أو تغيير جديد في نظم القلب
- ☐ ضغط الدم الانقباضي (اكثر من ٢٢٠ أو اقل من ٩٠)
- ☐ معدل التنفس (اكثر من ٢٥ أو اقل من ٨)
- ☐ تغيير مفاجئ في درجة الوعي
- ☐ تشنجات جديدة أو غير متوقعة
- ☐ نزيف حاد
- ☐ اختناق
- ☐ درجة الحرارة اقل من ٣٥ درجة أو اكبر من ٣٩,١ درجة
- ☐ أخري.....

(يملأ بواسطة طبيب الرعاية) Assessment:
.....
.....
.....

(يملأ بواسطة الطبيب المعالج) Patient History:
.....
.....
.....

(يملأ بواسطة طبيب الرعاية) Intervention/Investigation needed:
.....
.....
.....

Patient follow up within (4 hrs) of RRT activation:
Follow up (4 hrs.):
.....
.....
.....
.....

(يملأ بواسطة طبيب الرعاية) Medication / supplies:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vital Signs يملأ بواسطة ممرض العناية :

Time	BP	HR	RR	Temp.

يملأ بواسطة طبيب الرعاية Outcome:

- ☐ Stay at the room
- ☐ Transfer to ICU
- ☐ Transfer to OR
- ☐ Activate Code Blue team

(يملأ بواسطة طبيب الرعاية) Recommendation:
.....
.....
.....

طبيب الرعاية: ..... التوقيع:.....
طبيب الحالة: ..... التوقيع: .....
ممرض العناية :..... التوقيع: .....
ممرضة الحالة:..... التوقيع: .....

يتم عمل نسختين (اصل + صورة)الأصل تحفظ بملف المريض والنسخة الاخري يقوم مشرف القسم بتسليمها الى قسم الجودة.

MR.Inp.Dr.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

(Pediatric Rapid Response Team Report)

نموذج تقرير فريق التدخل السريع للأطفال

الشخص الذي استدعي الفريق:	المكان:	التاريخ:	وقت الإكتشاف	وقت الإستدعاء	وقت الوصول
.....	.....	/ /			

العلامات الحيوية قبل استدعاء الفريق (خلال اخر ٦ ساعات)

Date	Time	BP	HR	RR	Temperature

Normal vital signs according to age

Age Group	Preterm	Newborn (0 to1 Month)	Infant (1 to12 Month)	Toddler (1to 3 Years)	Preschool (3 to 6Years)	School Age (6 to 12Years)	Adolescents (12+ Years)
Respirations	50-70	35-55	30-40	20-30	20-30	18-24	14-22
Heart Rate	120-180	100-160	80-140	80-130	80-110	70-100	60-90
Systolic BP	40-60	50-70	70-100	70-110	80-110	80-120	100-120

أسباب الاتصال بفريق RRT :

- ☐ تغيير مفاجئ في درجة الوعي
- ☐ تشنجات جديدة أو غير متوقعة
- ☐ نزيف حاد
- ☐ اختناق
- ☐ درجة الحرارة اقل من ٣٥ درجة أو اكبر من ٣٨,٥ درجة
- ☐ أخري.....

Patient History:(يملأ بواسطة الطبيب المعالج)
.....
.....
.....

Assessment: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)
.....
.....
.....

Patient follow up within (4 hrs) of RRT activation:
Follow up (4 hrs.):
.....
.....
.....
.....

Intervention/Investigation needed : (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)
.....
.....
.....

Vital Signs : يملأ بواسطة ممرض العناية

Time	BP	HR	RR	Temp.

Medication / supplies: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Outcome: يملأ بواسطة طبيب الرعاية

- ☐ Stay at the room
- ☐ Transfer to ICU
- ☐ Transfer to OR
- ☐ Activate Code Blue team

Recommendation:(يملأ بواسطة طبيب الرعاية)
.....
.....
.....

طبيب الرعاية: ..... التوقيع:.....
طبيب الحالة: ..... التوقيع: .....
ممرض العناية :..... التوقيع: .....
ممرضة الحالة:..... التوقيع: .....

يتم عمل نسختين (اصل + صورة)الأصل تحفظ بملف المريض والنسخة الاخري يقوم مشرف القسم بتسليمها الى قسم الجودة.

MR.Inp.Dr.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.03 ICD.19		
عنوان السياسة	سياسة النتائج الحرجة		
تاريخ الإعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	تاريخ الاعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	11
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
رئيس الهيئة الطبية د/ محمد مختار رئيسة التمريض م/ هيام محمود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة: د/ إيمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- تلتزم مستشفى صيد ناوى بتحديد النتائج الحرجة والتزام العاملين بالإبلاغ عنها بطريقة آمنة وصحيحة وتدوينها بسجلات النتائج الحرجة وملفات المرضى مع وصف تسلسل نقل النتيجة واتخاذ اللازم نحو المرضى.

الغرض

- الحفاظ علي سلامة وأمان المريض واتخاذ الإجراء المناسب عند وجود نتائج ذات دلالة حرجة تتطلب تدخل الطبيب المعالج أو أي عضو من الفريق الطبي بسرعة.

التعريفات

- النتائج الحرجة (Panic Values): هي النتائج التي قد تشير إلى وجود وضع يهدد حياة المريض وذلك يتطلب استجابة عاجلة أو تدخل سريع من قبل الطبيب المعالج.

إجراءات العمل

- يقوم رئيس كل قسم بوضع قائمة بالنتائج الحرجة الخاصة به وتشمل الآتي:
  - نتائج الفحوصات المعملية الحرجة (الفسيولوجية).
    - نتائج الفحوصات المعملية الحرجة (المعمل).
    - نتائج الفحوصات التشخيصية الحرجة (قسم الاشعة).
    - الرجوع إلى سياسة الاستجابة السريعة للحالات
- في حالة وجود أي نتيجة ذات دلالة حرجة طبقا للقوائم السابقة يقوم المسؤول (طبيب معمل/طبيب الأشعة/الطبيب المقيم/الممرضة المسئولة) بإبلاغ الطبيب المعالج أو الطبيب المقيم أو ممرضة القسم فورا وبحد أقصى خلال 15 دقيقة من ظهور النتيجة.
- يتأكد المبلغ من التأكد من الاسم الثلاثي للطبيب المعالج أو الطبيب المقيم والممرضة المسئولة متلقي البلاغ.
- يقوم متلقي البلاغ (الطبيب المعالج أو الطبيب المقيم أو الممرضة المسئولة) بالقيام بالآتي:
  - تسجيل النتيجة الحرجة فورا في ملف المريض بعد التأكد من بيانات المريض بالاسم رباعي ورقم الملف.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- يقوم متلقي البلاغ بإعادة قراءة بيانات المريض ونتيجة الاختبار على المبلغ(Read back) وذلك بهدف التأكد من أن كل ما تم تلقيه وتدوينه في ملف المريض صحيح ودقيق وذلك طبقا لطريقة التوثيق بسياسة الأوامر الشفهية والتليفونية
- من حق الطبيب المعالج أو الطبيب المقيم قبول النتيجة أو رفضها على ضوء مدى تناسبها مع حالة المريض مما قد يتطلب إعادة الفحص أو الإجراء من المبلغ.

- توثيق عملية الإبلاغ عن طريق التالي:
  - يوثق المتلقي (الطبيب المعالج أو الممرضة المسئولة) في ملف المريض وسجل النتائج الحرجة البيانات الآتية فورا عند تلقي البلاغ.
  - توثيق أي صعوبات واجهت المبلغ أثناء محاولة الإبلاغ (إن وجدت).
  - تكون قوائم النتائج الحرجة متاحة ومعلقة في الأقسام المعنية (المعمل، الأشعة، أقسام التمريض) لسهولة الرجوع إليها.

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

النتائج الإكلينيكية الحرجة للبالغين

ضغط الدم	≥180/110
	≤90/50
درجة الحرارة	≥40 35≤
النبض	≥120 40<
معدل التنفس	≥30 8<
حدوث نزيف حاد	دليل على حدوث نزيف حاد
تغيير في درجة الوعي	≤12 او 3 درجات عن درجه وعي المريض
تشنجات	بداية حدوث تشنجات أو حدوث تشنجات لفترة طويلة
نسبة الاكسجين	اقل من او يساوي 90
كميه البول	اقل 1/2مم /كجم/ساعة في حاله عدم وجود اعتلال كلوي
Reference: -https//www.researchgate.net/figure/vital-signs-directed-therapyprotocol figs 287965953 -Media 678204 smxx.pdf	

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

النتائج الإكلينيكية الحرجة لمرضى الكلى

ضغط الدم	الانقباضي: أكبر من 180 وأقل من90
	الانبساطي: أكبر من 120 وأقل من**60**
درجة الحرارة	أقل من او يساوي**35** أكبر من 38
النبض	اقل من او يساوي 60/ الدقيقة أكبر من 110/ الدقيقة
معدل التنفس	أقل من**8** أكبر من**25**
تغيير في درجة الوعي	تغيير درجة الوعي للمريض **(3-8)**
تشنجات	بداية حدوث تشنجات أو حدوث تشنجات لفترة طويلة
90 اقل من او يساوي	نسبة الاكسجين
Reference: -https//www.researchgate.net/figure/vital-signs-directed-therapyprotocol figs 287965953 -Media 678204 smxx.pdf	

Radiological critical values list:

CNS
-Herniation Syndrome
-Unstable spine fracture – Trauma
-Spinal Cord compression
-Acute intracranial hemorrhage
CHEST
-Pneumothorax
-Pulmonary embolism
ABDOMEN
-Pneumoperitoneum / portal venous gas / ischemic bowel
-Bowel intussusception
-Bowel obstruction – high grade
-Acute appendicitis
-Acute cholecystitis
-Traumatic visceral injury – on trauma protocol
URO/GENITAL
-Ectopic pregnancy
-Placental abruption
-Fetal demise
-Ovarian torsion
-Testicular torsion
VASCULAR
-DVT (Acute)
-Arterial dissection
PROCEDURAL
-Retained sponges, sharps, instrumentation or other foreign body
-Misplacement of tubes or lines
https://www.iowaradiology.com/Documents/Critical%20Values%20Reporting%20Policy%20for%20Radiology.pdf

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

قائمة التحاليل الحرجة

ADULTS:-Hematology

	Low Limit	High Limit
Hb	**< 7.0 g /dl**	>25 g /dl
HCT	**< 18.0 %**	>78 %
TLC	**<1 x10^3 /cmm**	> 50 x10^3/cmm
Differential :	Presence of any blasts	
	Presence of malaria parasites on blood smear	
Platelet	**< 20 x10^3/cmm**	---------
PT (INR)	--------	INR > 4.9
PTT (Partial Thromboplastin Time)	---------	> 120 seconds

ADULTS:-Chemistry

	Low Limit	High Limit
Troponin	----------	>0.12 ng/ml
Glucose Blood	**< 40 mg/dl**	>500 mg/dl
Glucose Spinal Fluid	**< 40 mg/dl**	----------
T. Protein	**< 3.4 gm /dl**	> 9.5 gm/dl
Creatinine	----------	> 7.4 mg/dl
Urea	----------	> 214 mg/dl
BUN	----------	> 100 mg/dl
Uric acid	----------	> 13 mg/dl
PO4 Plasma or Serum	**<1.0 mg/dl**	> 10 mg/dl
K	**< 2.5 mEq/L**	> 6.0 mEq/L
Na	**< 120 mEq/L**	>150 mEq/L
LDH	----------	> 1000 IU/L
Ca	**< 6 mg/dl**	> 13 mg/dl
Mg	**< 1.2 mg/dl**	> 4.9 mg/dl
Albumin	**2 mg/dl**	----------

CK	----------	>1000 IU/l
CK mb	----------	> 24 U/ml
DIALYSIS PATIENTS		
	Low Limit	High Limit
BUN	---------	>100 mg/dl
Creatinine	----------	> 7.4 mg/dl
Ca(Should always be accompanied by albumin and phosphorus)	**< 6.0 mg/dl**	> 14.0 mg/dl
Ca ionized	**< 3.0**	> 6.4
Glucose Blood	**< 40 mg/dl**	> 500 mg/dl
Glucose Spinal Fluid	**< 40 mg/dl**	----------
Na	**< 120 mEq/L**	> 150 mEq/L
K	**< 2.5 mEq/L**	> 6.5 mEq/L
Hb	**< 8.0 g/dl**	> 25 g/dl
HCT	**< 20 %**	> 75%
Pediatric (Newborn to 18 years of age)		
	Low Limit	High Limit
Hb:		
Newborn-2 weeks	**< 12g /dl**	>25 g /dl
2 weeks - 6 weeks	**g/dl 8<**	>25 g /dl
6 weeks – 18 years	**g/dl 8<**	>20 g /dl
HCT:		
Newborn-2 weeks	**< 33%**	>75 %
2 weeks - 6 weeks	**< 25%**	>75 %
6 weeks – 18 years	**< 20%**	>60 %
Platelet	**<20 x10^3 /cmm**	> 1000 x10^3/cmm
TLC	**<2 x10^3 /cmm**	> 30 x10^3/cmm
Neutrophils	**0.5<**	
INR	---------	> 5.0

PTT(Partial Thromboplastin Time)	---------	> 62 seconds
Bilirubin **Newborn-2 weeks** **2 weeks - 3 weeks** **3 weeks – 18 years**	 ---------- ---------- ----------	 > 15.0 mg/dl mg/ dl >18 mg/dl>10.0
Creatinine	----------	> 3.7 mg/dl
Glucose Blood **Newborn-1 month** **1 month - 18 years**	 **< 40 mg/dl** **< 40 mg/dl**	 > 200 mg/dl > 400 mg/dl
Na (Sodium Serum)	**< 125 mEq/L**	> 150 mEq/L
Blood gases		
	Low Limit	High Limit
Arterial PH	**< 7.25**	> 7.6
Arterial PO2 **Art** **Ven**	 **40 mmHg** **20 mmHg**	 > 90 mmHg
Arterial PCO2 **Adults** **Peds**	 **20 mmHg** **20 mmHg**	 > 70 mmHg > 55 mmHg
Bicarbonate	**< 10 mEq/L**	> 40 mEq/L
Calcium ionized	**0.75 mmol/l<**	> 1.6 mmol/l
Microbiology		
sample	**Result**	Frequency
Blood culture	**Positive growth for G -ve bacteria or fungi**	Each event
Any sterile fluid as Blood,CSF, ascetic, peritoneal, synovial	**Positive direct film or growth for any bacterial or fungi**	Each event
Any sample for Z.N stain or T.B culture	**Positive stain or growth**	First positive

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

Any sample	**Multi-drug resistance as: G+VE as MRSA, VISA/VRSA and VRE. G-VE as ESBL ,AmpC, CRE, CRP and CRA**	Each event
Any sample for gram staining or culture	**Identification on unusual isolates as Brucella, Diphtheria, salmonella, v. cholera**	Each event
Any sample for staining or culture	**Detection of clinically signification fungias , Histoplasma , Blastomyces , Coccidioides , Cryptococcus and Pneumocystis jirovecii**	First event
Gram stain or culture for eye swabs or scrapings	**Positive result**	event
Any sample for gram staining or culture	**Potential bioterrorism agent as bacillus anthracis, Yersinia pestis, Brucella species.**	Each event
serology	**Positive CSF for N.Meningitis**	First event

Stool

Presence of malaria parasites

Urine

Positive results for glucose in urine of newborns

Presence of pathologic crystals (cysteine , leucine or tyrosine) on urinalysis

Positive ketone with glucose

Serology

Positive confirmed HIV

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- الطبيب: يسجل بالأوامر الطبية.
- الممرضة: تسجل بملاحظات الممرضة.
  - ✓ تاريخ واليوم.
  - ✓ وقت الإبلاغ (الساعة والدقيقة).
  - ✓ نتيجة الاختبار.
  - ✓ الإجراء المتخذ من حيث قبول النتيجة أو رفضها أو طلب إعادة الفحص.
  - ✓ الاسم الثلاثي لمسئول المعمل /الأشعة الذي قام بالإبلاغ.
  - ✓ الاسم الثلاثي لمتلقي البلاغ (الطبيب المعالج أو الممرضة المسئولة).
- يوثق المبلغ في نموذج / سجل نتائج ذات دلالات إكلينيكية خطرة على أن تشمل ما يلي:
  - ✓ الاسم الثلاثي لمسئول المعمل /الأشعة الذي قام بالإبلاغ.
  - ✓ الاسم الرباعي للمريض ورقم الطبي الموحد (وسيلتي مميزتين للتعرف على المريض).
  - ✓ نتيجة الفحص.
  - ✓ وقت الإبلاغ بالساعة والدقيقة.
  - ✓ الاسم الثلاثي (للطبيب أو الممرضة) متلقي البلاغ.
  - ✓ نتيجة الإبلاغ من حيث قبول الطبيب للنتيجة أو رفضها و/أو طلب إعادة الفحص.

- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل وعمل تقرير عن البيانات المتعلقة بعملية الإبلاغ عن النتائج الحرجة.
- مؤشر الأداء: معدل توثيق النتائج الحرجة بالطريقة الصحيحة =

$$\frac{\text{عدد النتائج الحرجة التى تم توثيقها بطريقة صحيحة بالأقسام المختلفة خلال الشهر} \times 100}{\text{عدد النتائج الحرجة بالأقسام المختلفة خلال نفس الشهر}}$$

- المصدر:
  - ✓ ملفات المرضى.
  - ✓ سجل النتائج الحرجة بالمعمل والأشعة.
- الهدف: 100%

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية الإبلاغ عن النتائج الحرجة.

المسؤول عن التنفيذ

- أطباء المعمل والأشعة.
- الأطباء المقيمين.
- هيئة التمريض.
- الطبيب المعالج.

النماذج

- قائمة النتائج الحرجة للمعمل والأشعة.
- نموذج التبليغ عن النتائج الحرجة.
- قائمة النتائج الحرجة الفسيولوجية.

الاختصارات

- SH.GSR.3: Sednawy Hospital Global Safety Requirements

المراجع

- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

معايير ذات صلة

- ICD.18 Verbal and telephone orders
- DAS.07 Medical imaging reports
- DAS.22 STAT results

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى

فرع : .....

مستشفى : .....

نموذج التبليغ عن النتائج الحرجة

التاريخ Date	أسم المريض Patient Name	رقم الملف الطبى MRN	اسم التحليل / الفحص Test Name	وقت النتيجة Result Time	النتيجة الحرجة Critical Result	اسم المبلغ Reported	اسم الذى تم إبلاغة Receiving Name	الوحدة التى تم ابلاغها Unit Reported	وقت التبليغ Reporting Time

MR.BL.reac. 1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.04 A.C.T.08		
عنوان السياسة	سياسة تسليم وتسلم أحوال المرضى		
تاريخ الإعداد	1/3/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	تاريخ الاعتماد	15/3/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	6
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة		اعتماد
رئيس الهيئة الطبية د/ محمد مختار رئيسة التمريض م/ هيام محمود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة: د/ إيمان سامي		مدير المستشفى د/ وسام وهيبه

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- يلتزم الفريق الطبي (أطباء وتمريض) بالمستشفى بعملية التسليم والتسلم لأحوال المرضى بالأقسام المختلفة ومن قسم لآخر وتشمل:
  - تحديد المسئول عن التسليم والتسلم.
  - تحديد الواجبات الضرورية الواجب تداولها أثناء عملية التسليم والتسلم باستخدام نموذج ISBAR
  - تحديد كيفية توثيق عملية التسليم والتسلم.
  - تسجيل عملية التسليم والتسلم (من قسم إلى قسم آخر).

الغرض

- تهدف هذه السياسة إلى ضمان فاعلية نقل المعلومات الإكلينيكية بصورة دقيقة عند نقل مسئولية المرضى لضمان استمرارية الرعاية الصحية وسلامة وأمان المريض وتقليل المخاطر الإكلينيكية التي قد يتعرض لها المريض.

التعريفات

التسليم والتسلم:

- هي عملية الهدف منها هو التأكد من وجود نظام فعال يضمن طريقة سليمة لتسليم وتسلم أحوال المرضى.
- هو نقل المسؤولية عن المريض ورعايته التي تحدث في مكان تقديم الرعاية الصحية على سبيل المثال
  - في المستشفى من متخصص رعاية صحية إلى آخر ومن مستوى رعاية الي مستوي اخر
  - من وحدة تشخيص المرضى المحجوزين بالمستشفى الى وحدة تشخيصية أخرى ومن العاملين بالمستشفى الي المرضي |الأسر عند الخروج من المستشفى

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

نموذج ISBAR:

- هي طريقة تستخدم للتسليم والتسلم لضمان تغطية جميع المعلومات الضرورية الواجب تداولها أثناء عملية التسليم والتسلم وتشمل على

  - I- Identification:
    - تعريف المريض بطريقة صحيحة بوسيلتين موحدتين
  - S- Situation :
    - الموقف الحالي للمريض.
  - B- Background :
    - التاريخ المرضى للمريض.
  - A- Assessment:
    - تقييم المريض.
  - R- Recommendation:
    - التوصيات.

إجراءات العمل

من هو المسؤول عن التسليم والتسلم؟:

- بين الأطباء من نفس التخصص مع تغيير النوبتجيات عن طريق استخدام (نموذج ملاحظات التقدم الإكلينيكي للأطباء).
- بين الأطباء من تخصصين مختلفين بقسمين مختلفين عند إحالة المريض من قسم إلى آخر عن طريق استخدام (Internal Referral Form).
- بين أعضاء التمريض يتم التوثيق في (نموذج التسليم والتسلم ISBAR) في الحالات الآتية:
  - مع كل تغيير نوبتجية (نموذج ملاحظات التمريض).
  - عند التحويل من قسم إلى آخر (نموذج تحويل داخلي)
- أعضاء التمريض عند نقل المريض من القسم إلى العمليات (نموذج الجراحة الآمنة .sign in)

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

- أعضاء التمريض عند نقل المريض من غرفة العمليات إلى الإفاقة (نموذج القائمة التفقدية)
- أعضاء التمريض عند نقل المريض من الإفاقة إلى القسم الداخلي (نموذج عناية الإفاقة).
- بين اعضاء المستشفيات عند نقل المريض خارج المستشفى لعمل إجراء طبي (نموذج إحالة)
- بين اعضاء المستشفيات عند نقل المريض خارج المستشفى وبعد عودته مرة أخرى (نموذج تحويل خارجي)

إجراءات التسليم والتسلم

- تقوم الممرضة المسئولة عن المريض بتسجيل أحوال المريض طوال الشفت في نموذج ملاحظات التمريض.
- بعد انتهاء الشفت وحضور ممرضة الشفت التالي تقوم ممرضة النوبتجية السابقة والنوبتجية الجديدة بالتحضير لعملية التسليم والتسلم للمريض كالآتي:
  - تحضير ملف المريض.
  - تبدأ عملية التسليم والتسلم على رأس المريض بتبادل المعلومات الآتية:

✓ بيانات المريض (اسم المريض رباعي/الرقم الموحد / /تاريخ الدخول).

✓ Identification -I:

تعريف المريض بطريقة صحيحة بوسيلتين موحدتين

✓ Situation -S :

الموقف الحالي للمريض (شكوى المريض، التشخيص، درجة الوعي، الوصلات ودرجة نموذج الاكتشاف المبكر لتدهور الحالات NEWS

✓ Background -B :

الأحداث التي حدثت خلال الشفت بالتفصيل.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

✓ Assessment -A:

تقييم المريض (النظام الغذائي، التوصيلات، تقييم السقوط، تقييم الجلد).

✓ Recommendation -R :

التوصيات (أوامر الطبيب والمتابعة مثل الفحوصات والاستشارات الطبية).

- ما يخص تسليم المرضى من وإلى العمليات:
  - تقوم ممرضة القسم الداخلي أو الرعاية بتحضير المريضة للعملية حسب تعليمات الطبيب ووفقا لكشف تحضير المريض للعمليات ويتم توثيق تحضير المريض في كشف تحضير المريض للعمليات بالملف الطبي.
  - وتقوم ممرضة القسم الداخلي أو الرعايات بتسليم المريض والملف الطبي الخاص به والعلاج الخاص به (في حالة طلبه من الطبيب) إلى ممرضة العمليات في منطقة استلام المريض بقسم العمليات طبقا لنموذج تحضير مريض للعمليات وجزء استلام المريض بنموذج الجراحة الآمنة sign in
  - تقوم ممرضة العمليات بعد انتهاء العملية بتسليم المريض إلى ممرضة الإفاقة وتسجيل وقت دخول المريض إلى غرفة الإفاقة بالملف الطبي للمريض ودفتر غرفة الإفاقة.
  - تقوم ممرضة الإفاقة بالاتصال بممرضة القسم المحدد نقل المريض إليه للحضور لاستلام المريض والملف الخاص به.
  - تقوم ممرضة الإفاقة بتعريف المريض مع ممرضة القسم الداخلي ثم تسليم جميع المعلومات الخاصة بالمريض مثل:
    - ✓ العلامات الحيوية
    - ✓ وأي أدوية مطلوب تناولها.
    - ✓ وأي تعليمات الطبيب.
    - ✓ وأي مضاعفات تعرض لها المريض.

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

✓ وأي أخطار من الممكن أن يتعرض لها المريض مع التأكد من أمر طبيب التخدير على خروج المريض من غرفة الإفاقة.

- ما يخص الأطباء
  - تتم عملية التسليم والتسلم بين الأطباء (عند تغيير النوبتجيات).
  - يقوم الأطباء المناوبين بتوثيق عملية التسليم والتسلم لأحوال المريض نموذج ملاحظات التقدم الإكلينيكي (ISBAR) الذي يشمل: (اسم المريض رقم الملف، التشخيص، التاريخ المرضى السابق، الشكوى الجديدة نتائج الفحص الطبي الايجابية، نتائج الفحوصات التشخيصية الإيجابية خطة الرعاية).
  - يقوم رؤساء الأقسام بمتابعة التسليم والتسلم بين الأطباء.
- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل والإبلاغ عن البيانات المتعلقة بعملية التسليم والتسلم.
- مؤشر الأداء: معدل التسليم والتسلم الغير مستوفى للأطباء =

$$\frac{\text{عدد مرات التسليم والتسلم بطريقه صحيحه في الشهر} \times 100}{\text{إجمالي عدد المرضى الذين تم فحص ملفاتهم}}$$

  - المصدر: الملفات الطبية.
  - الهدف: صفر%.
- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية التسليم والتسلم.

المسئول عن التنفيذ

- التمريض.
- الأطباء.
- مشرفة التمريض بالقسم لمتابعة التسليم والتسلم بين أفراد هيئة التمريض.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- رؤساء الأقسام لمتابعة التسليم والتسلم بين الأطباء.

النماذج

- نموذج ملاحظات التقدم الإكلينيكي للطبيب.
- نموذج ملاحظات التمريض.
- Internal Referral Form
- نموذج تحويل داخلي.
- نموذج الجراحة الآمنة **sign in**
- نموذج عناية الإفاقة.

الاختصارات

- SH.GSR.04:Sednawy Hospital GAHAR safety Requirements

المراجع

- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

المعايير ذات صلة

- ICD .01 (Integrated care delivery)uniform care
- ACT.14 (Access ,continuity and transition) patient referral ,transfer, temporary discharge and discharge
- ICD.16(INTEGRATED CARE DELIVERY) CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ADAPTIONS
- ICD.15 PLAN OF CARE

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

اسم المريض:.....

رقم الملف الطبي للمريض: .....

القسم المعالج : .....

االهيئة العامة للتامين الصحي

فرع:

المستشفي :

ملاحظات التقدم الإكلينيكى للطبيب Physician Progress Notes

	Diagnosis:		**Date of admission : / /**
(S) Patient Situation	**What Is The Patient Status Now?**		
	O Stable	**O Unstable**	**O stable but in danger or deterioration**
	Is VTE follow up in VTE templet Done? ☐ Yes ☐ No		
(B) Background	**Relevant PMH: O No O Yes** **Relevent Med.: O Cardiac O Anticoagulant O Immunosuppressant O Others……**		
	Allergies:O No O Yes: ……..……..		
	New Patient Complaint:……..……..…… **……**		
(A) Assessment	**Vital signs:BP:…… Temp:…….…… HR:……..… RR:……..…**		
	Relevant Clinical Findings:……..…… **……..……..……..** **……..……..……..**		
	Significant Results Of Investigations:……..……..…….. **……..……..……..…** **……..……..……..…**		
	Medication changed:…… **……..……..** **……..……..…**		

Day Shift Events	**Night Shift Events**
…… …… …… …… …… ……TIME:……	…… …… …… …… …… ……TIME:……
Signature : ……	**Signature :** ……

(R) Recommendations	**……..……..** **……..……..……..** **……..……..……..** **……..……..……..**
الوقت ..... **التاريخ** ...../...../.....	**توقيع الطبيب المسلم** ..... **توقيع الطبيب المستلم** .....

MR.Inp.Dr 1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى:

أسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض:.....

القسم المعالج : .....

ملاحظات التمريض

التاريخ :...../...../.....

التشخيص :.....القسم:..... الطبيب المعالج :.....

الوقت	الملاحظـــــــــــــات	التوقيع
	الوضع الحالي للمريض Situation	
	O واعي O غير واعي O واعي وداخل حيز الخطورة لفقدان الوعي	
	الوصلات O لا O نعم نوع الوصلات :	
	ما تم خلال الشيفت Background	
	تقييم المريض Assessment يتم الرجوع لنموذج اعادة التقييم التمريضى اليومي	
	توصيات الشيفت القادم Recommendation	

توقيع التمريض المسلم :..... توقيع التمريض المستلم :.....

MR.NR.1-1 التاريخ :...../...../..... الوقت: .....

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي — أسم المريض : .....

فرع: — رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفي: — القسم المعالج : .....

Post Anesthesia Care Unit (Nursing Record) (PACU)

عناية الافاقة

Date: / / التاريخ: Time:..... وقت دخول الافاقة:

Operation:..... العملية: Duration of Surgery:..... مدة العملية:

Anesthesiologist:..... طبيب التخدير: Surgeon:..... الطبيب الجراح:

Anesthesia التخدير: ◯ General. ◯ Epidural ◯ Spinal ◯ Others

Airway المسلك الهوائي: ◯ ETT انبوب ◯ Extubated ◯ لايوجد انبوب ◯ O.P Airway ممر هوائي

Level of Consciousness درجة الوعي: ◯ Awake فائق ◯ Sedated منوم ◯ Stuporous ذهول
◯ Drowsy دوخة ◯ Comatosed غيبوبة

Iv Line الكانيولا (1) (2) (3)

Drains: ◯ NGT رايل ◯ Port Vac بورتوفاك ◯ Chest Tube انبوبة صدرية ◯ Foleys Catheter قسطرة فولي

Recovery Score درجة الافاقة :.....

	Time الوقت	Pre-Op Data ماقبل العملية	During Recovery اثناء الافاقة					Remarks
BP الضغط								
Pulse Rate النبض								
Respiratory Rate التنفس								
Temperature درجة الحرارة								
FI O2								
Sa O2								

Oxygen Therapy علاج : ◯ T.Piece ◯ Nasal Can. ◯ Vent. Mask ◯ I/M:.....

Given Medication الادوية المعطاة				
Drugs الدواء	Dose الجرعة	Route طريقة العطاء	Time الوقت	Signature التوقيع
(1)				
(2)				
(3)				
(1)..... (2).....				

Urine Output كمية البول : O.....ml O Drain.....ml O Other .....ml

Transfer Order أوامر التحويل : O Awake فائق O Stable مستقر O Pain Free بدون ألم

Leave to يمكن الذهاب الى : O Ward الداخلى O ICU الرعاية O CCU رعاية القلب O Others أخرى

Instruction التعليمات:.....

Time of Transfer وقت الخروج :.....

Anesthetist Signature توقيع طيب التخدير:..... PACU Nurse:..... ممرضة الافاقة.. NB* Medication

to be given post PACU should be written in medication once sheet.

MR. An.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة الصحي

فرع:

المستشفي

اسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض: .....

القسم المعالج : .....

القائمة التفقدية للجراحة الامنة

التشخيص :..... العملية الجراحية : .....

مكان العملية : ..... مكان العملية : ( ) يمين ( ) يسار لاينطبق ( )

وقت الوصول للعمليات : ..... تاريخ اجراء العملية : / /

عند الوصول للعمليات Sing In | **قبل شق الجلد Time Out** | **قبل مغادرة العمليات Sign Out**

الدخـــول

أكد على المريض لما يلى

هويتة ☐

موضع الجراحة ☐ يمين ☐ يسار ☐ لاينطبق

☐ اسم العملية

☐ موافقة المريض

☐ تم تقييم المريض بواسطة الجراح

☐ نعم

☐ لا

☐ تم تحديد موضع العملية بعلامة مميزة

☐ نعم ☐ لا ☐ لاينطبق

☐ نموذج ماقبل التخدير كامل

☐ نعم ☐ لا

☐ متطلبات خاصة

☐ توافر جميع التجهيزات والمعدات الخاصة بالجراحة

☐ التأكد من توافر نسيج الزرع ☐ ينطبق ☐ لاينطبق

☐ التأكد من وجود :

١ ـ حساسية ☐ نعم ☐ لا

☐ تم حجز الدم

☐ نعم وتم توفير جميع الاجهزة لذلك ☐ لا

التـوقيـع

ممرضة القسم :.....

ممرضة العمليات : ..... الوقت:.....

الوقت المستقطع لضمان سلامة المريض

☐ يتم تقييم المريض بواسطة الجراح والتخدير قبل بدء العملية مباشرة

☐ يتأكد فريق العمل من الاتى

☐ اسم المريض

☐ الاجراء الجراحى

☐ موضع الأجراء

☐ اسم الجراح

☐ تم اعطاء المريض المضادات الحيوية الوقائية (خلال الساعة السابقة لشق الجلد)

☐ نعم

☐ لا

التـوقيـع

الجراح :.....

طبيب التخدير :.....

الممرضة المناولة :.....

الوقت : .....

☐ قبل مغادرة المريض غرفة العمليات

تقوم الممرضة بالتأكد مع الجراح من الآتى :

☐ صحة عد الآلات والفوط والابر قبل غلق الجرح ومع دقة تسجيلها

☐ وضع اللاصقات على العينات مشتملة (اسم المريض ـ رقم الملف نوع العينة (لاينطبق)

☐ تسجيل ظهور اى مشاكل فى المعدات والاجهزة

☐ قبل مغادرة المريض غرفة الإفاقة

تتأكد ممرضة الإفاقة من الآتى :

☐ كتابة الجراح لتقرير العملية

☐ نموذج التخدير والافاقة كامل

☐ توقيع امر الخروج والنقل من طبيب التخدير

☐ أوامر وتعليمات النقل كاملة

التـوقيـع

الجراح :.....

طبيب التخدير :.....

الممرضة المناولة :.....

ممرضة الافاقة :.....

وقت الخروج من العمليات :.....

MR.OP1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفي:

أسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض:.....

القسم المعالج : .....

Internal Referral Form

I-Identification	**Diagnosis:** .....
S-Situation	**Change in Status:** ..... **Abnormal Results:** ..... **Change in Treatment Plan:** ..... **Others:** .....
B-Background	**Brief History:**..... **Consultation:**..... **Others:** .....
A-Assessment	**Key Changes Since Last Assessment:** ..... **Conclusion About Current Situation:** ..... **Others:** .....
R-Recommendation	**Labs. / Procedure / Radiology :** ..... **Consult:** ..... **Others:** .....
Name of Referring Physician:	**Signature:**
Name of Receiving Physician:	**Signature:**
Date : / /	**Time:**

Mr.Dis.sh.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفي:

أسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض:.....

القسم المعالج : .....

نموذج تحويل داخلى
Transfer Form

تاريخ الدخول :.....	النـــوع :.....
رقم التأمين :	
التشخيص : ..... ملخص الحالة :	
القسم المحول منه :.....	التاريخ :.....الساعة :.....
القسم المحول الية :.....	
١ – تسليم الملف :	
٢ – نتائج المعمل :	
الاشعات :	
Vital Signs:.....	
سبب التحويل :	
الطبيب المحول :.....	الطبيب المستلم:.....

التمريض المحول	التمريض المستلم	تاريخ التسليم	ساعة التسليم
.....	.....	.....	.....

Mr.Dis.sh.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.05 ICD.10		
عنوان السياسة	سياسة منع سقوط المرضى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتلافي السقوط		
تاريخ الإعداد	20/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	عدد الصفحات	7
تاريخ المراجعة	1/9/2028	تاريخ الاعتماد	30/1/2025
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
رئيس الهيئة الطبية د/ محمد مختار رئيس التمريض م/ هيام محمود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د/ إيمان سامي	مدير المستشفى د. وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- يلتزم العاملون بمستشفى صيدناوى باتخاذ الاحتياطات اللازمة لتجنب التعرض المرضي للسقوط بجميع أقسام المستشفى
- تقييم مخاطر السقوط عند دخول المستشفى
- يعتمد ومحتوى التقييم على المبادئ التوجيهية
- الإطار الزمني لإكمال تقييم المرضى وتكرار إعادة التقييم
- معايير الفحص لمواقع العيادات الخارجية والمستشفيات والظروف التي تزيد من خطر السقوط
- استراتيجيات الوقاية من خطر السقوط للمرضي المعرضين للسقوط
- التدابير العامة المستخدمة لتقليل خطر السقوط مثل أنظمة الاتصال والإضاءة
- خطط رعاية مصممة خصيصا بناء على تقييم مخاطر السقوط

الغرض

- منع سقوط المرضى عن طريق تقييم وإعادة تقييم الحالات وذلك بالنسبة لاحتمال التعرض للسقوط واتخاذ ما يلزم من إجراءات واحتياطات اللازمة لتجنب السقوط

التعريفات

السقوط:

- هو حدوث أي تغير في وضع المريض من مستوى أعلى إلى مستوى أقل مما يؤدي إلى ملامسة المريض للأرض أو أي سطح في مستوي أقل.

حالة على وشك السقوط:

- هو عبارة عن فقد اتزان فجائي الجسم لا ينتج عنه سقوط المريض، ويمكن القول إنه حدوث انزلاق أو عرقلة أو تعثر ولكن يستطيع الشخص أن يستعيد توازنه ويسقط.

السقوط غير المشاهد:

- يحدث عندما يتم العثور على المريض فجأة ملقى على الأرض ولا أحد يعرف على وجه التحديد متى وكيف حدث السقوط.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية المريض من التعرض لخطر السقوط:

- العوامل البيئية.
- تمييز المرضى المعرضين لخطر السقوط.
- تثقيف المرضى المعرضين للسقوط وذويهم.
- مراجعة الأدوية التي يتناولها المريض
- تقييم مخاطر السقوط للكبار باستخدام نموذج (Morse Fall Scale For adult)
- تقييم مخاطر السقوط للأطفال باستخدام نموذج (Humpty Dumpty Scale)

إجراءات العمل

- يجب اتخاذ الاحتياطات اللازمة لتجنب تعرض المريض للسقوط بجميع أقسام المستشفى بما فيهم الطوارئ والعيادات الخارجية.

العوامل البيئية:

- تراعي المستشفى/ القسم العوامل والمؤثرات البيئية المختلفة التي توفر الأمن والسلامة للمريض وتمنع احتمال تعرضه للسقوط ولذلك تقوم ممرضة القسم أو من ينوب عنها بالتأكد بصفة دورية من:
  - سلامة أسرة المرضي وخلوها من أي كسر أو عطل.
  - سلامة جوانب أسرة المرضى وأنها ليس بها عطل.
  - سلامة فرامل أسرة المرضى وأنها تعمل بكفاءة.
  - سلامة الترولي المستخدم لنقل المرضى بين الأقسام.
  - عدم تحريك المريض أثناء قيام عمال القسم بعملية النظافة لتفادي تعرض المريض للسقوط في تلك الأثناء.
  - التأكد من سلامة وجودة الإضاءة.
  - التأكد من عدم وجود عوائق في الممرات.
  - التأكد من أن الجرس في دورات المياه يعمل بصورة جيدة في الأقسام الداخلية والعنايات المركزة.
  - التأكد من والحفاظ على الأرضيات جافة ونظيفة حتى لا تزيد من خطر الانزلاق والسقوط.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

تقييم المرضى بالنسبة لمخاطر السقوط ومعدل إعادة التقييم:

أولا بالنسبة للرعايا والأقسام الداخلية:

- تقوم الممرضة المسئولة بتقييم جميع المرضى بالنسبة لمخاطر السقوط عند الدخول للأقسام الداخلية والعنايات المركزة خلال الشفت طبقا للبنود الموجودة في نموذج التقييم التمريضي عند الدخول.
- يشمل التقييم مراجعة العلاج الحالي الذي كان يتلقاه المريض بالمنزل.
- جميع مرضى الرعايات والمرضى طريحي الفراش والأطفال أقل من 6 سنوات معرضين للسقوط ومرضي بعد 6 ساعات من اجراء العملية لمرضى الكلي وذو الاحتياجات الخاصة ذوي الإعاقة الجسدية ومرضي الرمد بعد إجراء الجراحة لمرضى الأورام طبقا للأدوية.
- وتقوم الممرضة بإعادة تقييم مخاطر السقوط في إطار زمني معتمد مرتين يوميا صباحا ومساء في نموذج التقييم التمريضي اليومي.
- وأخذ الاحتياطات لمرضى العمليات فور صعودهم من العملية

ثانيا بالنسبة للاستقبال

- يقوم موظفو الأمن بعمل فحص مبدئي(screening) لجميع المرضى من خلال ملاحظة
  - طريقة مشى غير مستقرة.
  - استخدام أجهزة مساعدة للمشي والحركة (كرسي متحرك، سناندات للحركة، مشاية، مستند على شخص).
  - العجز البصري/السمعي.
  - حركة غير مستقر (يميل على شخص يمسك بالأثاث أثناء المشي).
    - في حالة ملاحظة أي من العلامات السابقة يتم تقديم المساعدة لشخص وتوفير كرسي متحرك له.
- يتم وضع قائمة لمعرفة المرضي المعرضين للسقوط

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- تقوم الممرضة بتصنيف المرضي عن طريق:
  - درجة التقييم 3 أو أقل= مرضى غير معرضين للسقوط.
  - درجة التقييم 4 فأكثر=مرضى معرضين للسقوط.
  - يتم التأكد من إتباع كافة الاحتياطات الخاصة بمنع السقوط كل شفت.
- تمييز المرضى المعرضين لخطر السقوط:

في حالة وجود مريض يمكن تعرضه لخطر السقوط تقوم الممرضة بعمل الآتي:

- رفع جوانب السرير.
- توضع الممرضة أسورة باليد اليسرى للمريض عليها حرف F.
- وضع الرمز(F) علي باب حجرة المريض عند تواجده بحجرة بمفرده أو على السرير الخاص به إذا كانت الغرفة تحتوي على أكثر من مريض.
- السؤال بصورة متكررة عن الرغبة في الذهاب إلى دورة المياه.

- بالنسبة لمرضى الطوارئ
  - رفع حواجز السرير.
  - إمدادهم بالأجهزة المساعدة على المشي مثل الكرسي المتحرك.
  - مع إتباع كافة الاحتياطات الخاصة بمنع السقوط.
  - تقديم المساعدة واصطحاب المريض بعد الانتهاء من الزيارة حتى المدخل الرئيسي للمستشفى إن لزم الأمر.
  - وضع الرمز (F) علي باب حجرة المريض عند تواجده بحجرة بمفرده أو على السرير الخاص به إذا كانت الغرفة تحتوي على أكثر من مريض.

✓ مرضي الحضانات

- لا يترك باب الحضانة مفتوح
- لا يترك الطفل بمفرده في حالة فتح باب الحضانة
- غلق فرامل الحضانة

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

✓ بالنسبة للمرضى بعد العمليات: جميعهم عرضة للسقوط ويتم اتخاذ الإجراءات لمنع السقوط خلال 6 ساعات بعد انتهاء العملية

- تثقيف المرضى المعرضين للسقوط وذويهم عن طريق الأطباء المعالجين والتمريض:

  - التنبيه على المريض بضرورة إخطار الممرضة في حالة الشعور بدوار أو هبوط أو عدم اتزان.
  - التنبيه على المريض بعدم اللجوء إلى حركات فجائية عند تغيير الوضع من النوم إلى الوقوف أو الجلوس.
  - التنبيه على المريض بعدم الانحناء لالتقاط أي شيء من الأرض.
  - مراعاة استخدام أحذية مريحة بدون كعب ولا تساعد على الانزلاق.
  - مراعاة الاحتفاظ بالجرس قرب سرير المريض.
  - ضرورة الالتزام بعدم ترك أشياء غير مرغوب بتواجدها على الكومودينو بجوار السرير
  - التنبيه على المريض بطلب المساعدة أثناء المشي والتنقل.
  - عدم وضع أي آلات حادة بقرب المريض.
  - سهولة حركة الفريق الطبي والمرضى وذويهم في طرقات وغرف المستشفى وذلك عن طريق عدم شغلها بأي أدوات أو معدات.
  - تشجيع المريض على استخدام سنادات الحائط أثناء السير لمنع السقوط.

- تم توثيق تقديم هذا التثقيف للمريض وذويه في النموذج المخصص لذلك (مثل نموذج التثقيف الصحي للمريض) في الملف الطبي، ويتم التوقيع عليه من قبل الممرضة والمريض أو أحد ذويه.

- عند تعرض المريض للسقوط يجب إتباع الآتي:

  - تقوم الممرضة بتقييم المريض لتحديد أي إصابة أو ضرر.
  - عند احتمال تعرض المريض للإصابة أو الكسر لا يتم تحريك المريض نهائيا.
  - تقوم الممرضة بإخطار الطبيب فحص المريض وتحديد طريقة رفعه.
  - تقوم الممرضة بمساعدة المريض ورفعه طبقا لتعليمات الطبيب.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- ○ تقوم الممرضة بتسجيل حادثة الوقوع في نموذج الأحداث الغير متوقعة طبقا لسياسة متطلبات تقرير الواقعة.
- ○ تقوم الممرضة بتسجيل الواقعة في ملاحظات الممرضة والطبيب في صحيفة تطور الحالة بملف المريض.

- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل والإبلاغ عن البيانات المتعلقة بعملية سقوط المرضى.
- مؤشر الأداء:
  - معدل سقوط المرضى

$$\frac{\text{عدد المرضى الذين تم بالفعل اتخاذ اجراءات الحماية من التعرض للسقوط}}{\text{عدد المرضى الذين يجب اتخاذ اجراءات حماية من السقوط اتجاههم}} \times 100 =$$

المصدر: نموذج الأحداث الغير متوقعة.

الهدف:100%

  - معدل تقييم احتمالية السقوط

- $$\frac{\text{عدد المرضى الذين تم تقييم السقوط لهم عند الدخول بطريقة صحيحة خلال الشهر} \times 100}{\text{إجمالي الدخول فى خلال الشهر}}$$

المصدر: الملف الطبي (مفتوح).

الهدف لمعدل تقييم احتمالية السقوط:100%

- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية سقوط المرضى.

المسؤول عن التنفيذ

- أفراد هيئة التمريض.
- الأطباء.
- الصيانة.
- مسئول السلامة والصحة البيئية.
- أفراد الأمن
- العمال

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

قائمة المرضى المعرضين للسقوط:

- مرضى الرعايات والوحدات.
- المرضى طريحي الفراش.
- الأطفال أقل من 6 سنوات.
- مرضي العمليات
- مرضي الكلي
- مرضي الأورام طبقا للأدوية يتم أخذه

النماذج

- نموذج التقييم التمريضي عند الدخول.
- نموذج التقييم التمريضي اليومي.
- نموذج أحداث غير متوقعة.
- قائمة المرضى المعرضين للسقوط.

الاختصارات

- SH.GSR.05 ICD.10: sednawy Hospital GAHAR Safety Requirements

المراجع

- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

معايير ذات صلة

- **ICD.07 (Integrated Care Delivery)**
- **ICD.15 (Integrated Care Delivery)**
- **PCC.07 (Patient Centered Culture)**

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى:

أسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض:.....

القسم المعالج : .....

نموذج التقييم التمريضى اليومى للمرضى البالغين

تاريخ الدخول: / / **القسم:**.....

التشخيص:.....

التاريخ												
											ص	م
الحركة - يتحرك بدون مساعدة (٤) - يتحرك بمساعدة جهاز أو شخص (٣) - ملازم المقعد (٢) - ملازم الفراش (١)												
الادراك (مدرك / غير مدرك)												
الوعى درجة التقييم (.....) (واعى (١٣-١٥) /شبه واعى(٩-١٢) غيبوبة(٣-٨) / غير مستجيب(٣)												
التغذية (٠-٤)												
السقوط اقل من٣:احتمالية سقوط منخفض اكثر من ٤:احتمالية سقوط عالية												
درجة تقييم مخاطر قرح الفراش												
اكثر من ١٨	احتمالية منخفضة											
١٤ – ١٨	احتمالية متوسطة											
١٠ – ١٣	احتمالية عالية											
اقل من ١٠	احتمالية عالية جدا											
تقييم حالة الجلد												
اسورة التعريف (موجودة/ غير موجودة)												
العناية بالوصلات (تم التغيير والحفاظ عليها من الانفصال)												
التوقيع												

ملحوظة:يتم الرجوع للتقييم التمريضى عند الدخول فى حالة الاحتياج الى معرفة طريقة التقييم

MR.NR.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي — أسم المريض : .....

فرع: — رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفي: — القسم المعالج : .....

التقييم التمريضي عند دخول المريض (للبالغين)

القسم :..... التاريخ : / / الوقت :..... السن :....

التشخيص الطبي عند الدخول:.....

تعليمات للمريض

- ☐ محتويات الغرفة
- ☐ نظام نداء التمريض
- ☐ شرح نظام حفظ الامانات بالمستشفي
- ☐ أسورة التعريف
- ☐ مكان الحمام وأضواء الطوارئ
- ☐ مكان الإنتظار ووقت الزيارة
- ☐ التعليمات الخاصة بعدم التدخين
- ☐ شرح احتياطات منع خطرالسقوط

هل أنت مدخن ؟؟ ☐ لا ☐ في السابق ☐ نعم عدد السنوات:..... عدد السجاير اليومية :.....

هل تعرف المريض على حقوق المريض ومسئولياته؟ ☐ نعم ☐ لا

التقييم التغذوى

١. فحص الفم : ◯ رطب(٠) ◯ جاف (١) ◯ مصاب (١)

٢. التاريخ المرضى: ◯ قئ وغثيان (١) ◯ صعوبة فى البلع (٢) ◯ انخفاض الوزن بدون رجيم(٣)
◯ تغذية بالرايل(٣) ◯ تغذية بالمحاليل الوريدية (٣)

٣. الشهية: ◯ عادية (٠) ◯ أقل من المعتاد (١) ◯ مفقودة (٢)

٤. الأسنان : ◯ طقم اسنان (٠) ◯ لا يوجد اسنان مفقودة (٠) ◯ أسنان مفقودة (١)

- ◯ مريض الشيخوخة أكثر من ٧٠ سنة دخول عمليات (١)
- ◯ سيدة (حامل – رضاعة) (١)

- وصف الغذاء: ◯ عادى(٠) ◯ لين (١) ◯ سوائل (٢) / درجة تقييم التغذية :..... (لو التقييم أكثر من ٤ يتم إبلاغ الطبيب)

وجود ألم : نعم ☐ لا ☐ مكان الألم :..... الوقت :.....

تقييم حالة الجلد

تماسك الجلد: صحى ◯ مجعد ◯ بقع حمراء ◯ قرح سكر / قرح فراش ◯ جرح غير ملتئم ◯

المكان	الحجم/ الدرجة	اللون	الإفرازات

تقييم مخاطر التعرض لقرح الفراش Norton Scale:

درجة التقييم	٤	٣	٢	١
الحالة الصحية	جيدة	متوسطة	ضعيفة	سيئة جدا
الحالة العقلية	واعي ومنتبه	لامبالي	مشتت	غير واعي/غير مدرك
النشاط	يتحرك بدون مساعدة	يتحرك بمساعدة	يتحرك بمساعدة اجهزة (كرسي متحرك)	غير قادر علي الحركة
امكانية الحركة	كاملة	ضعيفة	محدودة جدا	لايتحرك
السلس البولي	لايوجد	احيانا	بولي عادة	التبول والتبرز
الاجمالي	.....			

◯ اكثر من ١٨ احتمالية منخفضة ◯ من ١٤-١٨ احتمالية متوسطة ◯ من ١٠-١٣ احتمالية عالية ◯ اقل من ١٠ احتمالية عالية جدا

اجراءت وقاية المريض من قرح الفراش

م	الاجراءات الوقائية	ضع علامة (صح)
١	ضع المريض علي مرتبة هوائية	
٢	قم بتقليب المريض كل ساعتين	
٣	دلك جلد المريض وضع مرطبات وفقا لتعليمات الطبيب	
٤	اعد تقييم جلد المريض كل ساعتين في نموذج تقليب المريض	

MR.NR.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

قائمة المرضى المعرضين للسقوط

- عدم اتزان الحركة (ترجيف _تمايل)
- تاريخ سكتة دماغية
- دوار او اغماء
- ضعف فى السمع والنظر
- فاقد التركيز
- هشاشة عظام
- ضعف عام
- حدوث سقوط في اخر 12 شهر
- تبول ليلى لاارادى
- 70سنة او اكثر
- تاريخ نوبات دوخة او اغماء
- ادوية عالية الخطورة (مدرات بول – ادوية مخدرة -ادوية مهدئة – ادوية نفسية)
- طفل حديث الولادة
- مرضى الإعاقات العقلية (مثل: متلازمة داون - التوحد - أخرى)
- مرضى الإعاقات البدنية (مثل: فقد البصر- بتر الطرف السفلي - أخرى)

- مرضى الرعايات والوحدات.
- المرضى طريحي الفراش.
- الأطفال أقل من 6 سنوات
- مرضي العمليات
- مرضي الكلي
- مرضي الأورام طبقا للأدوية يتم أخذه

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

نموذج الأحداث غير المتوقعة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : .....

مستشفى : .....

OCCURRENCE VARIANCE REPORT (OVR)

(.....) OVR Code No.

THIS FORM SHOULD BE FORWARDED TO THE QUALITY DEPARTMENT WITHIN 72 HOURS

يجب أن يسلم النموذج لقسم الجودة في خلال 72 ساعة

Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (اختياري)		Department: القسم	
Reported by Signature: توقيع المبلغ		Date of Reporting: تاريخ التبليغ	

INDIVIDUAL OR MEMBER OF STAFF INVOLVED (Tick One or More)

☐ Nurse ممرضة	☐ Physician طبيب	☐ Administrative إداري	☐ Patient مريض
☐ Nursing Aid مساعدممرضة	☐ Technician فني	☐ Security فرد امن	☐ Other اخرى

OCCURRENCE INFORMATION

Date of Incident تاريخ الحادث		Time of Incident وقت وقوع الحادث		Location/Unit الوحدة/المكان	
Name of Person Involved اسم الشخص المعني		Patient I.D: رقم الملف الطبي		☐ Female انثى	☐ Male ذكر

Briefly describe the incident/ occurrence and attach the supporting data when applicable

وصف ملخص للحدث مع الدعم بمستند اذا امكن

Immediate Corrective Action taken: To be completed by involved/concerned department

الإجراء التصحيحي المتخذ : يتم كتابتة من قبل الشخص المسئول

Suggested Preventive Action: To be completed by the concerned Head of Department for follow up

الإجراء التصحيحي المقترح : يتم كتابتة من قبل رئيس القسم المختص

Name الاسم-: ..... Date التاريخ:..... Time الوقت..... Signature التوقيع:.....

O.V.R. 1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : .....

مستشفى : .....

يتم كتابتة بواسطة الجودة

CLASSIFICATION OF OCCURRENCE VARIANCE:		
PATIENT CARE ISSUES	**SENTINEL EVENT**	**MEDICATION ERROR**
❑ Complication following procedure	❑ Unanticipated death not related to the natural cause of illness	Medication's Name: __ ❑ Wrong Drug Wrong Dose ❑ Wrong Time Wrong Route ❑ Wrong Patient Missed Dose ❑ Drug not given I.V.infiltration ❑ Expired Drug
❑ Procedure delay	❑ Major permanent loss of function	
❑ Patient care delay	❑ Wrong-site of surgery	
❑ Use of Blood/Blood Products e.g. Blood Reaction	❑ Wrong-procedure / surgery	
❑ **Pressure ulcer** Community Hospital	❑ Wrong-patient surgery	❑ Delay in order to pharmacy ❑ Delay in order to pharmacy
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
IPSGS	**COMMUNICATION**	**DOCUMENTATION OR RECORDS**
❑ Patient Identification	❑ Property loss – Staff Patient	❑ Health record unavailable or delayed
❑ Fall or Found on Floor	❑ Behavioral – Staff Patient	❑ Illegible entry or order
❑ Transfer/ Handover Communication	❑ Ethical	❑ Incomplete or inaccurate documentation
❑ Safe Surgery	❑ Patient Complaint	
❑ Reduce Risk of Infection (hand- hygiene guidelines)		
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
FMS	**EQUIPMENT**	**PCI**
❑ Fire Alarm Theft ❑ Smoking Environmental	❑ Equipment use related	❑ Sharps /Needle Stick Injury
❑ Breakdown of doors		❑ Isolation Violation
❑ Safety and Security		
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
Others not classified above, Specify:		

- **This Event is considered:** ❑ Sentinel ❑ Adverse ❑ Near Miss
- **Risk Score / Degree of Harm/Injury:** ( ) نتيجة تقييم خطورة الحدث

QUALITY DEPARTMENT RECOMMENDATION توصية إدارة الجودة

Quality Manager Signature : **Date:** **Time :**

Follow-up Status of action taken: متابعة حالة الإجراء المتخذ

☐ Appropriate & complete كامل ومناسب ☐ Inappropriate & incomplete كامل وغير مناسب

☐ No further action required ليس هناك إجراء مطلوب ☐ Other أخرى.....

O.V.R. 2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.06 ICD.11		
عنوان السياسة	سياسة منع حدوث قرح الفراش أثناء وجود المريض بالمستشفى		
تاريخ الإعداد	1/2/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	عدد الصفحات	5
تاريخ المراجعة	1/9/2028	تاريخ الاعتماد	15/2/2025
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة		اعتماد
رئيس الهيئة الطبية د/ محمد مختار رئيسة التمريض م/ هيام محمود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د/ إيمان سامي		مدير المستشفى د/ وسام وهيبه

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- يلتزم فريق التمريض بمستشفى صيدناوى بتقييم حالة وسلامة الجلد لجميع المرضي عند دخولهم المستشفى لمعرفة مدى درجة تعرضهم لقرح الفراش وتحديد المرضى الأكثر عرضة للإصابة بقرح الفراش واتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع حدوث قرح الفراش للمرضى والتقليل منها والمساعدة في التئامها للمرضى المصابين بها فعليا.
- يتم إجراء تقييم مخاطر قرح الفراش عند الدخول
- الإطار الزمني لإكمال تقييم قرح الفراش
- يتم استخدام التدابير العامة لتقليل خطر الإصابة بقرح الفراش مثل أجهزة تخفيف الضغط والمراتب الهوائية
- خطط مصممة خصيصا بناء على تقييم قرحة الفراش

الغرض

- تحقيق سلامة وأمان المريض بالمستشفى عن طريق منع حدوث قرح الفراش.

تعريفات

قرح الفراش:

- هو إصابة تحدث في الجلد نتيجة عدم تدفق الدم بشكل سليم والحك المستمر في الجلد من منطقة عظمية في الجسم وذلك لأن الجلد يكون تحت الضغط من الفراش أو أي سطح غير مرن لفترة طويلة.

إجراءات العمل

- تقييم حالة الجلد وتقييم مخاطر التعرض لقرح الفراش:
  - تقوم الممرضة بتقييم حالة الجلد وتقييم مخاطر التعرض لقرح الفراش لكل مريض عند دخوله بالأقسام الداخلية والعنايات المركزة باستخدام نموذج التقييم التمريضي عند دخول المريض.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- تقوم الممرضة بفحص الجلد عند النتوءات العظمية الموجودة في جميع أجزاء الجسم مثل (الكعب، المفصل بين الساق والقدم، عظام الحوض، عظمة العصعص، الأذن، الأكتاف، الكوع).
- تقوم الممرضة بفحص المناطق التي بها احمرار بجلد المريض بشرط ألا يزول الاحمرار في خلال 30 دقيقة وفي حال إذا كان المريض ذو بشرة داكنة يمكن فحص الجلد بواسطة تدفئة هذه المناطق أو شكوى المريض من وجود ألم بالجلد عند النتوءات العظمية.
- في حالة وجود قرح فراش بالمريض عند الدخول يتم تعريف المريض وأسرته وأخذ توقيع المريض أو ذويه على إقرار بوجود قرحة فراش مع توضيح مكان القرحة والدرجة والحجم وجود الإفرازات, و في حالة رفض المريض يتم عمل نموذج (OVR) و تسجيل الواقعة فقي ملاحظات التمريض

الإطار الزمني لاستكمال مسح قرح الفراش:

تقوم الممرضة باستكمال فحص قرح الفراش خلال ساعتين من دخول المريض للقسم وتسجيله في نموذج التقييم التمريضي للبالغين عند الدخول والتقييم التمريضي للأطفال عند الدخول و إعادة تقييم عند النقل من قسم ل قسم اخر

- إعادة تقييم حالة الجلد وتقييم مخاطر التعرض لقرح الفراش:
  - تقوم الممرضة بإعادة التقييم مرتين يوميا صباحا ومساء بنموذج التقييم التمريضي اليومي للمرضى البالغين والأطفال .
  - يتم التقييم باستخدام نموذج BRADEN Scale
  - في حالة المرضى حديثي الولادة يتم استخدام نموذج NSRAS scale

في حالة المرضى المعرضين لقرح الفراش:

- عمل خطة لرعاية جلد المريض:

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- تقوم الممرضة بعرض (نتائج تقييم حالة الجلد وتقييم مخاطر التعرض لقرح الفراش عند الدخول)على الطبيب.
- يتم إبلاغ أخصائي التغذية لوضع خطة تغذية عالية البروتين وكثرة السوائل المعطاة للمريض إذا لم يكن هناك مانع صحي في ذلك.
- تقوم الممرضة بوضع خطة تمريضية لتقليل أو منع ضغط النتوءات العظمية على جلد المريض وتقليل الاحتكاك بين الجلد والأسطح الأخرى، ومنع أو تقليل تعرض الجلد للبلل أو الرطوبة.
- تقوم الممرضة بعمل تثقيف صحي للمريض وذويه.
- تقوم الممرضة بعمل خطة لتقليب المريض كل ساعتين أو حسب أوامر الطبيب.

- تنفيذ خطة الرعاية:
  - تقوم الممرضة بتنفيذ جدول وتقليب المريض كل ساعتين وتوثيق تقليب المريض في جدول تقليب المريض بالملف الطبي.
  - تقوم الممرضة بالحفاظ على أن يكون رأس السرير مرفوع بزاوية 30 درجة بخلاف وقت تناول المريض الوجبة الغذائية وذلك حسب أوامر الطبيب.
  - تقوم الممرضة باستخدام ملاءة تحريك وتقليب المريض الغير قادر على الحركة.
  - تقوم الممرضة باستخدام وسادات لوضعها عند النتوءات العظمية مثل (الكعب، الركبة، الكاحل) لمنع حدوث اتصال أو احتكاك مباشر بينها.
  - تقوم الممرضة بوضع مرتبة هوائية أسفل المريض الغير قادر على الحركة طبقا لأوامر الطبيب.
  - تقوم الممرضة برفع كاحل المريض بواسطة الوسادات
  - تقوم الممرضة باستخدام ملينات للجلد حسب أوامر الطبيب لتقليل الإصابات الناتجة عن الاحتكاك كذلك تعمل على تقليل العوامل البيئية التي تزيد من جفاف الجلد مثل قلة الرطوبة، الهواء البارد باستخدام مرطبات للجلد.
  - تعمل الممرضة على تجنب عمل تدليك على أماكن النتوءات العظمية.

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

- تقوم الممرضة بتنظيف الجلد بمجرد تلوثه وبطريقة روتينية.
- تقوم الممرضة بتشجيع المريض على شرب حوالي 8 أكواب من السوائل يومياً بشرط عدم تعارض ذلك مع الحالة الصحية للمريض.
- تقوم الممرضة بمساعدة المريض في زيادة نشاطه الحركي من خلال عمل التمرينات له.
- تقوم الممرضة بعمل تثقيف صحي للمريض وذويه عن منع حدوث قرح الفراش وتسجيله في نموذج التثقيف الصحي.

في حالة وجود قرح فراش بالمريض عند الدخول يتم عمل الآتي:

- يتم كتابة نموذج اقرار وجود قرح الفراش خارج المستشفى
- يتم عمل كل ما سبق لتجنب زيادة مساحة قرح الفراش.
- يتم تسجيل ما تم من إجراءات عناية بالجلد بنموذج ملاحظات التمريض.
- يقوم الطبيب في حالة الحاجة إلى طبيب تجميل بعمل طلب عرض استشارة.

في حالة المرضى غير المعرضين لقرح الفراش:

- تقوم الممرضة بإعادة تقييم حالة الجلد وتقييم مخاطر التعرض لقرح الفراش مرتين يوميا صباحا ومساء.
- تقوم الممرضة بملاحظة جلد المريض لاكتشاف أي منطقة من الجلد يظهر بها احمرار ويتم توثيق ذلك في نموذج التقييم التمريضي اليومي ونموذج ملاحظات التمريض (الاستلام والتسلم ISBAR)وخطة الرعاية التمريضية.
- تقوم الممرضة بعمل تقرير حدث غير متوقع (OVR) وتسليمه لقسم الجودة في حالة العثور على قرحة فراش أو احمرار بالجلد المريض غير مصاب قرحة فراش عند الدخول وتقوم باستدعاء الطبيب لاتخاذ الإجراءات اللازمة لعلاج المريض ومنع تطور القرحة.
- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل والإبلاغ عن البيانات المتعلقة بعملية قرح الفراش.

مؤشر الأداء: معدل حدوث قرح الفراش في المستشفى=

$$\frac{\text{عدد المرضى الذين أصيبوا بقرح الفراش خلال إقامتهم بالمستشفى فى خلال الشهر} \times 100}{\text{عدد مرضى الدخول خلال ذلك الشهر}}$$

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- المصدر: نموذج تقييم ومتابعة قرح الفراش.
- الهدف: صفر%.

- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية قرح الفراش.

المسؤول عن التنفيذ

- الأطباء.
- أفراد هيئة التمريض.

النماذج

- نموذج تقليب المريض.
- نموذج التقييم التمريضي عند الدخول (تقييم اطفال وتقييم كبار وحديث الولادة)
- نموذج التقييم التمريضي اليومي للمرضى. (تقييم اطفال وتقييم كبار وحديث الولادة)
- إقرار قرح الفراش.
- نموذج أحداث غير متوقعة.
- نموذج التثقيف الصحي

الاختصارات

- SH.GSR.6:Sednawy Hospital GAHAR safety Requirement

المراجع

- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

المعايير ذات صلة:

- ICD.07 (integrated care delivery) Nursing patient assessment
- ICD.06 (integrated care delivery) Medical patient assessment
- ICD.15 Plan of care
- PCC.07 Patient and family education process

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى:

أسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض:.....

القسم المعالج : .....

جدول تقليب المريض

التاريخ	الساعة (خريطة التقليب) ضع علامة صح في حالة تم تقليب المريض ✓														
	٨:٠٠ص	١٠:٠٠	١٢:٠٠ظ	٢:٠٠ظ	٤:٠٠م	٦:٠٠م	٨:٠٠م	١٠:٠٠م	١٢:٠٠م	٢:٠٠ص	٤:٠٠ص	٦:٠٠ص	ملاحظات	اسم التمريض والتوقيع
	جانب أيمن	جانب أيسر	ظهر	جانب أيمن	جانب أيسر	ظهر	جانب أيمن	جانب أيسر	ظهر	جانب أيمن	جانب أيسر	ظهر	(وجود احمرار بالجلد – تقشر بالجلد – إفرازات- استدعاء طبيب – بلل – نظافة الفرش وجفافه – غيار)	

MR.ICU.NR.temp.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي — أسم المريض : .....

فرع: — رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفي: — القسم المعالج : .....

التقييم التمريضي عند دخول المريض (للبالغين)

القسم :..... التاريخ : / / الوقت :..... السن :....

التشخيص الطبي عند الدخول:.....

تعليمات للمريض

- ☐ محتويات الغرفة
- ☐ نظام نداء التمريض
- ☐ شرح نظام حفظ الامانات بالمستشفي
- ☐ أسورة التعريف
- ☐ مكان الحمام وأضواء الطوارئ
- ☐ مكان الإنتظار ووقت الزيارة
- ☐ التعليمات الخاصة بعدم التدخين
- ☐ شرح احتياطات منع خطرالسقوط

هل أنت مدخن ؟؟ ☐ لا ☐ في السابق ☐ نعم عدد السنوات:..... عدد السجاير اليومية :.....

هل تعرف المريض على حقوق المريض ومسئولياته؟ ☐ نعم ☐ لا

التقييم التغذوى

١. فحص الفم : ◯ رطب(٠) ◯ جاف (١) ◯ مصاب (١)

٢. التاريخ المرضى: ◯ قئ وغثيان (١) ◯ صعوبة فى البلع (٢) ◯ انخفاض الوزن بدون رجيم(٣)
◯ تغذية بالرايل(٣) ◯ تغذية بالمحاليل الوريدية (٣)

٣. الشهية: ◯ عادية (٠) ◯ أقل من المعتاد (١) ◯ مفقودة (٢)

٤. الأسنان : ◯ طقم اسنان (٠) ◯ لا يوجد اسنان مفقودة (٠) ◯ أسنان مفقودة (١)

- ◯ مريض الشيخوخة أكثر من ٧٠ سنة دخول عمليات (١)
- ◯ سيدة (حامل – رضاعة) (١)
- وصف الغذاء: ◯ عادى(٠) ◯ لين (١) ◯ سوائل (٢) / درجة تقييم التغذية :..... (لو التقييم أكثر من ٤ يتم إبلاغ الطبيب)

وجود ألم : نعم ☐ لا ☐ مكان الألم :..... الوقت :.....

تقييم حالة الجلد

تماسك الجلد: صحى ◯ مجعد ◯ بقع حمراء ◯ قرح سكر / قرح فراش ◯ جرح غير ملتئم ◯

المكان	الحجم/ الدرجة	اللون	الإفرازات

تقييم مخاطر التعرض لقرح الفراش Norton Scale:

درجة التقييم	٤	٣	٢	١
الحالة الصحية	جيدة	متوسطة	ضعيفة	سيئة جدا
الحالة العقلية	واعي ومنتبه	لامبالي	مشتت	غير واعي/غير مدرك
النشاط	يتحرك بدون مساعدة	يتحرك بمساعدة	يتحرك بمساعدة اجهزة (كرسي متحرك)	غير قادر علي الحركة
امكانية الحركة	كاملة	ضعيفة	محدودة جدا	لايتحرك
السلس البولي	لايوجد	احيانا	بولي عادة	التبول والتبرز
الاجمالي	.....			

◯ اكثر من ١٨ احتمالية منخفضة ◯ من ١٤-١٨ احتمالية متوسطة ◯ من ١٠-١٣ احتمالية عالية ◯ اقل من ١٠ احتمالية عالية جدا

اجراءت وقاية المريض من قرح الفراش

م	الاجراءات الوقائية	ضع علامة (صح)
١	ضع المريض علي مرتبة هوائية	
٢	قم بتقليب المريض كل ساعتين	
٣	دلك جلد المريض وضع مرطبات وفقا لتعليمات الطبيب	
٤	اعد تقييم جلد المريض كل ساعتين في نموذج تقليب المريض	

MR.NR.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي — أسم المريض : .....

فرع: — رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفى: — القسم المعالج : .....

التقييم التمريضي للأطفال عند الدخول

اسم الطبيب :..... التاريخ : / / الوقت :..... السن :.....
النبض :..... الضغط :..... التنفس :..... الحرارة :.....
الحساسية : ..... الوزن :..... النوع :.....
التشخيص الطبي عند الدخول:.....

تعليمات لأهل المريض

☐ محتويات الغرفة ☐ مكان الحمام وأضواء الطوارئ ☐ نظام نداء ☐ التمريض مكان الإنتظار ☐ وقت الزيارة
☐ شرح نظام حفظ الامانات بالمستشفي ☐ التعليمات الخاصة بعدم التدخين ☐ أسورة التعريف ☐ شرح الاحتياطات لمنع خطر السقوط
هل عرفت حقوق المريض ومسئولياته لأهل المريض؟ ☐ نعم ☐ لا

تقييم حالة الجلد

تماسك الجلد: ◯ صحى ◯ مجعد ◯ قرح سكر / قرح فراش ◯ جرح غير ملتئم ◯ أخرى .....

المكان	الحجم/ الدرجة	اللون	الإفرازات

عوامل الخطورة	تقييم قرح الفراش للاطفال(Braden SCORE)			
الاحساس بالضغط والالم	٤	٣	٢	١
	(احساس جيد) - استجابة للاوامر الشفهية ولا يوجد فقدان للاحساس باي جزء من الجسم	(احساس محدود جزئيا) - القدرة على الاستجابة للاوامر الشفهية مع فقدان الاحساس فى واحد او اثنين من الاطراف	(احساس محدود) تماما - استجابة للالم وفقدان الاحساس بنصف الجسم	(غير موجود نهائيا) - عدم القدرة على الاحساس نتيجة اضطراب بدرجة الوعي او التخدير
درجة تعرض الجلد للرطوبة	٤	٣	٢	١
	(نادر التعرض) الجلد جاف غالبا ونادرا ما يتعرض للرطوبة ويتم تغيير غطاء السرير بشكل روتيني	(معرض احيانا) الجلد يتعرض احيانا للرطوبة او البلل ويجب تغيير غطاء السرير مرة على الاقل يوميا	(معرض غالبا) الجلد معرض غالبا للرطوبة ويجب تغيير غطاء السرير مرة كل شيفت	(معرض باستمرار) الجلد معرض باستمرار للرطوبة بسبب البول والعرق وغيره
درجة النشاط الجسمانى	٤	٣	٢	١
	(يمشى كثيرا) يستطيع المشى خارج الغرفة بمفرده على الاقل مرتين يوميا وداخل الغرفة كل ساعتين	(يمشى احيانا) يستطيع المشى احيانا مسافة قصيرة جدا مع او بدون مساعدة و يقضى معظم اليوم على الكرسي او السرير	حركة بالكرسى عدم القدرة على الوقوف او المشى الا بمساعدة الكرسى المتحرك	ملازم الفراش
القدرة على التحكم وتغيير وضع الجسم	٤	٣	٢	١
	(يستطيع الحركة بشكل طبيعى) يتحرك دائما بشكل طبيعى وبدون مساعدة	(قادر على الحركة جزئيا) يتسطيع تحريك الاطراف وتغيير وضع الجسم مرات متعددة	(القدرة على الحركة محدودة تماما) احيانا يستطيع القيام بحركة طفيفة لاحد اطرافه ولكن معظم الوقت غير قادر على الحركة	(غير قادر على الحركة نهائيا) غير قادر على تغيير وضع الجسم او تحريك احد اطرافه بدون مساعدة
التغذية	٤	٣	٢	١
	(ممتازة) يتغذى بشكل جيد ويكمل وجباته واحيانا يأكل بين الوجبات بشكل طبيعى	(كافية) يأكل اكثر من نصف الطعام المقدم له ويأخذ حوالى ٤ وجبات يوميا او يتغذى عن طريق الانبوبة او تغذية وريدية كاملة	(غير كافية) نادرا ما يأكل وجبة كاملة وبشكل عام يأخذ نصف الطعام المقدم له واحيانا تكون التغذية بانبوبة رايل	(ضعيفة جدا) لايأكل وجبة كاملة ويعتمد فى التغذية على المحاليل الوريدية
القدرة على الحركة فى الفراش او الكرسى (تاثيره على احتكاك الجلد)	الاجمالي:	٣	٢	١
	عالى الخطورة = ٩ او اقل خطورة شديدة = ١٠ ـ ١٢ خطورة متوسطة = ١٣ ـ ١٤ خطورة بسيطة = ١٥ ـ ١٨	(لا توجد مشكلة) يتحرك فى السرير او الكرسى بشكل جيد بدون مساعدة لا يوجد احتكاك للجلد	(صعبة جزئيا) يتحرك بصعوبة مع القدرة احيانا على التقلب والحركة وتعديل وضعه احتكاك اقل للجلد	(صعبة جدا وتسبب مشكلة) يحتاج الى مساعدة كاملة لحمله وتحريكه فى السرير وكثيرا ما ينزلق على السرير او اثناء الجلوس على الكرسى ولا يستطيع تعديل وضعهاحتكاك للجلد دائما

MR.NR.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى:

أسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض:.....

القسم المعالج : .....

نموذج التقييم التمريضى اليومى للمرضى البالغين

تاريخ الدخول: / / **القسم:**.....

التشخيص:.....

التاريخ												
	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م
الحركة - يتحرك بدون مساعدة (٤) - يتحرك بمساعدة جهاز أو شخص (٣) - ملازم المقعد (٢) - ملازم الفراش (١)												
الادراك (مدرك / غير مدرك)												
الوعى درجة التقييم (.....) (واعى (١٣-١٥) /شبه واعى(٩-١٢) غيبوبة(٣-٨) / غير مستجيب(٣)												
التغذية (٠-٤)												
السقوط اقل من٣:احتمالية سقوط منخفض اكثر من ٤:احتمالية سقوط عالية												
درجة تقييم مخاطر قرح الفراش												
اكثر من ١٨ — احتمالية منخفضة												
١٤ – ١٨ — احتمالية متوسطة												
١٠ – ١٣ — احتمالية عالية												
اقل من ١٠ — احتمالية عالية جدا												
تقييم حالة الجلد												
اسورة التعريف (موجودة/ غير موجودة)												
العناية بالوصلات (تم التغيير والحفاظ عليها من الانفصال)												
التوقيع												

ملحوظة:يتم الرجوع للتقييم التمريضى عند الدخول فى حالة الاحتياج الى معرفة طريقة التقييم

MR.NR.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

أسم المريض : .....

فرع:

رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفي:

القسم المعالج : .....

نموذج التقييم التمريضى اليومى للأطفال

تاريخ الدخول: / /

التشخيص:.....

التـاريخ												
	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م
الحركة - يتحرك بدون مساعدة (٤) - يتحرك بمساعدة جهاز أو شخص (٣) - ملازم المقعد (٢) - ملازم الفراش (١)												
الادراك(مدرك /غير مدرك)												
درجة تقييم الوعي (.....) (واعى (١٣-١٥) /شبه واعى(٩-١٢) غيبوبة(٣-٨) / غير مستجيب(٣)												
التغذية(٠-٤)												
تقييم حالة الجلد												
اسورة التعريف(موجودة/ غير موجودة)												
درجةتقييم مخاطرقرح الفراش												
عالى الخطورة = ٩ او اقل خطورة شديدة = ١٠ ـ ١٢ خطورة متوسطة = ١٣ ـ ١٤ خطورة بسيطة = ١٥ ـ ١٨												
العناية بالوصلات (تم التغيير والحفاظ عليها من الانفصال)												
التوقيع												

ملحوظة:يتم الرجوع للتقييم التمريضى عند الدخول فى حالة الاحتياج الى معرفة طريقة التقييم

تقييم حالة الجلد

تماسك الجلد ☐ صحى ☐ مجعد ☐ بقع حمرا ء ☐ قرح سكر/ قرح فراش ☐ جرح غير ملتئم ☐ أخرى.....

تقييم التغذية :

*فحص : الفم رطب (٠) جاف (١) مصاب (١) *وصف الغذاء (عادى(٠) / لين (١) / سوائل (٢))

*التاريخ المرضى: قئ وغثيان (١) صعوبة فى البلع (٢) انخفاض الوزن بدون رجيم (٣)

تغذية بالرايل (٣) تغذية بالمحاليل الوريدية (٣)

*الشهية : عادية (٠) اقل من المعتاد (١) مفقودة (٢)

*الاسنان : طقم اسنان (٠) لاتوجد اسنان مفقودة (٠) اسنان مفقودة (١)

➢ (اذا كان التقييم أكثر من ٤ يتم إبلاغ الطبيب)

قياس درجة الوعى Glasco coma scale:

*استجابة العين (تلقائى (٤) / للكلام (٣) / للالم (٢) / لا توجد رد فعل (١))

* الاستجابة اللفظية (واعى (٥) مدروخ (٤) كلمات غير مناسبة (٣) غير مفهوم (٢) لا استجابة (١))

* الاستجابة الحركية(يطيع الاوامر (6)/ يحدد المؤثر الخارجى (5)/ يسحب من المؤثر (4) / انكماش غير طبيعى (3) ممدد جسده بطريقة غير طبيعية (2) / لا استجابة (1))

* المجموع Score واعى (١٣-١٥)، ، شبه واعى (٩-١٢)، غيبوبة (٣-٨) ، لا يستجيب (٣)

MR.NR.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

أسم المريض : .....

فرع:

رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفي:

القسم المعالج : .....

نموذج التقييم التمريضى اليومى للأطفال (ICU)

تاريخ الدخول: / /

التشخيص:.....

.....

التاريخ												
	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م
الحركة - يتحرك بدون مساعدة (٤) - يتحرك بمساعدة جهاز أو شخص (٣) - ملازم المقعد (٢) - ملازم الفراش (١)												
الادراك(مدرك /غير مدرك)												
درجة تقييم الوعي (.....) (واعى (١٣-١٥) /شبه واعى(٩-١٢) غيبوبة(٣-٨) / غير مستجيب(٣)												
التغذية(٠-٤)												
تقييم حالة الجلد												
اسورة التعريف(موجودة/ غير موجودة)												
درجةتقييممخاطرقرحالفراش												
عالى الخطورة = ٩ او اقل خطورة شديدة = ١٠ ـ ١٢ خطورة متوسطة = ١٣ ـ ١٤ خطورة بسيطة = ١٥ ـ ١٨												
العناية بالوصلات (تم التغيير والحفاظ عليها من الانفصال)												
التوقيع												

ملحوظة:يتم الرجوع للتقييم التمريضى عند الدخول فى حالة الاحتياج الى معرفة طريقة التقييم

تقييم حالة الجلد

تماسك الجلد ☐ صحي ☐ مجعد ☐ بقع حمراء ☐ قرح سكر/ قرح فراش ☐ جرح غير ملتئم

☐ أخرى.....

تقييم التغذية :

٧. *فحص : الفم رطب(٠) جاف (١) مصاب (١) *وصف الغذاء (عادى(٠) / لين (١) / سوائل(٢))

٨. *التاريخ المرضى: قئ وغثيان (١) صعوبة فى البلع (٢) انخفاض الوزن بدون رجيم (٣)

٩. تغذية بالرايل (٣) تغذية بالمحاليل الوريدية (٣)

١٠. *الشهية : عادية (٠) اقل من المعتاد (١) مفقودة (٢)

١١. طقم اسنان (٠) لاتوجد اسنان مفقودة (٠) اسنان مفقودة (١)

➢ (اذا كان التقييم أكثر من ٤ يتم إبلاغ الطبيب

MR.NR.1 -2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

إقرار وجود قرح فراش قبل دخول المستشفى

أقرأناالموقع أدناه .....وصلة قرابتي.....

بأن المريض .....تاريخ دخوله ا لمستشفي: / /

تم دخوله للمستشفى وهويعانى من قرح فراش فى.....

.....

.....

إسم المريض :.....

التوقيع :.....

رقم البطاقة :.....

إسم الطبيب: .....

التوقيع:.....

MR.Cons.1-1

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

نموذج الأحداث غير المتوقعة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع : .....
مستشفى : .....

OCCURRENCE VARIANCE REPORT (OVR)

(.....) OVR Code No.

THIS FORM SHOULD BE FORWARDED TO THE QUALITY DEPARTMENT WITHIN 72 HOURS
يجب أن يسلم النموذج لقسم الجودة في خلال 72 ساعة

Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (إختياري)		Department: القسم	
Reported by Signature: توقيع المبلغ		Date of Reporting: تاريخ التبليغ	

INDIVIDUAL OR MEMBER OF STAFF INVOLVED (Tick One or More)			
☐ Nurse ممرضة	☐ Physician طبيب	☐ Administrative إدارى	☐ Patient مريض
☐ Nursing Aid مساعدممرضة	☐ Technician فنى	☐ Security فرد امن	☐ Other اخرى

OCCURRENCE INFORMATION					
Date of Incident تاريخ الحادث		Time of Incident وقت وقوع الحادث		Location/Unit الوحدة/المكان	
Name of Person Involved اسم الشخص المعنى		Patient I.D: رقم الملف الطبي		☐ Female انثى	☐ Male ذكر

Briefly describe the incident/ occurrence and attach the supporting data when applicable
وصف ملخص للحدث مع الدعم بمستند اذا امكن

Immediate Corrective Action taken: To be completed by involved/concerned department
الإجراء التصحيحي المتخذ : يتم كتابتة من قبل الشخص المسئول

Suggested Preventive Action: To be completed by the concerned Head of Department for follow up
الإجراء التصحيحي المقترح : يتم كتابتة من قبل رئيس القسم المختص

Name الاسم-: ..... Date التاريخ:..... Time الوقت..... Signature التوقيع:.....

O.V.R. 1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : .....

مستشفى : .....

يتم كتابتة بواسطة الجودة

CLASSIFICATION OF OCCURRENCE VARIANCE:		
PATIENT CARE ISSUES	**SENTINEL EVENT**	**MEDICATION ERROR**
❑ Complication following procedure	❑ Unanticipated death not related to the natural cause of illness	Medication's Name: __ ❑ Wrong Drug Wrong Dose ❑ Wrong Time Wrong Route ❑ Wrong Patient Missed Dose ❑ Drug not given I.V.infiltration ❑ Expired Drug
❑ Procedure delay	❑ Major permanent loss of function	
❑ Patient care delay	❑ Wrong-site of surgery	
❑ Use of Blood/Blood Products e.g. Blood Reaction	❑ Wrong-procedure / surgery	
❑ **Pressure ulcer** Community Hospital	❑ Wrong-patient surgery	❑ Delay in order to pharmacy ❑ Delay in order to pharmacy
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
IPSGS	**COMMUNICATION**	**DOCUMENTATION OR RECORDS**
❑ Patient Identification	❑ Property loss – Staff Patient	❑ Health record unavailable or delayed
❑ Fall or Found on Floor	❑ Behavioral – Staff Patient	❑ Illegible entry or order
❑ Transfer/ Handover Communication	❑ Ethical	❑ Incomplete or inaccurate documentation
❑ Safe Surgery	❑ Patient Complaint	
❑ Reduce Risk of Infection (hand- hygiene guidelines)		
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
FMS	**EQUIPMENT**	**PCI**
❑ Fire Alarm Theft ❑ Smoking Environmental	❑ Equipment use related	❑ Sharps /Needle Stick Injury
❑ Breakdown of doors		❑ Isolation Violation
❑ Safety and Security		
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
Others not classified above, Specify:		

- **This Event is considered:** ❑ Sentinel ❑ Adverse ❑ Near Miss
- **Risk Score / Degree of Harm/Injury:** ( ) نتيجة تقييم خطورة الحدث

QUALITY DEPARTMENT RECOMMENDATION توصية إدارة الجودة

Quality Manager Signature : **Date:** **Time :**

Follow-up Status of action taken: متابعة حالة الإجراء المتخذ

☐ Appropriate & complete كامل ومناسب ☐ Inappropriate & incomplete كامل وغير مناسب

☐ No further action required ليس هناك إجراء مطلوب ☐ Other أخرى.....

O.V.R. 2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

التثقيف الصحى للمريض

التاريخ : / / القسم : .....

تقييم مبدئى للاحتياجات التعليمية للمريض / الأسرة (هذا الجزء يملأ بمعرفة التمريض)

-التعليم :

☐ مؤهل عالى ☐ مؤهل متوسط ☐ يقرأ ويكتب ☐ أمى

-الحالة النفسية والقابلية للتعلم : ☐ يريد ويستجيب ☐ لا يريد ولا يستجيب

-عوائق للتثقيف :

☐ عضوية (السمع – الكلام) ☐ معرفية (مستوى الذكاء والإستيعاب)

- بناءآ على المعلومات السابقة سيتم تقديم التثقيف لـ ☐ المريض ☐ الأسرة

- طريقة التثقيف : ☐ شفاهة ☐ مكتوبة

☐ أخرى (اذكر) .....

- شرح من قبل كوادر أخرى . (حدد) : .....

.....

شرح من قبل الطبيب	تـم	التـوقـيـع
هل تم شرح التشخيص الطبى ؟		
هل تم شرح طريقة العلاج والأثار الجانبية ؟		
هل تم شرح الاجراءات والفحوصات المطلوبة قبل اجراءها ؟		
هل تم شرح التفاعل الدوائى الغذائى ؟		
التاهيل الوظيفى (العلاج الطبيعى) عند الحاجة		
هل هناك حاجة لحضور برنامج تثقيفى اضافى ؟		
هل تم شرح تعليمات الخروج والمتابعه ؟		
هل تم شرح واستيعاب وفهم تعليمات الخروج والمتابعة ؟		
شرح من قبل التمريض		
هل تم شرح اهمية ارتداء اسورة التعريف ؟		
هل تم شرح تعليمات العناية بالقساطر والوصلات؟		
هل تم شرح احتياطات منع خطر السقوط؟		
هل تم شرح اجراءات الوقاية من قرح الفراش؟		
شرح النظام الغذائى و تقليل المخاطرمثل التدخين وأهمية الرياضة والنظام الغذائى		

تم شرح التثقيف الصحي :

توقيع المريض : ..... التاريخ : / / الوقت : .....

MR.Inp.Dr.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.07.ICD.12		
عنوان السياسة	**بروتوكول فحص وحماية المرضى المعرضون للجلطات الدموية الوريدية**		
تاريخ الإعداد	1/3/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	تاريخ الاعتماد	15/3/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	3
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة		اعتماد
رئيس قسم الصيدلة الإكلينيكية د/ انجي الكاشف رئيس قسم العناية المركزة د/ محمد عبد الفتاح	لجنة الجودة د/ ايمان سامي		مدير المستشفى د/ وسام وهيبه

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوى

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- تلتزم مستشفى صيدناوى يمنع حدوث الجلطات الوريدية العميقة وكذلك جلطات الرئة وذلك بإتباع أحدث البروتوكولات العلاجية لحماية المرضي.
- الإطار الزمني لاستكمال نموذج التقييم.
- خطط رعاية مصممة على أساس تقييم مخاطر التعرض للجلطات الدموية الوريدية لكل مريض على حدة.

الغرض

- تقليل/منع حدوث الجلطات الوريدية العميقة والجلطات الرئوية للمرضى.

التعريفات

- لا يوجد.

إجراءات العمل

- يقوم الطبيب المعالج بفحص جميع المرضى عند الدخول لتحديد المرضى المعرضين لحدوث الجلطات الوريدية وذلك طبقا لبنود نموذج تقييم مخاطر التعرض للجلطات الوريدية.

- يتم تقييم المرضى عند الدخول الى المستشفى لمعرفة المستوى الحركي عن طريق وضع علامة بمربع واحد مع مراعاة التقييمات العامة لجميع مرضى الجراحة والمرضى الذين يعانون من ضعف في الحركة.

- يتم مراجعة العوامل المرتبطة بنموذج التقييم مع خطر التعرض للجلطة مع وضع علامة على النقطة المطابقة (يمكن وضع علامة على أكثر من مربع).

- أي علامة في تقييم التجلط يجب إعطاء مضادات التجلط الصحيحة حسب إرشادات:

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

- يتم مراجعة العوامل المرتبطة بمخاطر النزيف مع وضع علامة على النقطة المطابقة (يمكن وضع علامة على أكثر من بند) يجب أن تحث الفريق الطبي على التفكير فيما إذا كانت مخاطر النزيف كافية لمنع التدخل الدوائي.

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

- يتم إعادة تقييم المرضى الذين يبدون العلاج الوقائي خلال 24 ساعة ثم كل 72 ساعة.
- يتم إعادة التقييم للمرضى (المحجوزين بالمستشفى) الأقل عرضه كل 72 ساعة.
- المرضى الذين لديهم أكثر عرضة للإصابة بالجلطات الدموية الوريدية وأسرهم مدركين ومشاركين في تدابير الوقاية من خلال التثقيف الصحي للمرضى وذويهم.
- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل والإبلاغ عن البيانات المتعلقة بعملية الإصابة بالجلطات الوريدية

.

- مؤشر الأداء: معدل الإصابة بالجلطات الوريدية =

$$\frac{\text{عدد المرضى الذين تم إصابتهم والجلطات الدموية الوريدية بالمستشفى خلال الشهر} \times 100}{\text{عدد مرضى الخروج بالمستشفى خلال نفس الشهر}}$$

  - المصدر: الملف الطبي.
  - الهدف: صفر%
- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية الإصابة بالجلطات الوريدية.

النماذج

- نموذج Adult Assessment for venous thromboembolism
- نموذج Pediatric VTE Risk Assessment
- VTE Prophylaxis Protocol

الاختصارات

SH.G.S.R.07.ICD.12: Sednawy Hospital GAHAR safety Requirement

مستشفى صيدناوي

المسئول عن التنفيذ

- هيئة التمريض
- الفريق الطبي.

المراجع

- الاحتياطات القياسية العالمية لأمان المريض
- National Institute for Health and Care Excellence-NICE
- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

المعايير ذات صلة

- ICD.06 MEDICAL PATIENT ASSESSMENT
- ISC.16 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ADAPTIONS AND ADOPTION
- ICD.15 PLAN OF CARE
- PCC.07 PATIENT AND FAMILY EDUCATION PROCESS

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

VTE Prophylaxsis Protocol

Caprini score	VTE risk category	Average bleeding risk (~1%)	High bleeding risk (~2%) or severe consequences
0	Very low risk (<0.5%)	No specific pharmacologic (Grade 1B) or mechanical (Grade 2C) prophylaxis be used other than early ambulation	
1-2	Low risk (~1.5%)	Mechanical prophylaxis, preferably with IPC (Grade 2C)	
3-4	Moderate risk (~3%)	LMWH (Grade 2B), LDUH (Grade 2B) or mechanical prophylaxis with IPC (Grade 2C)	Mechanical prophylaxis, preferably with IPC (Grade 2C)
≥ 5	High risk (~6%)	LMWH (Grade 1B) or LDUH (Grade 1B) plusmechanicalprophylaxiswithESorIPC (Grade2C)	Mechanical prophylaxis, preferably with IPC, until the risk of bleeding diminishes and pharmacologic prophylaxis may be initiated (Grade 2C)
	High risk Cancer surgery (abdominal or pelvic)	LMWH (Grade 1B) or LDUH (Grade 1B) plus mechanical prophylaxis with ES or IPC (Grade 2C) Extended-duration prophylaxis (4 weeks) with LMWH post discharge (Grade 1B)	
	High risk LMWH andLDUH contraindicated	Fondaparinux (Grade 2C) or low-dose aspirin (160 mg) (Grade 2C); mechanical prophylaxis, preferably with IPC (Grade 2C); or both	

IPC=intermittent pneumatic compression; LMWH=low-molecular-weight heparin; LDUH=low-dose unfractionated heparin; ES=elastic stockings.
Note: All admitted patients should be assessed for VTE upon admission. At risk patient reassessed after 24 hrs and then weekly .Not at risk patient reassessed after 72 hrs.

Date & Time	Reassess Score	Dr. Decision			Drug	Phys. Sign.
		No VTE Prophylaxis	Non Pharmacological VTE Prophylaxis	Pharmacological VTE Prophylaxis		
						MR.Inp.Dr2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

Adult Assessment for venous thromboembolism

Date of admission: / / **Date:** / / **Specialty:** .....

Diagnosis: .....

Complete the risk assessment to determine your patients' risk level for venous thromboembolism (VTE).			
1 point per risk factor	**2 point per risk factor**	**3 point per risk factor**	**5 point per risk factor**
( ) Age 41–60 years ( ) Minor surgery ( ) BMI >25 kg/m2 ( ) Swollen legs ( ) Varicose veins ( ) Pregnancy or postpartum ( ) History of unexplained or recurrent spontaneous abortion ( ) Oral contraceptives Or hormone replacement ( ) Sepsis (<1 month) ( ) Serious lung disease, including pneumonia (<1 month) ( ) Abnormal pulmonary function ( ) Acute myocardial infarction ( ) Congestive heart failure (<1 month) History of inflammatory bowel disease ( ) Medical patient at bed rest ( ) Other risk factors:	( ) Age 61–74 years ( ) Arthroscopic surgery ( ) Major open surgery (>45 minutes) ( ) Laparoscopic surgery (>45 minutes) ( ) Malignancy ( ) Confined to bed (>72 hours) ( ) Immobilizing plaster cast ( ) Central venous access	( ) Age ≥75 years ( ) History of VTE ( ) Family history of VTE Factor V Leiden ( ) Prothrombin 20210A ( ) Lupus anticoagulant ( ) Anticardiolipin antibodies ( ) Elevated serum Homocysteine ( ) Heparin-induced thrombocytopenia ( ) Other congenital or acquired thrombophilia If yes: Type	( ) Stroke (<1 month) ( ) Elective arthroplasty ( ) Hip, pelvis or leg fracture ( ) Acute spinal cord injury (<1 month)
Subtotal:.....	Subtotal:.....	Subtotal:.....	Subtotal:.....
TOTAL RISK FACTOR SCORE:..... Decision:.....			
Physician Signature: ..... Date: / / Time:			

MR.Inp.Dr1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

Pediatric VTE Risk Assessment

Risk Score	1 Point Each Risk	2 Point Each Risk	3 Point Each Risk
Risk Factor	( )Central Venous Catheter ( )Multiple Trauma ( )Orthopedic Surgery ( )Cancer ( )Nephrotic Syndrome ( )Sepsis and other Acute State with Disseminated Intravascular Coagulation	( )Immobility ( )Obesity (≥20 % Over IBM) ( )Family History of Coagulopathy	( )Hereditary or Acquired Abnormalities of Anticoagulant Factors ( )Hereditary of DVT (VTE) or Pulmonary Embolism in the Past
Total Score			

VTE Risk Assessment		
	• No Risk Factors • +1 Point = Potential Risk • +2 Points = Medium Risk • +3 Points = High Risk	Total Score on admission: …… Physician's Decision: ……..

Physician Name:		Signature:		Date: / /	
Reassessment	Date: / /	Date: / /	Date: / /	Date: / /	Date: / /
score					
Physician's Decision					
Physician Sign.					

Chemical Prophylaxis is not Recommended in:	Consider Avoiding Chemical Prophylaxis	Pharmacologic Prophylaxis
• Intracranial Hemorrhge • Brain Ischemia / Acute Stroke • Active Bleeding • Recent Thrombolytic Therapy (< 24 Hours)	• Intracranial Mass • Lumbar Puncture (< 24 Hours Ago) • Coagulopathy • Neurosurgical Procedure • Pelvic Fracture within Past 48 Hours • Uncontrolled Hypertension • Recent Aspirin / Antiplatelet Uses (< 5-7 Days Ago)	Enoxaparin (Subcutaneous) • Renal Impairment (0.5 mg / kg Q24H) • Patients < 60 kg (0.5 mg / kg Q12H) • ≥ 60 kg (40.mg Q24H) Consider 30 kg Q12H in Total Knee Arthroplasty • Renal Impairment(30mg Q24H) • Heparin (Subcutaneous) • Patients ≥60 kg (5000 Units Q12H) • Renal impairments (5000unitsQ24H)
Mechanical prophylaxis Graduated compression stockings		

MR.Inp.Dr.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

Venous Thromboembolic Risk Assessment in Pediatric Patients

Patients < 6 months age → not meet criteria for prophylaxis guideline

Patients ≥ 6 months → age assess the degree of patient's mobility:

i. If no alteration in patient mobility

(Potential Risk) if:
- No risk factor
- One risk score

→
- Early ambulation

(Medium Risk) if:
- 2 risk score

→
- Early ambulation
- Mechanical prophylaxis

(High Risk) if:
- ≥ 4 risk score

→
- Early ambulation
- Mechanical prophylaxis
- Pharmacological Prophylaxis : provided that no bleeding risk factors

ii. If altered mobility (decrease in movement from baseline)

(Moderate Risk) if:
- No risk factor
- One risk score

→
- Early ambulation
- Mechanical prophylaxis

(High Risk) if:
- ≥ 2 risk score

→
- Early ambulation
- Mechanical prophylaxis
- Pharmacological Prophylaxis : provided that no bleeding risk factors

_____Repeat Risk Assessment Every 48 – 72 Hours.

MR.Inp.Dr2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.08.CSS.02		
عنوان السياسة	سياسة الإنذارات الحرجة		
تاريخ الإعداد	1/4/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	تاريخ الاعتماد	12/4/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	17
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
رئيس قسم الصيانة الطبية م/ سارة مصطفى رئيسة التمريض م/هيام محمود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د/ إيمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- تلتزم مستشفى صيدناوى بوضع خطة صيانة واختبار أنظمة الإنذارات الحرجة وتشمل:
  - قائمة حصر الأجهزة التي تحتوي على إنذارات وصيانتها الوقائية.
  - اختبار أنظمة الإنذار الحرجة وتشغيلها بالإعدادات المناسبة.
  - أولويات أجهزة الإنذار المتنافسة، والعاملين المرخص لهم تعطيل أجهزة الإنذار أو تغيير إعداداتها، ومراقبة الاستجابة لتفعيل الإنذار.
  - تكون الإنذارات مسموعا بدرجة كافية فيما يتعلق بالمسافات والتنافس على الضوضاء داخل الوحدة.
- يلتزم كل من مهندس الشركة، وفريق صيانة الأجهزة الطبية، والأطباء، والتمريض بتنفيذ خطة اختبار وصيانة الإنذارات الحرجة واتخاذ تدابير الرقابة وتدابير الضمان، وتنفيذ الخطة التصحيحية. وأعضاء الفريق الطبي هو المسئول عن إيقاف الإنذارات وإعادة تشغيلها.

الغرض

- تحقيق سلامة المرضى من خلال عمل خطة لصيانة الأجهزة التي تحتوي على أنظمة إنذارات حرجة وتوعية العاملين من الهيئة الطبية وهيئة التمريض بهذه الإنذارات.

التعريفات

الإنذار الحرج

هو إشارة ضوئية أو صوتية او كتابيه تصدر من الأجهزة الطبية المتعلقة بالوظائف الحيوية تنبه العاملين الى حدوث اعطال بالجهاز او الي حالة المريض الحرجة أو فصل الجهاز

إجراءات العمل

- يقوم رئيس قسم هندسة الأجهزة الطبية بعمل نظام للمرور الدوري على أجهزة الإنذارات الحرجة ويشمل ذلك النظام (تحديد مواعيد المرور على هذه الأجهزة، القائم بالمرور لعمل الصيانة الدورية لها واختبار نظام الإنذار بها، تسجيل نتيجة المرور في كارت الصيانة الدورية والأعطال المكتشفة أثناء المرور وأيضا ما يتم ملاحظته من أخطاء أثناء تشغيل الجهاز).

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- يقوم فني الأجهزة الطبية بتدريب الأطباء والتمريض بالقسم على الإنذارات الإكلينيكية وكيفية التعامل معها.
- في حالة دخول مريض جديد يقوم الطبيب المسئول عن الحالة بضبط الحدود التي سوف يحدث عندها إنذارات بالانخفاض أو الارتفاع.
- إذا كانت حالة المريض لا تستدعي ضبط خاص للحدود التي سوف يحدث عندها الإنذار سيتم ضبط الحدود أوتوماتيكيا (default setting)
- تقوم الممرضة المسئولة في بداية كل شفت بالتأكد من أن الإنذار الإكلينيكي مسموع وأعلى من البيئة المحيطة كما تتأكد من الإنذار الضوئي يعمل وذلك في نموذج التأكد من أجهزة الإنذارات الإكلينيكية اليومي.
- تقوم الممرضة بتصنيف أولوية الاستجابة لأجهزة الإنذار المتنافسة كالآتي:
  - عالية: تدل على الوضع الحرج للمريض الذي يستلزم استجابة فورية.
  - متوسطة: تدل على وضع خطر يستلزم استجابة سريعة.
  - منخفضة: تدل على أن احتمالية الخطورة منخفضة إذا لم تتم الاستجابة إليه.

أنواع الأجهزة التي تعطي إنذارات

م	اسم الجهاز	م	اسم الجهاز
1	جهاز مراقبة العلامات الحيوية	2	جهاز مضخة محاليل
3	جهاز سرنجة ضخ محاليل	4	جهاز التنفس الصناعي
5	أجهزة الدياثيرمى	6	أجهزة التخدير
7	جهاز صدمات قلب		

الأماكن التي يوجد بها إنذارات

- الرعاية المركزة.
- عناية القلب.
- العمليات.
- الطوارئ والاستقبال.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- الأقسام الداخلية.

بيان توزيع أجهزة الإنذارات الحرجة (يتم وضع أعداد الأجهزة)

الأماكن/الأجهزة	دياثرمي	المونيتور	جهاز الصدمات	تنفس صناعي	تخدير	محاليل مضخة	محاليل سرنجة
الطوارئ							
عنايه قلب							
العناية الحرجة							
العمليات							
الباطنة							
الجراحة والمسالك							
العزل							
العدد الإجمالي							

كيفية ضبط أجهزة الإنذارات الحرجة

الجهاز	التأكد من تفعيل الإنذارات الحرجة
جهاز المونيتور	1. يتم النقر على زر menu وتظهر قائمة setup 2. يتم التحكم في مستوى الصوت من Alarm volume والتأكد من أن صوت الإنذار مسموع بشكل واضح 3. يتم النقر على زر alarm limit 4. يتم التأكد من قيم العلامات الحيوية الموضوعة
جهاز الصدمات الكهربائية	1. يتم النقر على زر Alarm setup والتأكد من قيم العلامات الحيوية الموضوعة. 2. يتم النقر على زر السماعة والتأكد من فعالية الإنذار.

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

جهاز التنفس الصناعي (vent-bent840)	. يتم النقر علي زر التحكم بالصوت والتأكد من أن الإنذار مسموع بشكل واضح
جهاز التنفس الصناعي (servo s)	1. يتم النقر على زر alarm profile 2. ثم sound level والتحكم في مستوى صوت الإنذار
جهاز التنفس الصناعي (Drager)	1. يتم النقر على زر alarm 2. ثم على setting 3. ثم علي alarm volume والتحكم في مستوى صوت الإنذار
جهاز مضخة المحاليل	1. يتم النقر على زر الصوت والتأكد من سماع مستوى صوت الإنذار
جهاز سرنجة ضخ المحاليل	1. يتم النقر على زر الصوت والتأكد من سماع مستوى صوت الإنذار
جهاز الدياثيرمى	1. يتم فصل كيبل الأراضي والتأكد من سماع صوت الإنذار
جهاز التخدير	1. النقر على زر السماعة VE/VTE والتأكد من سماع صوت الإنذار

أولا: جهاز مراقبة العلامات الحيوية(مونيتور)

- يقوم جهاز مراقبة العلامات الحيوية بمتابعة:
  - ضربات القلب.
  - نسبة الأكسجين بالدم.
  - قياس ضغط الدم.
  - معدل التنفس.
- التعرف على الإنذارات
  - يعطي الجهاز انذار سمعي وضوئي.

ضربات القلب

- يعطي الجهاز انذار في حالة ارتفاع وانخفاض معدل ضربات القلب أو في حالة عدم انتظام ضربات القلب.
- التعامل مع الإنذارات
  - يتم إعادة التأكد من أن جميع الالكترودات متصلة المريض بصورة صحيحة.
  - بعد التأكد من صحة الوصلات يتم إبلاغ الطبيب.
  - في حالة عدم وجود مشكلة بالمريض يتم تغيير الكابل وإبلاغ الإدارة الهندسية.
  - يتم الكشف على الكابل وفحص الجهاز بواسطة الإدارة الهندسية.

نسبة الأكسجين بالدم

- يعطي الجهاز انذار في حالة ارتفاع أو انخفاض معدل نسبة الأكسجين بالدم.
- التعامل مع الإنذارات
  - يتم إعادة التأكد من أن الجهاز متصل بالمريض بصورة صحيحة.
  - بعد التأكد من صحة الوصلات يتم إبلاغ الطبيب.
  - في حالة استمرار الإنذار يتم إبلاغ الطبيب وإبلاغ الإدارة الهندسية.
  - يتم الكشف على الكابل وقياسه وفحص جهاز المونيتور بواسطة الإدارة الهندسية.

قياس ضغط الدم

- يُضبط توقيت قياس ضغط الدم تلقائيًا في بعض الحالات الحرجة لضمان المراقبة المستمرة.

- التعامل مع الإنذارات
  - يتم قياس ضغط الدم باستخدام جهاز ضغط آخر (زئبقي).
  - في حالة صحة القراءة يتم إبلاغ الطبيب فورا.
  - في حالة عدم صحة القراءة يتم تغيير cuff.
  - في حالة استمرار الإنذار يتم إبلاغ الإدارة الهندسية.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

معدل التنفس

- يُضبط الجهاز في بعض الحالات الحرجة لمراقبة معدلات التنفس بشكل مستمر، ويقوم بإطلاق إنذارات تلقائية عند حدوث ارتفاع أو انخفاض غير طبيعي في معدل التنفس.
- التعامل مع الإنذارات
  - يتم إعادة التأكد من أن جميع الالكترودات متصلة بالمريض بصورة صحيحة.
  - بعد التأكد من صحة الوصلات يتم إبلاغ الطبيب.

ثانيا: جهاز مضخة محاليل

- يتم من خلاله ضبط المحاليل التي يتم إعطاؤها من خلال الوريد بمعدل محدد، بعض الإنذارات التي تصدر من الجهاز في الحالات الآتية:
  - وجود هواء بجهاز الوريد.
  - عدم رؤية العدسة للمحلول.
  - قرب انتهاء البطارية.
  - وجود سدة بالوصلات (الدائرة المتصلة.)
- جميع الإنذارات مضبوطة أوتوماتيكية.

التعرف على الإنذار

- يعطي الجهاز انذار سمعي وضوئي في حالة:
  - وجود هواء بجهاز الوريد.
  - في حالة وجود هواء بجهاز الوريد أو وجود أماكن فراغ يعطي الجهاز انذار.

التعامل مع الإنذارات

- يتم إيقاف الجهاز بصورة مؤقتة وتم فصل جهاز الوريد من المريض مع مراعاة سياسات وإجراءات مكافحة العدوى
- يتم تفريغ الهواء من جهاز الوريد.
- يعاد توصيل جهاز الوريد بالمريض (مع مراعاة سياسات وإجراءات مكافحة العدوى)

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

عدم رؤية العدسة للمحلول

- في حالة عدم امتلاء خزان جهاز الوريد بالمحلول بالكمية المطلوبة (زيادة أو نقص)

التعامل مع الإنذار

- في حالة نقص كمية المحلول يتم زيادة الكمية مع مراعاة سياسات وإجراءات مكافحة العدوى.
- في حالة زيادة كمية المحلول يتم تقليل الكمية مع مراعاة سياسات وإجراءات مكافحة العدوى
- وإذا استمر الإنذار يتم إبلاغ الإدارة الهندسية.
- يتم الكشف على جهاز (العدسة) والتأكد من سلامتها وعمل الإصلاح اللازم .

قرب انتهاء البطارية

- يُنصح بالحفاظ على توصيل دائم لمصدر الكهرباء لضمان استمرار عمل الجهاز وعدم الاعتماد على البطارية إلا في حالات الطوارئ.
- يوجد بالجهاز بطارية للعمل في حالات:
  - نقل المريض من وحدة إلى أخرى.
  - الحاجة إلى إعطاء محلول بالتنقيط في حالة عدم وجود مصدر للكهرباء أثناء نقل المريض من وإلى دورات المياه.
  - في حالة الانقطاع المفاجئ للكهرباء.

التعامل مع الإنذار

- التأكد من الكهرباء متصلة بالجهاز صورة جيدة دائما في حالة تشغيل الجهاز أو عدم تشغيله.
- في حالة التأكد من أن الكهرباء غير متصلة بالجهاز يتم إعادة التوصيل.
- في حالة استمرار الإنذار يتم الكشف على البطارية بواسطة مهندس الأجهزة الطبية والتأكد من عمل البطارية (ويتم استبدال البطارية عند الحاجة).
- وجود سدة بالوصلات (الدائرة المتصلة)
- في حالة وجود سدة بالوصلات يعطي الجهاز انذار.
- يتم تحديد مكان السدة بدقة (المريض، الجهاز)
- يتم التعامل مع مكان السدة مع مراعاة سياسات وإجراءات مكافحة العدوى.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

ثالثا :جهاز سرنجة محاليل

- تعطى إنذار في حالة انتهاء السرنجة أو سدد في السرنجة أو السرنجة غير مطابقة.

التعرف على الإنذار

- يعطي الجهاز انذار سمعي وضوئي.

التعامل مع الإنذار

- يتم تغير المحلول بالسرنجة (في حالة وجود أمر من الطبيب) (مع مراعاة سياسات وإجراءات مكافحة العدوى).
- تتم متابعة كفاءة عمل السرنجة الكهربائية من خلال متابعة سير السريان خلال اليوم.
- التأكد من عدم وجود انسداد في الخط.
- الاتصال بمهندس الأجهزة لضبط الضغط واختيار نوع السرنجة وذلك داخليا بالجهاز.
- ويوجد بعض الأعطال مناظرة لأعطال المضخة ويتم التعامل معها كما تم توضيحه من قبل.

رابعا :جهاز التنفس الصناعي

- بعض الإنذارات التي تصدر من الجهاز في الحالات الآتية:
  - وجود تسريب.
  - انخفاض معدل سريان الأكسجين من المخرج.
  - ارتفاع الضغط.
  - ارتفاع معدل التنفس.
  - حدوث توقف التنفس.
  - المريض غير متصل بالجهاز.
  - الجهاز مسدود ولا يعطى للمريض.
  - التعرف على الإنذار.
  - يعطي الجهاز انذار سمعي وضوئي.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

وجود تسريب

- يصدر الإنذار في حال وجود انقطاع في الوصلة المتصلة بالخراطيم، أو في حال وجود تسريب من الماسك المائي أو المرطب

التعامل مع الإنذار

- يتم التأكد من أن جميع الوصلات متصلة بكفاءة (مع مراعاة سياسات وإجراءات مكافحة العدوى)
- يتم التأكد من ماسكات الماء والمرطب.

انخفاض معدل سريان الأكسجين من المخرج

- يحدث في حالة عيب بشبكة الغازات أو مخرج الغازات.

التعامل مع الإنذار

- يتم التأكد من أن جميع الوصلات متصلة بكفاءة مع مراعاة سياسات وإجراءات مكافحة العدوى للملابس الوقائية
- الاتصال بالفني الغازات.

ارتفاع الضغط يحدث في حالة:

- تراكم الإفرازات صدر المريض.
- وجود ثني في الأنبوبة الحنجرية.
- ضغط المريض على الأنبوبة الحنجرية (العض على الأنبوبة)

التعامل مع الإنذار بمعالجة السبب عن طريق:

- التشفيط للمريض.
- التأكد من سلامة الوصلات.
- وضع ممر هوائي للمريض أو مهدئات حسب أوامر الطبيب.
- إعادة التأكد من حدود الإنذارات وكونها مناسبة لحالة المريض.
- عدم تجاوز الضغط المضبوط عن 60

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

ارتفاع معدل التنفس يحدث في حالة:

- تراكم الإفرازات صدر المريض.
- وجود ثني في الأنبوبة الحنجرية.
- برنامج الجهاز غير متوافق مع المريض.

التعامل مع الإنذار بمعالجة السبب عن طريق:

- التشفيط للمريض.
- التأكد من سلامة الوصلات.
- أو يتم إبلاغ الطبيب لتغيير النظام طبقا لحالة المريض.

حدوث توقف التنفس

يعطي الجهاز انذار في حالة:

- التوقف التنفس للمريض.
- مع البدء بالتنفيخ باستخدام (الأمبوباج)
- المريض غير متصل بالجهاز.
- يعطي الجهاز انذار في حالة عدم اتصال المريض بالجهاز.

التعامل مع الإنذار

- يتم التأكد من اتصال المريض بالجهاز والوصلات.
- التأكد من عدم وجود تسريب كبير بالجهاز.
- التأكد أن الجهاز مضبوط على النظام الملائم للمريض.
- يتم التأكد من فلتر الزفير.
- يتم إبلاغ الطبيب فورا.

الجهاز مسدود ولا يعطى للمريض

- يعطي الجهاز انذار صوتى عالى وضوئي وقد يقوم بإيقاف الجهاز.

التعامل مع الإنذار

- التأكد من فلتر الشهيق أو تغييره.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- التأكد من عدم وجود إنسداد فى خط الشهيق.
- التأكد من أن المريض لا يعض على الأنبوبة.
- التأكد من عدم وجود سدد أو افرازات فى الأنبوبة.

خامسا :أجهزة الدياثيرمى

- تقوم أجهزة الدياثيرمى بعمل قطع وكي للمريض والجهاز مزود بأنظمة الإنذار ويقوم بعمل اختبار أوتوماتيكيا لنظام الإنذار في حالة فصل الكهرباء وإعادة التشغيل .
- يعطي الجهاز انذار في الحالات التالية:
  - (REM ALARM INDICATOR)وذلك يحدث في حالة عدم توصيل كابل العزل الكترود رجوع المريض (PAD) بالمريض.
  - يعطى إنذار في حالة اختيار معاملات عالية والجهاز في وضع المعامل المنخفض.

ملحوظة:

في حالة حدوث هذا الإنذار يقوم الجهاز بوقف الخرج (POWER) فلا يعمل السلاح القاطع لتحقيق أعلي أمان للمريض.

التعرف على الإنذار

- يعطي الجهاز انذار سمعي وضوئي.

التعامل مع الإنذار

- يتم التأكد من توصيل العازل (الكترود رجوع المريض) (PADبالمريض بالجهاز.
- في حالة استمرار الإنذار يتم تغيير الكابل.
- في حالة استمرار الإنذار يتم إبلاغ مهندس الأجهزة الطبية.
- يقوم المهندس بقياس الخرج ومكان التوصيل الخاص بكابل العازل ويتم التعامل مع المشكلة.
- يتم التأكد من زر المعاملات المنخفضة والتأكد من خارج الجهاز.

ملحوظة:

يتم عمل صيانة دورية شهرية للجهاز ويتم اختبار نظام الإنذار بواسطة مهندس الأجهزة الطبية وذلك من خلال فصل كابل العزل ويتم سماع ورؤية الإنذار.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

سادسا :أجهزة التخدير

- يقوم جهاز التخدير بتخدير المرضى، ويُلحق به جهاز تنفس صناعي. الجهاز مزود بأنظمة إنذار، ويقوم بعمل اختبار أوتوماتيكي لنظام الإنذار في حالة فصل الكهرباء وإعادة التشغيل

يعطي الجهاز انذار في الحالات التالية:

- APNEA PRESSURE ويتم في حالة توقف التنفس أو حالة فصل (توقف) مصدر الغاز أو في حالة وجود تسريب بوصلات المريض أو في حالة ارتفاع الضغط لمدة طويلة.(approximately 120 sec)
- APNEA VOLUME في حالة توقف التنفس(عدم وجود رجع بالدائرة "زفير") لمدة-15 ثانية أو في حالة فصل (توقف) مصدر الغاز أو في حالة غلق أو حدوث تسريب وصلات المريض.
- APNEA PRESS OFF في حالة غلق الحد الأدنى لضغط مسار الهواء في وضع (IPPV).
- Battery low في حالة عدم عمل البطارية.
- Battery powered في حالة فصل الكهرباء أو عدم توصيل كابل الكهرباء.
- Cont. high press في حالة ضبط (APL- valve) في وضع (MAN) أثناء .(IPPV)
- EX - VALVE LEAKAGE في حالة تسرب في الصمام الخاص بالتنفس.
- FIO2 HIGH في حالة تجاوز تركيز الأكسجين الحد الأدنى (القيمة) المضبوط عليها الجهاز.
- O2 SENSOR INOPفي حالة عدم معايرة حساس الأكسجين أو حدوث خطأ بالمعايرة.
- FIO2 LIMIT > percentage21في حالة ضبط الحد الأدنى على قيمة تتجاوز percentage20.
- FIO2 LOW في حالة نقص تركيز الأكسجين عن الحد الأدنى (القيمة) المضبوط عليها الجهاز.
- FLOW IND في حالة مشكلة بمسار الغاز أو مشكلة بالحساس.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- MV HIGH في حالة تجاوز قيمة (MINUTE VOLUME) للحد المسموح به أو المضبوط عليه الجهاز.
- MV LOW في حالة نقص قيمة (MINUTE VOLUME)عن الحد المسموح به أو المضبوط عليه الجهاز أو انسداد أو تسريب بوصلات المريض.
- Paw HIGH في حالة تجاوز الحد الأقصى المضبوط عليه الجهاز لضغط مسار الهواء.
- Paw NEGATIVE عدم وصول الغاز بكمية كافية.
- PRESSURE LIMIT في حالة عدم ضبط (TIDAL VOLUME) بشكل مناسب.
- ONLY CONTINUED AUDIBLE ALARM WITHOUT DISPLAY وذلك في حالة عدم توصيل الكهرباء أو في حالة عدم عمل البطارية أو فشل بدائرة الباور الخاصة بالجهاز.

التعرف على الإنذار

- يعطي الجهاز انذار سمعي وتظهر رسالة على الشاشة توضح نوع المشكلة.

التعامل مع الإنذار

- APNEA PRESSURE
  - يتم التأكد من توصيل مصدر الغاز بالجهاز.
  - التأكد من عمل التنفس الصناعي الملحق بالجهاز.
  - التأكد من صحة وسلامة وصلات المريض.

- APNEA VOLUME
  - التأكد من عمل التنفس الصناعي الملحق بالجهاز.
  - يتم التأكد من توصيل مصدر الغاز بالجهاز
  - التأكد من صحة وسلامة وصلات المريض وعدم وجود تسريب بالخراطيم.
- APNEA PRESS OFF
  - يتم مراجعة ضبط الحد الأدنى لضغط مسار الهواء في وضع .(IPPV)
- battery low
  - يتم توصيل الكهرباء (كابل الباور).
- battery powered
  - يتم توصيل الكهرباء (كابل الباور)

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- cont. high press
  - يتم تغيير (APL VALVE) إلى.(IPPV / SPONT)
- EX - VALVE LEAKAGE
  - يتم إبلاغ مهندس الأجهزة الطبية في حالة استمرار الإنذار.
  - يتم التأكد من توصيل وصلة الخاصة.(FLOW SENSOR)
  - يقوم مهندس الأجهزة الطبية بالتأكد من سلامة وصلة (FLOW SENSOR)
  - في حالة سلامة الوصلة يقوم بعمل معايرة.(FLOW SENSOR)
- FIO2 HIGH
  - يتم التأكد من فتح الأكسجين في.(FLOW METER)
- O2 SENSOR INOP
  - يتم إبلاغ مهندس الأجهزة الطبية.
  - يتم عمل معايرة لحساس الأكسجين.
  - في حالة استمرار الإنذار يتم تغيير الحساس أو الكابل الخاص به.
- FIO2 LIMIT < 21%
  - ضبط الحد الأدنى بقيمة لا تتجاوز 20.%
- FIO2 LOW
  - تُراجع مصادر الأكسجين ويُتأكد من توفرها وسلامتها
  - يتم مراجعة الأكسجين في .(FLOW METER)
- FLOW INOP
  - يتم إبلاغ مهندس الأجهزة الطبية.
  - يتم عمل معايرة حساس(FLOW SENSOR)
  - في حالة استمرار الإنذار يتم تغيير الحساس.
- MV HIGH
  - يتم إبلاغ مهندس الأجهزة الطبية.
  - يقوم مهندس الأجهزة الطبية بعمل معايرة حساس(FLOW SENSOR)
  - في حالة استمرار الإنذار يتم تغيير الحساس.
- MV LOW
  - يتم فحص توصيلات المريض.
  - يتم إبلاغ مهندس الأجهزة الطبية.
  - يقوم مهندس الأجهزة الطبية بعمل معايرة حساس(FLOW SENSOR)

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- في حالة استمرار الإنذار يتم تغيير الحساس.

- Paw HIGH
  - يتم التأكد من توصيل الخراطيم بالجهاز بالمريض.
  - مراجعة قيمة الحد الأقصى للضغط وحدود الإنذار الخاصة.
- Paw NEGATIVE
  - يتم زيادة تدفق الغاز من المصدر أو الجهاز.
- PRESSURE LIMIT
  - يتم زيادة قيمة الحد الأقصى للضغط.
  - ONLY CONTINUAL AUDIBLE ALARM WITH OUT DISPLAY
  - يتم التأكد من توصيل الكهرباء.
  - يتم إعادة شحن البطارية.
  - يتم غلق الجهاز وفتحه.
  - في حالة استمرار الإنذار يتم إبلاغ مهندس الأجهزة الطبية.
  - يقوم مهندس الأجهزة الطبية قياس الباور وفحص دائرة الباور.

ملحوظة: يتم عمل صيانة دورية شهرية للجهاز ويتم اختبار جميع أنظمة الإنذار بواسطة مهندس الأجهزة الطبية.

سابعا :أجهزة صدمات القلب

- هذه الأجهزة تقوم بإعطاء صدمة كهربائية للقلب وذلك لإنعاش وتنظيم ضربات القلب.
- كما تقوم باستقبال الإشارات الكهربية للقلب وتحويلها لموجات SIGNALS يتم رسمها وطباعتها من خلال طابعة حرارية ويحتوي الجهاز على أنظمة للإنذار.

يعطي الجهاز انذار في الحالات التالية:

- فى حالة عدم توصيل والالكترود اتغير موصلة جيدة بالمريض CONNECT THE ELECTRODES.
- NO energy selected يعنى أن لم يتم تحديد الشحنة بعد.
- يعطى بعض الرسائل التى توضح أعطال بالجهاز وأنه لا يعمل.

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

التعرف على الإنذار

- يعطي الجهاز انذار سمعي وتظهر رسالة على الشاشة توضح نوع المشكلة.

التعامل مع الإنذار

- يتم التأكد من توصيل جميع الالكترودات في أماكنها الصحيحة ويمكن استخدام الجيل الخاص بالتوصيل لتقليل المقاومة وتحقيق أعلى جودة التوصيل.
- يتم وضع الجيل بطريقة صحيحة على paddles وتوصيلهم بالمريض بطريقة صحيحة.
- يتم التأكد من اختيار الشحنة المطلوبة.
- يتم التأكد من اختيار mode تفريغ الشحنة متزامن أو غير متزامن.
- يتم التأكد من توصيلها بالكهرباء في حالة ضعف البطارية.

ملحوظة :

يتم عمل صيانة دورية نصف شهرية للجهاز ويتم اختبار جميع أنظمة الإنذار بواسطة مهندس الأجهزة الطبية.

المسئول عن التنفيذ

- العاملين بقسم صيانة الاجهزة الطبية.
- الأطباء.
- التمريض.

النماذج

- كارت الصيانة الدورية.
- نموذج المرور اليومي على الأجهزة الطبية.
- نموذج متابعة الانذارات الحرجة

الاختصارات

- SH.GSR.08.CSS.02:Sednawy Hospital Global Safety Requirements

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

المراجع

- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025
- الدليل التشغيلي لكل جهاز من الأجهزة الطبية.

المعايير ذات صلة

- CSS.01(critical and special care service) CRITICAL care
- EFS.10 (environmental and facility safety) Medical equipment plan
- WFM.09 (work force management) Staff performance evaluation

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled

كـــــارت الصيانة

اســـم الجهاز : رقـــــم الجهـــاز :

شركة الصيانة :

التاريخ	نوع العطل	صيانة داخلية ما تم عمله	صيانة خارجية ما تم عمله	التوقيع

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.09 CSS .03		
عنوان السياسة	سياسة تفادي التوصيل الغير سليم للقساطر والأنابيب		
تاريخ الإعداد	15/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	تاريخ الاعتماد	10/2/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	5
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
مدير الشئون العلاجية د/محمد مختار رئيس التمريض م/هيام محمود مدير التموين الطبي د/انجي كاشف عضو فريق جوده م/ ولاء السيد	لجنة الجودة د/ إيمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوى

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- يلتزم الفريق الطبي (الأطباء والتمريض) بمستشفى صيدناوى بتنفيذ عملية محددة للتعامل الآمن مع الوصلات المتصلة بالمريض سواء داخل أو خارج المريض بطريقة سليمة لضمان سلامة وأمان المريض من أي خطر من الممكن أن يتعرض له.
- لا يحق للمرضى أو أسرهم أو العاملين بالمستشفى فصل أو تركيب أو إعادة تركيب أي نوع من أنواع الأنابيب أو القساطر ويعد تعريف المريض بذلك مسئولية التمريض المسئولة عن المريض.
- عنونة القساطر عالية الخطورة مثل (intrathecal، epidural،Arterial)
- تجنب استخدام القساطر ذات منافذ الحقن لهذه التطبيقات.
- اختبار القبول عند الشراء وتقييم المخاطر (تحليل نمط الفشل والتأثيرات "FMEA" لتحديد احتمالية حدوث أخطار في التوصيل عند شراء قساطر وأنابيب جديدة

الغرض

- ضمان الأمان والسلامة للمريض طوال فترة تركيب جميع الوصلات المتصلة بالمريض والتأكد من سلامة الوصلات والبيانات التي يجب وضعها على الوصلة

التعريفات

1) تتبع الوصلة

أي تتبع الوصلة من المريض حتى نقطة الانتهاء من الوصلة للمريض

2) التوصيل الخاطئ للقساطر والأنابيب

سوء توصيل او انفصال الوصلات المتصلة بالمريض

انفكاك القساطر:

انفصال الوصلات أو القساطر المتصلة بالمريض عن طريق الخطأ سواء تم اكتشافه قبل وقوع ضرر على المريض أو لا.

على وشك الحدوث:

اكتشاف مباشر للقساطر المفككة. ولا ينتج عن ذلك وقوع ضرر للمريض.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

أنواع الأنابيب والقساطر على سبيل المثال وليس الحصر

- القساطر الوريدية الطرفية والمركزية.
- أنبوبة الصدر.
- الرايل.
- الأنبوبة الحنجرية.
- القسطرة البولية.
- أنبوبة كلى خارجية.
- درنقة (أنابيب التصريف).
- الوصلة الشريانية.
- وصلات الغسيل البريتوني.
- توصيلات جهاز التنفس الصناعي
- قسطره بروتاكاس
- الشق الحنجري
- وصلات الأكسجين.

إجراءات العمل

- يوجد نموذج التأكد من سلامة الوصلات بكل قسم لجميع القساطر والأنابيب موضحا فيها:
  - التأكد من سلامة التركيب.
  - ميعاد نزع الوصلة أو الحالات التي يجب فيها نزع الوصلة أو تغييرها بأخرى.
- يقوم فريق التدريب بتدريب جميع التمريض عن كيفية التعامل مع جميع الوصلات والتأكد من إتقان المهارات التمريضية.
- تقوم الممرضة بترتيب الوصلات والقساطر بحيث تبعد عن بعضها
- تقوم مسئول القسم بمتابعة التمريض وتقييمه والتأكد من قدرته على التعامل الآمن مع جميع الوصلات المتصلة بالمريض.
- يقوم الطبيب قبل تركيب الوصلة أو القسطرة بفحصها من الجزء الذي يتم به الإدخال حتى نهاية الوصلة للتأكد من سلامة الوصلة.
- يقوم الطبيب بإتباع إجراءات التركيب السليمة طبقا لنوع الإجراء وسياسات مكافحة العدوى.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- يقوم الطبيب بالتأكد من الإدخال السليم ومن أن الوصلة أو القسطرة تعمل جيدا وفى المكان السليم على سبيل المثال وليس الحصر التصوير بالأشعة كما في تركيب القسطرة الوريدية المركزية.
- يقوم الطبيب بتثبيت الوصلة أو القسطرة التي تم تركيبها بما يضمن عدم فكها وسهولة التعامل معها.
- يتم تمييز الوصلة التي تم تركيبها بواسطة القائم بتركيب الوصلة سواء كان الطبيب أو التمريض بوضع عنونة عليها تحتوي على (تاريخ التركيب نوع القسطرة، القائم بالتركيب, وقت التركيب).
- في حالة وجود أكثر من درنقة خارجة من الجرح يكتب المكان الذي تخرج منه هذه الدرنقة وتحديد (يمين أو يسار) بواسطة الطبيب.
- إعلام المريض أو ذويه أو أي من العاملين في غير الفريق الطبي في حالة وجود أي انفكاك للوصلة أو القسطرة الإبلاغ فورا لطلب المساعدة
- تقوم الممرضة المسؤولة بمتابعة التركيبات والوصلات المتصلة بالمريض وملاحظة أي انفكاك أو تغير في مكان تركيب الوصلات وتسجيل ذلك يوميا بنموذج متابعة التركيبات والوصلات.
- يتوجب على الممرضة تتبع كل الوصلات للتأكد من عدم وجود أي ثنيات والتأكد من صحة التركيب قبل إعطاء أي دواء وقبل وبعد عمل أي إجراء طبقا للسياسة الخاصة بكل نوع.
- يتم كتابة القائم بالتركيب على الوصلات الداخلية للمريض واي من الوصلات خارجه من المريض يتم كتابة اسم المريض رباعي ورقم الموحد والقائم بالتركيب
- في حالة تركيب أي من الوصلات عالية الخطورة مثل(epidural،Arterial ، intrathecal).
- يقوم المسئول عن التركيب بتمييز الوصلة عالية الخطورة باللون الاحمر

انواع الوصلات

اسم الوصلة	المسئول عن التركيب
القساطر الوريدية الطرفية	الأطباء والتمريض
القساطر الوريدية المركزية	الاطباء
انبوبه صدريه	الأطباء

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

انبوبه حنجريه	الأطباء
انبوبه كلويه	الأطباء
توصيلات جهاز التنفس الصناعي	الأطباء والتمريض
درنقه	الأطباء
القسطرة البولية	الأطباء
انبوبه شق حنجري	الأطباء
قسطره معديه	الأطباء

- في حالة انفكاك أي من الوصلات أو القساطر يتم كتابة تقرير حدوث واقعة طبقا لسياسة رفع تقرير عن واقعة.
- أثناء عملية التسليم والتسلم (Handover) بين نوبتجيات التمريض، أو عند نقل المريض من قسم لآخر (مثل النقل من الإفاقة للقسم الداخلي)، يجب على الممرضة المسلّمة والمستلمة القيام بتتبع ومراجعة (Reconciliation) لجميع الوصلات والقساطر الموجودة بالمريض (من المنشأ إلى الطرف) كجزء أساسي من عملية التسليم، والتأكد من تثبيتها وتوصيلها بشكل صحيح وتوثيق ذلك.

ملحوظة

- يمنع التعامل مع الوصلات أو إعادة التركيب في غرفة مظلمة لتجنب التوصيل الخطأ.
- يتم الالتزام بمدد التركيب للوصلات كما في نموذج الترصد اليومي للتركيبات والجروح.
- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل والإبلاغ عن البيانات المتعلقة بعملية توصيل القساطر والأنابيب.

مؤشر الأداء: معدل حوادث الوصلات =

- $\frac{\text{عدد المرضى الذين تم اتخاذ إجراءات الحماية من التوصيل الغير سليم من القساطر}}{\text{إجمالي عدد المرضى الذين يجب اتخاذ إجراءات حمايتهم من توصيل الغير سليم للقساطر والانابيب}} \times 100$

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

المصدر:

- نموذج تجميعي لمتابعة أداء تطبيق معايير سلامة المريض.
- نموذج متابعة التركيبات للعدد الكلى بالملف الطبي.

الهدف: صفر %

- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية توصيل القساطر والأنابيب.

المسئول عن التنفيذ

- أعضاء هيئة التمريض.
- الأطباء.

النماذج

- نموذج متابعة التركيبات.
- دليل إرشادي لجميع القساطر والأنابيب.
- نموذج أحداث غير متوقعة.
- نموذج التثقيف الصحي
- نموذج ملاحظات التمريض

الاختصارات

- Sednawy Hospital Global Safety Requirement SH.GSR.09:

المراجع

- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

معايير ذات صلة

- Organization Governance and Management (OGM.10)
- Access.Continuity.and Transition (ACT.08)

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع:
مستشفى :

اسم المريض : .....
رقم الملف الطبي للمريض : .....
القسم المعالج : .....

جدول متابعة التركيبات

تاريخ الدخول: / /

التركيبات :

1- كانيولا طرفية 2- CVP 3 - قسطرة بولية 4 - أنبوبة حنجرية
5- أنبوبة صدرية 6- أنبوبة رايل 7- كانيولا شرياني 8- أخرى

النوع	مكان التركيب	تاريخ التركيب	ساعة التركيب	توقيع القائم بالتركيب	تاريخ التغيير	ساعة التغيير	سبب التغيير	توقيع القائم بالتغيير

MR **Nu** 7

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

أسم المريض : .....

فرع:

رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفى:

القسم المعالج : .....

ملاحظات التمريض

التاريخ :...../...../.....

التشخيص :.....القسم:..... الطبيب المعالج :.....

الوقت	الملاحظـــــــــــــات	التوقيع
	الوضع الحالي للمريض Situation	
	O واعي O غير واعي O واعي وداخل حيز الخطورة لفقدان الوعي	
	الوصلات O لا O نعم نوع الوصلات :	
	ما تم خلال الشيفت Background	
	تقييم المريض Assessment يتم الرجوع لنموذج اعادة التقييم التمريضى اليومي	
	توصيات الشيفت القادم Recommendation	

توقيع التمريض المسلم :..... توقيع التمريض المستلم :.....

MR.NR.1-1 التاريخ :...../...../..... الوقت: .....

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

التثقيف الصحى للمريض

التاريخ : / / القسم : .....

تقييم مبدئى للاحتياجات التعليمية للمريض / الأسرة (هذا الجزء يملأ بمعرفة التمريض)

-التعليم :

☐ مؤهل عالى ☐ مؤهل متوسط ☐ يقرأ ويكتب ☐ أمى

-الحالة النفسية والقابلية للتعلم : ☐ يريد ويستجيب ☐ لا يريد ولا يستجيب

-عوائق للتثقيف :

☐ عضوية (السمع – الكلام) ☐ معرفية (مستوى الذكاء والإستيعاب)

- بناءآ على المعلومات السابقة سيتم تقديم التثقيف لـ ☐ المريض ☐ الأسرة

- طريقة التثقيف : ☐ شفاهة ☐ مكتوبة

☐ أخرى (اذكر) .....

- شرح من قبل كوادر أخرى . (حدد) : .....

.....

شرح من قبل الطبيب	تـم	التـوقـيـع
هل تم شرح التشخيص الطبى ؟		
هل تم شرح طريقة العلاج والأثار الجانبية ؟		
هل تم شرح الاجراءات والفحوصات المطلوبة قبل اجراءها ؟		
هل تم شرح التفاعل الدوائى الغذائى ؟		
التاهيل الوظيفى (العلاج الطبيعى) عند الحاجة		
هل هناك حاجة لحضور برنامج تثقيفى اضافى ؟		
هل تم شرح تعليمات الخروج والمتابعه ؟		
هل تم شرح واستيعاب وفهم تعليمات الخروج والمتابعة ؟		
شرح من قبل التمريض		
هل تم شرح اهمية ارتداء اسورة التعريف ؟		
هل تم شرح تعليمات العناية بالقساطر والوصلات؟		
هل تم شرح احتياطات منع خطر السقوط؟		
هل تم شرح اجراءات الوقاية من قرح الفراش؟		
شرح النظام الغذائى و تقليل المخاطرمثل التدخين وأهمية الرياضة والنظام الغذائى		

تم شرح التثقيف الصحي :

توقيع المريض : ..... التاريخ : / / الوقت : .....

MR.Inp.Dr.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

نموذج الأحداث غير المتوقعة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : .....

مستشفى : .....

OCCURRENCE VARIANCE REPORT (OVR)

(.....) OVR Code No.

THIS FORM SHOULD BE FORWARDED TO THE QUALITY DEPARTMENT WITHIN 72 HOURS

يجب أن يسلم النموذج لقسم الجودة في خلال 72 ساعة

Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (اختياري)		Department: القسم	
Reported by Signature: توقيع المبلغ		Date of Reporting: تاريخ التبليغ	

INDIVIDUAL OR MEMBER OF STAFF INVOLVED (Tick One or More)

☐ Nurse ممرضة	☐ Physician طبيب	☐ Administrative إداري	☐ Patient مريض
☐ Nursing Aid مساعدممرضة	☐ Technician فني	☐ Security فرد امن	☐ Other اخرى

OCCURRENCE INFORMATION

Date of Incident تاريخ الحادث		Time of Incident وقت وقوع الحادث		Location/Unit الوحدة/المكان	
Name of Person Involved اسم الشخص المعني		Patient I.D: رقم الملف الطبي		☐ Female انثى	☐ Male ذكر

Briefly describe the incident/ occurrence and attach the supporting data when applicable

وصف ملخص للحدث مع الدعم بمستند اذا امكن

Immediate Corrective Action taken: To be completed by involved/concerned department

الإجراء التصحيحي المتخذ : يتم كتابتة من قبل الشخص المسئول

Suggested Preventive Action: To be completed by the concerned Head of Department for follow up

الإجراء التصحيحي المقترح : يتم كتابتة من قبل رئيس القسم المختص

Name الاسم-: ..... Date التاريخ:..... Time الوقت..... Signature التوقيع:.....

O.V.R. 1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : .....

مستشفى : .....

يتم كتابتة بواسطة الجودة

CLASSIFICATION OF OCCURRENCE VARIANCE:		
PATIENT CARE ISSUES	**SENTINEL EVENT**	**MEDICATION ERROR**
❑ Complication following procedure	❑ Unanticipated death not related to the natural cause of illness	Medication's Name: __ ❑ Wrong Drug Wrong Dose ❑ Wrong Time Wrong Route ❑ Wrong Patient Missed Dose ❑ Drug not given I.V.infiltration ❑ Expired Drug
❑ Procedure delay	❑ Major permanent loss of function	
❑ Patient care delay	❑ Wrong-site of surgery	
❑ Use of Blood/Blood Products e.g. Blood Reaction	❑ Wrong-procedure / surgery	
❑ **Pressure ulcer** Community Hospital	❑ Wrong-patient surgery	❑ Delay in order to pharmacy ❑ Delay in order to pharmacy
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
IPSGS	**COMMUNICATION**	**DOCUMENTATION OR RECORDS**
❑ Patient Identification	❑ Property loss – Staff Patient	❑ Health record unavailable or delayed
❑ Fall or Found on Floor	❑ Behavioral – Staff Patient	❑ Illegible entry or order
❑ Transfer/ Handover Communication	❑ Ethical	❑ Incomplete or inaccurate documentation
❑ Safe Surgery	❑ Patient Complaint	
❑ Reduce Risk of Infection (hand- hygiene guidelines)		
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
FMS	**EQUIPMENT**	**PCI**
❑ Fire Alarm Theft ❑ Smoking Environmental	❑ Equipment use related	❑ Sharps /Needle Stick Injury
❑ Breakdown of doors		❑ Isolation Violation
❑ Safety and Security		
❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**	❑ **Others, Specify:**
Others not classified above, Specify:		

- **This Event is considered:** ❑ Sentinel ❑ Adverse ❑ Near Miss
- **Risk Score / Degree of Harm/Injury:** ( ) نتيجة تقييم خطورة الحدث

QUALITY DEPARTMENT RECOMMENDATION توصية إدارة الجودة

Quality Manager Signature : **Date:** **Time :**

Follow-up Status of action taken: متابعة حالة الإجراء المتخذ

☐ Appropriate & complete كامل ومناسب ☐ Inappropriate & incomplete كامل وغير مناسب

☐ No further action required ليس هناك إجراء مطلوب ☐ Other أخرى.....

O.V.R. 2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.10.ICD.22		
عنوان السياسة	سياسة الاستجابة السريعة للحالات الحرجة		
تاريخ الإعداد	1/3/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	تاريخ الاعتماد	15/3/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	5
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة		اعتماد
رئيس قسم العناية المركزة د/ محمد عبد الفتاح رئيسة التمريض م/ هيام محمود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د / إيمان سامي		مدير المستشفى د/ وسام وهيبه

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوى

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- يلتزم الفريق الطبي بمستشفى صيدناوى بتنفيذ عملية موحدة للتعرف والاستجابة السريعة لتدهور حالة المرضى الأطفال والبالغين 24 ساعة يوميا 7 أيام أسبوعيا وفقاً لمعايير موثقة تشير إلى الإنذار المبكر لتدهور الحالة المرضية للمرضي (NEWS).
- يلتزم جميع العاملين بمستشفى صيدناوى بتفعيل نداء RRT لاستدعاء الفريق المسئول للتعامل مع حالات التدهور السريع وتوقف القلب في جميع أنحاء المستشفى.

الغرض

- تقديم الإرشادات المناسبة للفريق الطبي عن كيفية التعامل مع المرضي في حالات التدهور السريع وتوقف عضلة القلب وذلك للحفاظ علي حياة المرضي.
- التعرف على حالة المريض المتدهورة في الوقت المناسب وتقديم الرعاية الملائمة في الوقت المناسب.
- تحسين نتائج الرعاية المقدمة للمرضى والتقليل من احتمالية النقل الرعايات المركزة.

التعريفات

نموذج الإنذار المبكر لتدهور المرضي: (NEWS)

- هو أداة تستخدم للاكتشاف المبكر لتدهور حالة المريض الطبية طبقا لمؤشرات إكلينيكية محددة.

إجراءات العمل

- يتم اختبار نظام الاستدعاء بشكل مفاجئ من قبل مدير القسم/ مسئول الجودة بالمستشفى للتأكد من استجابة الأطباء والتمريض للنداء وحساب الوقت بين الاستدعاء والاستجابة كنوع من تقييم الأداء داخل القسم مع رفع النتائج إلى مدير المستشفى.

كفاءة الفريق الطبي:

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

- الفريق الطبي بالرعاية مدرب على الاستجابة السريعة والفورية عند الاستدعاء ويجب على جميع أفراد الفريق الطبي المتواجد بالغرفة التي بها حالة الطوارئ والتعامل مع الحالة طبقا لسياسة الإنعاش القلبي الرئوي.
- أفراد هيئة التمريض مدربين على استخدام NEWS للكشف المبكر لتطور حالة المريض الطبية.

نظام الاستجابة السريعة تدهور حالة المريض الإكلينيكية خارج العنايات المركزة:

يطبق نظام الاستجابة السريعة بالأقسام الداخلية ولا يطبق في العنايات المركزة والطوارئ والعيادات الخارجية.

كيفية اكتشاف تدهور حالة المريض:

- تقوم ممرضة الحالة بتقييم المريض باستخدام نموذج الإنذار المبكر(NEWS) للمرضى البالغين والأطفال عند دخول المريض ثم تقوم بإعادة التقييم حسب درجة أخر تقييم.
- تقوم بحساب مجموع الدرجات التي يتم الحصول عليها بناء على مجموع العناصر الموجودة بالنموذج:
  - درجة الحرارة.
  - ضغط الدم الانقباضي.
  - معدل ضربات القلب.
  - نسبة تشبع الأكسجين.
  - معدل التنفس.
  - درجة الوعي.
- تقييم البالغين بناء على مجموع الدرجات يتم إتباع الآتي:
  - الدرجة 0 -4: إعادة التقييم كل 6 ساعات.
  - الدرجة 5 -6: إبلاغ الطبيب المعالج لتقييم المريض وإعادة تقييم المريض كل ساعة بواسطة الممرضة.
  - الدرجة ≥ 7 أو 3 في أي جزئية: يتم تفعيل كود RRT واستدعاء طبيب القسم.
  - ويضاف درجتين لو المريض البالغ موصل بالأكسجين.
- تقييم الأطفال بناء على مجموع الدرجات يتم إتباع الآتي:

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- الدرجة 0 - 2: إعادة التقييم كل 6 ساعات.
- الدرجة 3 - 4: حالة الطفل تسوء ولكن لا يحتاج مساعدة فورية ويمكن أن تتغير الخطة الطبية ويتم عمل متابعة المريض وإعادة تقييم المريض كل ساعة ولمدة ساعتين واستدعاء الطبيب المعالج خلال 60 دقيقة.
- الدرجة 5: حالة الطفل متدهورة وخطيرة ويتم تقديم المساعدة للطفل فورا، كما يتم تفعيل كود RRT ويتم إعادة التقييم كل 30 دقيقة ولمدة ساعتين واستدعاء الطبيب المعالج خلال 10 دقائق.
- الدرجة + 6: يتم تفعيل كود RRT ويتم تحويل المريض إلى الرعاية المركزة فورا وإعادة التقييم كل 20 دقيقة ولمدة ساعة واستدعاء الطبيب المعالج فى نفس اللحظة.
- يضاف درجتين للطفل المستخدم نيبولايزر، التشفيط واستمرار الترجيع بعد الجراحة.

استدعاء فريق الاستجابة السريعة:

- تقوم الممرضة أو أحد أفراد الفريق الطبي بالاتصال بالسويتش لعمل نداء CODE RRT استدعاء فريق الاستجابة السريعة(ويذكر القسم ورقم الغرفة المراد الانتقال اليها).
- يقوم موظف السويتش بتفعيل النداء مرتين لمدة 3مرات وبين كل مرة 30 ثانية علي الأقل بالاتصال على أرقام التليفونات الخاصة بالفريق.
- إذا لم يحضر الفريق خلال 15 دقيقة يتم الاتصال بالمدير المناوب .
- في حالة عدم إتاحة السويتش تقوم الممرضة باستدعاء الفريق بالاتصال بقسم الرعاية المركزة.
- يتكون فريق الاستجابة السريعة من طبيب الرعاية المركزة، طبيب القسم، ممرضة الرعاية المركزة، الممرضة المسئولة عن الحالة.
- الإجراءات التي يتخذها فريق الاستجابة السريعة:
  - يتم تقييم حالة المريض ومراجعة نموذج الإنذار المبكر لتدهور المريض.

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

- أخذ ملخص عن حالة المريض الطبية (التشخيص الطبي، الحساسية، التاريخ المرضي، الأدوية الحالية وآخر جرعة تلقاها المريض آخر وجبة تلقاها المريض، التدخلات التي تمت فعليا ونتائجها، الفحوصات التي تمت ونتائجها).

- يقوم الفريق بالتعامل مع حالة المريض المتدهورة من خلال (توصيل المريض بالأكسجين وإعطاء المحاليل والعلاج المناسب أو إجراء أي تدخل للمريض حسب أوامر قائد الفريق).

- يتم تقييم الحالة مرة أخرى ويحدد قائد الفريق (طبيب الرعاية المركزة) إذا كانت تحول إلي قسم الرعاية المركزة أو يتم متابعتها داخل القسم حسب حالة المريض الإكلينيكية.

- يقوم الفريق بتسجيل نموذج الاستجابة السريعة وتوضع نسخة بملف مؤشر الأداء: معدل كفاءة فريق التدخل السريع فى المستشفى =

$$\frac{\text{عدد المرات التى تم وصول فريق التدخل السريع فى الوقت المحدد وفقا للسياسة خلال الشهر}}{\text{عدة مرات استدعاء فريق التدخل السريع فى خلال نفسه الشهر}} X\ 100$$

- المصدر: تقارير فريق التدخل السريع.

- الهدف: 100% من الحالات وصل فيها الفريق في الوقت المحدد

- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية الاستجابة السريعة لتدهور المرضى.

المسئول عن التنفيذ

- الأطباء.
- التمريض.
- موظف السويتش.

النماذج

- نموذج الإنذار المبكر لتدهور المرضى بالأقسام الداخلية.
- نموذج تقرير فريق الاستجابة السريعة.

- نموذج الكود بلو.
- نموذج لجنة الوفاة و المضاعفات

الاختصارات

- SH.GSR.10:Sednawy Hospital Global Safety Requirements
- RRT: Rapid Response Team
- NEWS: National Early Warning Signs

المراجع

- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025
- Institute for Health Improvement .Retrieved on April 18, 2017 from\care\intensivecare\changes\establish rapid www.ihi.org\IHI\Topics\Critical Response Team.htm.joint commission international2017

المعايير ذات صلة

- ICD.06 (INTEGRATED CARE DELIVERY) MEDICAL PATIENT ASSESSMENT
- ISC.07 (INTEGRATED CARE DELIVERY) NURSING PATIENT ASSESSMENT
- CSS .07(CRITICAL AND SPECIAL CARE SERVICE) CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

نموذج لجنة المضاعفات والوفيات (رعايات)

الفرع: المستشفى : التاريخ:

اسم المرض:		الرقم الطبي:	قسم الدخول:
وقت الدخول:	تاريخ الدخول:	السن:	تاريخ الوفاة: / وقت الوفاة:
التشخيص عند الدخول:			القسم الذي تمت به الوفاه:
التشخيص النهائي:		الطبيب الاستشاري:	الطبيب المعالج:
طريقة الدخول: ○ زيارة ○ طوارئ		APACHE SCORE	وفيات أقل من 24 ساعة ○ نعم ○ لا
تاريخ تحويل الحالة للرعاية: (في حالة تحويل المريض)		أقسام أخرى:	وقت التحويل:

الحالة عند الدخول أو العرض السريري:

الأمراض المزمنة والمصاحبة:

النتائج الحرجة (المعامل / الاشعة / علامات حيوية):

ملخص الحالة قبل الوفاة:

الأدوية والخطة العلاجية:

الأسباب التي أدت للوفاة:

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

نموذج الإنذار المبكر لتدهور المرضي(EWS(Early Warning Score							
العلامات الحيوية	3	2	1	0	1	2	3
معدل التنفس	≤8		11-9	20-12		24-21	≥25
SPO2	≤91	93-92	95-94	≥96			
النبض	≤40		50-41	90-51	110-91	129-111	≤131
الحرارة	≤35		36-35,1	38-36,1	39-38,1	≥39,1	
ضغط الدم الانقباضى	≤90	100-91	110-101	199-111		≥200	≥220
مقياس الوعى APVU	V.P.orU			واعى			

The action of the Assigned Nurse according to the patient's score
الأجراءات التى يتبعها التمريض عند تقييم المريض طبقا لدرجة التقييم

• اذا كان مجموع الدرجات لأكثر من علامة حيوية تساوى(٠-٤) ** تقوم الممرضة المسئولة عن المريض بإعادة تقييم المريض كل ٦ ساعات	
• اذا كان مجموع الدرجات لأكثر من علامة حيوية تساوى (٥-٦) ** ويتم ابلاغ الطبيب المعالج لاعادة تقييم المريض تقوم الممرضة المسئولة عن المريض بإعادة تقييم المريض كل ساعة	• اذا كان مجموع الدرجات لأكثر من علامة حيوية أكبر من أو يساوى ٧ • اذا كانت درجة ملاحظة حيوية واحدة تساوى (٣) **تقوم الممرضة المسئولة بتفعيل RRT ثم تقوم بإبلاغ الطبيب المعالج
• The assigned nurse should call RRT directly based on any of the following: • تقوم الممرضة المسئولة بتفعيل فريق RRT في الحالات الأتية:	
Airway	اختناق
Breathing	معدل التنفس اقل من ٨ أو أعلي من ٢٥ في الدقيقة (أقل من ١٨ من سن ٣ الي ٦ سنوات)
Circulation	تغيير حاد في ضغط الدم الانقباضي ليصبح أقل من 90 mmHg او يقل 40mmHg عن الضغط المعتاد تغيير حاد في معدل ضربات القلب لتصبح اقل من ٤٠ أو أعلي من 130bpmأو تغيير في نظم القلب
Disability	تغيير في وعي المريض (GCS)
Others	•تشنجات جديدة أو غير متوقعة •تفاعلات الادوية (رعشة – دوخة –غثيان – قئ – احمرار بالجلد – الحكة) •تفاعلات الدم أو مشتقاته (صداع – احمرار الوجه- الحكة – انخفاض الضغط – رعشة – سخونية- الم في الصدر) •تغير واضح في لون جلد المريض (شحوب او بداية ازرقاق في الوجة او الفم او الأطراف) •نزيف حاد

MR.Inp.Dr.2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفي :

اسم المريض:..... .....

رقم الملف الطبي للمريض: .....

القسم المعالج : .....

نموذج تقرير فريق التدخل السريع Rapid Response Team

الشخص الذي استدعي الفريق:	المكان:	التاريخ:	وقت الإكتشاف	وقت الإستدعاء	وقت الوصول
....	.....	/ /			

العلامات الحيوية قبل استدعاء الفريق (خلال اخر ٦ ساعات)

Temperature	RR	HR	BP	Time	Date

أسباب الاتصال بفريق RRT:

- ☐ معدل ضربات القلب (اكثر من ١٣٠ او اقل من ٤٠) أو تغيير جديد في نظم القلب
- ☐ ضغط الدم الانقباضي (اكثر من ٢٢٠ أو اقل من ٩٠)
- ☐ معدل التنفس (اكثر من ٢٥ أو اقل من ٨)
- ☐ تغيير مفاجئ في درجة الوعي
- ☐ تشنجات جديدة أو غير متوقعة
- ☐ نزيف حاد
- ☐ اختناق
- ☐ درجة الحرارة اقل من ٣٥ درجة أو اكبر من ٣٩,١ درجة
- ☐ أخري.....

Patient History:(يملأ بواسطة الطبيب المعالج)

.....
.....
.....

Assessment: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)

.....
.....
.....

Patient follow up within (4 hrs) of RRT activation:

Follow up (4 hrs.):

.....
.....
.....
.....

Intervention/Investigation needed : (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)

.....
.....
.....

Vital Signs يملأ بواسطة ممرض العناية :

Time	BP	HR	RR	Temp.

Medication / supplies: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Outcome: يملأ بواسطة طبيب الرعاية

- ☐ Stay at the room
- ☐ Transfer to ICU
- ☐ Transfer to OR
- ☐ Activate Code Blue team

Recommendation: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)

.....
.....
.....

طبيب الرعاية: ..... التوقيع:.....

طبيب الحالة: ..... التوقيع: .....

ممرض العناية :..... التوقيع: .....

ممرضة الحالة:..... التوقيع: .....

يتم عمل نسختين (اصل + صورة)الأصل تحفظ بملف المريض والنسخة الاخري يقوم مشرف القسم بتسليمها الى قسم الجودة.

MR.Inp.Dr.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

(Pediatric Rapid Response Team Report)

نموذج تقرير فريق التدخل السريع للأطفال

الشخص الذي استدعي الفريق:	المكان:	التاريخ:	وقت الإكتشاف	وقت الإستدعاء	وقت الوصول
.....	.....	/ /			

العلامات الحيوية قبل استدعاء الفريق (خلال اخر ٦ ساعات)

Date	Time	BP	HR	RR	Temperature

Normal vital signs according to age

Age Group	Preterm	Newborn (0 to1 Month)	Infant (1 to12 Month)	Toddler (1to 3 Years)	Preschool (3 to 6Years)	School Age (6 to 12Years)	Adolescents (12+ Years)
Respirations	50-70	35-55	30-40	20-30	20-30	18-24	14-22
Heart Rate	120-180	100-160	80-140	80-130	80-110	70-100	60-90
Systolic BP	40-60	50-70	70-100	70-110	80-110	80-120	100-120

أسباب الاتصال بفريق RRT :

- ☐ تغيير مفاجئ في درجة الوعي
- ☐ تشنجات جديدة أو غير متوقعة
- ☐ نزيف حاد
- ☐ اختناق
- ☐ درجة الحرارة اقل من ٣٥ درجة أو اكبر من ٣٨,٥ درجة
- ☐ أخري.....

Assessment: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)
.....
.....
.....

Patient History: (يملأ بواسطة الطبيب المعالج)
.....
.....
.....

Intervention/Investigation needed: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)
.....
.....
.....

Patient follow up within (4 hrs) of RRT activation:
Follow up (4 hrs.):
.....
.....
.....
.....

Medication / supplies: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vital Signs : يملأ بواسطة ممرض العناية

Time	BP	HR	RR	Temp.

Outcome: يملأ بواسطة طبيب الرعاية

- ☐ Stay at the room
- ☐ Transfer to ICU
- ☐ Transfer to OR
- ☐ Activate Code Blue team

Recommendation: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)
.....
.....
.....

طبيب الرعاية: ..... التوقيع:.....
طبيب الحالة: ..... التوقيع: .....
ممرض العناية :..... التوقيع: .....
ممرضة الحالة:..... التوقيع: .....

يتم عمل نسختين (اصل + صورة)الأصل تحفظ بملف المريض والنسخة الاخري يقوم مشرف القسم بتسليمها الى قسم الجودة.

MR.Inp.Dr.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

PEWS(pediatric Early Warning Score

نموذج الانذار المبكر لتدهور الأطفال

Score	القلب Cardiovascular	التنفس Respiratory	السلوك Behavior
0	▪ لون البشرة وردي ▪ اعادة امتلاء الشعيرات الدموية ١-٢ثانية	▪ تنفس طبيعي ▪ لاتوجد صعوبة بالتنفس ▪ يتنفس هواء الغرفة	▪ الطفل يلعب وينام بشكل طبيعي
1	▪ لون بشرة باهت ▪ اعادة امتلاء الشعيرات الدموية ٣ثواني	▪ صعوبة تنفس بسيطة ▪ اكسجين ٢لتر/دقيقة او ٣٠% ▪ معدل التنفس ١٠ اكثر من المعدل الطبيعي	▪ الطفل مضطرب او منزعج
2	▪ لون البشرة رمادي (داكن) ▪ اعادة امتلاء الشعيرات الدموية ٤ ثواني ▪ زيادة ضربات القلب الي ٢٠ اكثر من المعدل الطبيعي	▪ صعوبة متوسطة في التنفس ▪ اكسجين ٤لتر/دقيقة او ٤٠% ▪ معدل التنفس ٢٠ اكثر من المعدل الطبيعي	▪ الطفل منزعج بشكل اكبر ▪ يشعر بالالم
3	▪ لون بشرة داكن جدا ▪ اعادة امتلاء الشعيرات الدموية ٥ او اكثر ▪ لون البشرة مبقع ▪ زيادة ضربات القلب الي ٣٠ اكثر من المعدل الطبيعي او نقص ضربات القلب	▪ صعوبة شديدة في التنفس ▪ اكسجين ٥ لتر في الدقيقة او ٥٠% ▪ معدل التنفس ٣٠ اكثر من المعدل الطبيعي	▪ الطفل في حالة خمول شديد ▪ عدم الاستجابة للالم بشكل جيد
	Total	يتم اضافة Score 2 للطفل المستخدم Nebulizer, التشفيط او استمرار الترجيع بعد الجراحة	

The action of the Assigned Nurseaccording to the patient's score

الأجراءات التى يتبعها التمريض عند تقييم الطفل طبقا لدرجة التقييم

0-2	يشير الي عدم التغيير في حالة الطفل واستمرارية الخطة الطبية الموضوعة كما هي ويتم اعادة التقييم كل ٦ ساعات A score of 0-2 indicates no change in a child's status and regular rounding is acceptable. The plan of care will be continued as is.
3-4	يشير الي ان حالة الطفل تسوء ولكن لا يحتاج لمساعدة فورية ويمكن ان تتغير الخطة الطبية ويتم عمل متابعة للحالة واعادة التقييم كل ٦٠ دقيقة ولمدة ساعتين ويتم استدعاء الطبيب المعالج خلال ٦٠ دقيقة Indicates that a child's care is worsening but they don't need immediate assistance. The plan of care may change or continued close monitoring will be initiated.
5	يشير الي ان حالة الطفل متدهورة وخطيرة ويجب تقديم المساعدة للطفل فورا ويتم تفعيل كود RRT ويتم اعادة التقييم كل ٣٠ دقيقة ولمدة ساعتين ويتم استدعاء الطبيب المعالج خلال ١٠ دقائق The child's status deteriorating and a change in the plan of care is needed to improve outcomes. This is an urgent situation that requires close monitoring and the involvement of other disciplines.
6+	يشير انه لابد من تدخل سريع وفوري للطفل ويتم تفعيل كود RRT ويتم تحويله الي الرعاية المركزة ويتم اعادة التقييم كل ٢٠ دقيقة ولمدة ساعة ويتم استدعاء الطبيب المعالج في نفس اللحظة There are severe consequences if quick intervention is not established, including possible permanent damage or death. A child with a PEWS score of 6+ will mostly be transferred to a PICU to receive the level of critical care they need to improve outcomes with a staff

مستشفى صيدناوي

الهيئة االعامة للتأمين الصحي

مستشفى .....

اسم المريض : .....

نموذج العلامات الحيوية للأقسام الداخلية

رقم الملف :.....

EWSنموذج الانذار المبكر

العلامات الحيوية	score	التاريخ / الساعة																					
معدل التنفس																							
12 -20	0																						
9 - 11	1																						
21 - 24	2																						
اقل من او يساوي٨/ اكبر من أو يساوي25	3																						
SPO2																							
اكبر من او يساوي96	0																						
94-95	1																						
92-93	2																						
اقل من او يساوي91	3																						
النبض																							
51- 90	0																						
41- 50 / 91- 110	1																						
111- 130	2																						
أقل من او يساوي40 / أكبر من او يساوي 131	3																						
الحرارة																							
38- 36.1	0																						
35.1- 36 / 38.1- 39	1																						
اكبر من او يساوي39.1	2																						
أقل من أو يساوي35	3																						
ضغط الدم الانقباضي																							
111-199	0																						
101- 110	1																						
91- 100 / أكبر من أو يساوى 200	2																						
أقل من أو يساوى 90/ اكبر من او يساوي 220	3																						
AVPU مقياس الوعي																							
واعي	0																						
يستجيب للألم /للكلام /غير واعي	3																						
score																							
توقيع الممرضة																							

يتم إضافة درجتين لو المريض موصل بالاوكسجين*

(٠- ٤) يعاد تقييم المريض كل ٦ ساعات

(٥-٦) تقوم ممرضة الحالة بابلاغ طبيب القسم لتقييم المريض

يعاد تقييم المريض بواسطة الممرضة كل ساعة

اكثر من او يساوي ٧ او ٣ في اي جزئية

تقوم الممرضة بنداء RRT

ثم تقوم باستدعاء طبيب القسم

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع : .....
مستشفى : .....

Code Blue Report

اسم المريض:
رقم الملف الطبي:

Date: Time: Unit/department:

Sex: Age: Diagnosis: Mode of transfer (only in ER):

Time	Time of team arrival:		Time of CPR start:	
Type of Arrest	Respiratory Arrest: ☐		Cardiac arrest: ☐	
Respiratory Aid	Bag/Valve/Mask: ☐	LMA ☐ Size	ETT : ☐ Size	
Initial Rhythm	VF: ☐	Pulseless VT: ☐	Asystole: ☐	PEA: ☐

Time	Vital Signs				Drug Given		Defibrillation joules	ABG/Notes
	Pulse	RR	BP	Rhythm	Name	Dose		

MR . Code . Blue 1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع : .....
مستشفى : .....

Nursing Supervisor Notes:

.....
.....
.....
.....
.....

Team Leader Report:

.....
.....
.....
.....
.....

Return of spontaneous circulation (ROSC): Yes: ☐ Transferred to:..... at (Time):.....

No: ☐ Time of death:

Team Members	Names	Signature
Team Leader		
Primary Physician		
Nursing Supervisor		
Assigned Nurse		

MR . Code . Blue 2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.11.CSS.05		
عنوان السياسة	سياسة الإنعاش القلبي الرئوي		
تاريخ الإعداد	1/5/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ التفعيل	1/9/2025	تاريخ الاعتماد	10/8/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	10
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
رئيس الهيئة الطبية: د/محمد عبد الفتاح رئيسة التمريض: م/ هيام محمود عضو فريق الجودة: م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- تلتزم مستشفى صيدناوي بتوفير خدمات الإنعاش القلبي الرئوي بجميع أقسام المستشفى.
- .يلتزم جميع العاملين بالمستشفى بتفعيل نداء code blue لاستدعاء الفريق المسئول للتعامل مع حالات توقف القلب في جميع أنحاء المستشفى.

الغرض

- وضع معايير لبدء وانتهاء الانعاش القلبي الرئوي
- وضع آلية متفق عليها للتنسيق بين الفريق الطبي في المستشفى أثناء الكود بلو
- تحديد مسئوليات وأدوار كل عضو أثناء الإنعاش القلبي الرئوي
- ضمان كفاءة وفاعلية الانعاش القلبي الرئوي بواسطة فريق متخصص للإنعاش القلبي الرئوي وذلك لضمان التعامل مع حالات السكتات القلبية الرئوية بشكل آمن وفي الوقت المناسب
- لضمان توافر جميع الأدوية والمعدات واللوازم اللازمة لبدء تدابير دعم الحياة المتقدمة وضمان توحيد عربات الطوارئ في جميع أنحاء المستشفى.
- لتسهيل توثيق دقيق وكامل لحالات الكود والإجراءات المتخذة في نموذج خاص في الملف الطبي.

مجال التطبيق

- جميع اقسام الداخلي للمستشفى -وحدة الغسيل الكلوي - العيادات الخارجية-الطواري

التعريفات

- الكود الازرق(بلو): هو نداء وطلب تقديم مساعدة فورية في حالات التوقف القلبي الرئوي
- الإنعاش القلبي الرئوي: هو إجراء طبي طارئ وضروري في حالات التوقف القلبي والرئوي وذلك لمنع تلف خلايا المخ الدائم والحفاظ على حياة المريض

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- التوقف القلبي الرئوي: هو الفقد الكامل والمفاجئ لجميع وظائف القلب/ التنفس
- دعم الحياة الأساسية :(BLS) يشمل العناصر التالية التقييم الأولي للمريض -الحفاظ على مجرى الهواء ساريا -إعطاء تنفس انقاذي الضغطات الصدرية (CPR)
- الإنعاش القلبي المتقدم :(ALS) يشمل بالإضافة إلى دعم الحياة الأساسية على استخدام الأدوية ومعدات التتيب أثناء الإنعاش القلبي الرئوي
- فريق الكود بلو: هو فريق متعدد التخصصات ذو مسئوليات محددة سلفا للاستجابة لنداء الكود بلو لعمل الرعاية الطارئة الاولية والانعاش القلبي الرئوي

إجراءات العمل

- تم وضع القواعد التنظيمية للنداء لحالات الطوارئ القلبية الرئوية هي كالتالي:
  - كود بلو (الكود بلو للبالغين)
  - كود بلو اطفال (أطفال حتى 12 سنة)
  - كود بلو نساء (المرأة الحامل)
- تم وضع كراش كار موحدة للأقسام تكون عربات الكراش كار جاهزة المخزون ومكتملة باستمرار ويتم عمل مراجعة اكتمال جميع محتوياتها دوريا باستخدام قائمة التحقق من استكمال المستلزمات والأدوية
- تم تكوين فريق للكود بلو مدرب على مدار 24 ساعة/7 ايام و تم وضع مهام الفريق ومهام كل عضو في الفريق ,بحيث يكون فريق الكود بلو مسئولا عن :
  - الاستجابة للفور لجميع نداءات الكود
  - الاستجابة الموحدة للكود على مدار 24 ساعة طوال ايام الاسبوع
  - إجراء الإنعاش القلبي الرئوي وفقاً لبروتوكولات دعم الحياة المتقدمة (ACLS)للبالغين أو بروتوكولات دعم الحياة المتقدمة للأطفال (PALS).

تجهيز وتوفير خدمات الإنعاش القلبي الرئوي:

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- تقوم المشرفة المسئولة في كل قسم بمراجعة محتويات السطح ومحتويات الكراش والتأكد من أن جميع الاجهزة والمعدات الموجودة على عربة الطوارئ تعمل بكفاءة في بداية كل شفت في حالة عدم الاقفال.
- تسجيل المشرفة المسئولة نتائج المراجعة في نموذج استلام وتسليم عربة الطوارئ.
- يقوم الصيدلي المسؤول بالمرور على عربة الطوارئ والتأكد من محتوياتها وصلاحيتها مرة شهريا على الاقل.
- يتم استعاضة الأدوية المستخدمة من عربة الطوارئ فور استخدامها من الصيدلية المستشفى.
- يتم اختبار نظام الاستدعاء بشكل مفاجئ من قبل مدير القسم/ منسق الجودة بالمستشفى للتأكد من استجابة الأطباء والتمريض للنداء وحساب الوقت بين الاستدعاء والاستجابة كنوع من تقييم الأداء داخل القسم مع رفع النتائج إلى مدير المستشفى.

كفاءة الفريق الطبي

- تلتزم المستشفى (مسؤول التدريب) بتنسيق دورات تدريبية على الإنعاش القلبي التنفسي لجميع العاملين (الأطباء والتمريض) بالمستشفى بنظام اليوم الواحد كل سنتين ويمنح الحاصلين على الدورة شهادة تفيد ذلك ويختص بمتابعة حصول العاملين على الدورات رئيسهم المباشر.
- فريق الكود بلو مدرب على الاستجابة السريعة والفورية عند الاستدعاء ويجب على جميع أفراد الفريق الطبي المتواجد بالغرفة التي بها حالة الطوارئ والتعامل مع الحالة طبقا لسياسة الإنعاش القلبي الرئوي.
- ويشتمل فريق "الكود بلو " على:

- طبيب العناية (قائد الفريق) مهامه:
  - المسؤول الرئيسي عن إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي
  - إدارة البروتوكول الشامل لـ ACLS أو PALS وإعطاء الأوامر لجميع الفريق وإعطاء الأوامر لإيقاف عملية الانعاش القلبي الرئوي
  - الحفاظ على ممر الهواء مفتوح

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

- أداء CPR بالتناوب مع طبيب القسم وإدارة استخدام جهاز الصدمات الكهربائية
- يقرر الوقت الذي يتم فيه إنهاء الكود
- يتحقق من الإجراءات التي تمت
- يتحقق من موت المريض في حالة عدم نجاح الكود ويوثق ذلك في نموذج الانعاش القلبي الرئوي
- يشرف على توثيق عملية الإنعاش
- تسجيل الملاحظات والأدوية بالوقت في نموذج الكود بلو واعتماد النموذج
- يرافق المريض في سيارة الإسعاف في حالة نقله إلى العناية او الى مستشفى اخر

- طبيب القسم
  - المشاركة في عملية CPR
  - ترتيب عملية نقل وتوفير سرير بالعناية إذا لزم الأمر
  - اخبار اهل المريض بحالة المريض
  - استكمال الملف الطبي في حال وفاة المريض وكتابة تقرير الوفاة
- مشرفة تمريض القسم ومهامها:
  - الاشراف على اداء تمريض الكود بلو الآخرين
  - توثيق كل عملية الكود بلو ووقت وصول أعضاء الفريق.
  - تقوم بوضع ملاحظاتها في نموذج الكود بلو إن وجد ملاحظات
  - الإمضاء على نموذج الكود بلو وكل أعضاء الفريق واعتمادها بواسطة قائد الفريق ووضع النموذج في الملف الطبي
  - يكتب نموذج محضر فتح كراش وتسجيل الأدوية والمستلزمات واستكمال وكتابة رقم القفل المستخدم والذي تم غلق الكراش به إن وجد

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- كتابة نموذج الإبلاغ عن حادثة وتبلغ لجنة الانعاش القلبي الرئوي عن اي تأخير او سوء ادارة
- تنسق وتتواصل مع الأخصائي الاجتماعي لإبلاغ عائلة المريض عن الكود ونتائجه

- رئيسة تمريض القسم
  - تقوم بإعداد المعدات والمستلزمات الطبية في موقع الكود بلو.
  - إعداد وإدارة الأدوية وعربة الكرش كارد بالتشييك على عربة الكراش كارت الادوية والمستلزمات وعمل جهاز الصدمات الكهربائية يوميا باستخدام نموذج قائمة التحقق وتقوم الممرضة بالاستعاضة في هذه العربة فور استخدامها
  - ادارة نقل المريض مع طبيب القسم بالتواصل مع مشرفة المستشفى والمدير المناوب إذا كان المريض بحاجة إلى نقله إلى سرير الرعاية الحرجة إذا لزم الأمر.
- ممرضة العناية
  - تحضير وإعطاء العلاج وسحب العينات التي يطلبها قائد الفريق ومساعدة باقي أفراد الفريق حسب تعليمات قائد الفريق.
- موظف الامن مهامه:
  - يكون خارج منطقة الكود فورا ويتولى المسئولية تسهيل مهمة فريق الكود بلو وذلك بإبعاد جميع الزوار عن مكان الكود حسب توجيهات مشرفة التمريض
  - يجب عليه البقاء في مكان الكود حتى يأذن له قائد الفريق بالانصراف
- في حالة كود بلو اطفال يتم زيادة طبيب اطفال الى اعضاء الفريق ومهامه:
  - ضبط ومراقبة وصفة الدواء ومعدل الجرعات أثناء الإنعاش القلبي الرئوي حسب وزن وسن الطفل
  - كمية الجول اللازمة إذا تم استخدام جهاز الصدمات الكهربائية

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

- في حالة الكود بلو (نساء) للمرأة الحامل يتم اضافة طبيب النساء والتوليد إلى أعضاء الفريق (إذا كانت في قسم النساء والتوليد سيكون طبيب القسم هو طبيب النساء والتوليد)

وذلك لاتخاذ قرار ما إذا سيتم عمل عملية الولادة لإنقاذ الطفل عند تفعيل نداء الكود بلو (تفعيل الإنعاش القلبي الرئوي):

- يجب أن يقوم من اكتشف مريض في حالة توقف قلبي رئوي بما يلي:
  - التعرف على, وتقييم حالة التوقف
  - التحقق ما إذا كان الشخص واعي أو غير واعى؟
  - إذا كان يبدو غير واعي فالتأكد هل هناك نبض أم لا ثم الضغط على كتفه وهزه وسؤاله بصوت عالي هل انت بخير؟
  - النداء بصوت مرتفع لطلب المساعدة في حالة عدم استجابة الشخص
  - ملاحظة وقت التوقف القلبي الرئوي:
  - يقوم الطبيب او التمريض بتفعيل نداء الكود بلو بالاتصال بالسويتش برقم(---------) خاص بالاكواد عندما تستدعي حالة المريض ولم يستجب المريض (السكتة القلبية cardiac arrest-توقف التنفس respiratory arrest-gasping)
  - يقوم طبيب القسم أو ممرضة القسم بالبدء بعمل الانعاش القلبي الرئوي لحين حضور طبيب العناية
  - تقوم ممرضة القسم أو الطبيب بالاتصال بالسويتش لتفعيل الكود بلو حيث تقوم باخباره (اسم القسم-رقم الطابق -رقم الغرفة -نوع الكود بلو-اسم المبلغ).
  - يجب على الممرضة أو الطبيب المعالج أن يذكروا اذا كان مريض أمومة او طفل أثناء الاتصال بالسويتش للحصول على المساعدة في حالة مريض الأمومة (المرأة الحامل) او الاطفال.
  - يقوم التمريض بإحضار عربة الكراش كار الى حجرة المريض (يكون بها نموذج كود بلو).
  - يقوم عامل السويتش بتفعيل الكود بالنداء ثلاث مرات وكل مرة تكرر (كود بلو-كود بلو) باللغة العربية 30 ثانية بين كل ندا واخر (حيث يوجد رقم خاص لخط السويتش خاص بالاكواد فقط) ويتم فيها:

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- ذكر نوع الكود بلو (اطفال -نساء - كبار) في حال البالغين يكون نداء كود بلو فقط
- اسم القسم ورقم الغرفة
- مثال عامل السويتش: عندما يكون الطفل أقل من 12 سنة يتم النداء كالاتي: كود بلو اطفال قسم الأنف والأذن حجرة 4

- يقوم عامل السويتش بتوثيق مكالمات الكود في سجل به:
  - اسم القسم - التاريخ - الساعة -رقم الحجرة -اسم المبلغ-وتوقيع من عامل السويتش
  - يجب أن تكون استجابة الفريق للنداء في دقيقتين وفى حال تأخر أي عضو من الأعضاء عن الاستجابة المحددة يتم عمل نموذج أحداث غير متوقعة
- يقوم عامل الاسانسير بالذهاب فورا الى الدور الخامس لأخذ طبيب العناية إلى مكان الحادث في أسرع وقت ممكن
- يقوم طبيب العناية بالحضور وعمل CPR بالتناوب مع طبيب القسم
- يقوم طبيب العناية بإعطاء أوامر للتمريض بإعطاء الأدوية والمحاليل
- تقوم مشرفة القسم بتوثيق ما يحدث في عملية الإنعاش القلبي الرئوي والأدوية المعطاة (يجب إعادة نطق الأدوية قبل الإعطاء) والعلامات الحيوية قبل وبعد في نموذج محضر الكراش (موجود في عربات الكراش كار)
- يقوم طبيب القسم بنقل المريض إلى وحدة العناية المركزة في حال ان الانعاش القلبي الرئوي تم بنجاح وتم إنعاش المريض بنجاح
  - سيحدد قائد الفريق (أخصائي العناية المركزة) وقت التوقف عن إجراء الإنعاش القلبي الرئوي في حالة عدم نجاح الكود و المريض لا يستجيب لجميع الجهود العلاجية واعلان وفاة المريض.

- في حال عدم استجابة المريض للجهود العلاجية (وفاة المريض) يتم:
  - تعريف المتوفى بالتعريف الصحيح (سياسة تعريف المريض).
  - إعطاء الدعم النفسي والروحاني لأهل المتوفى إذا أمكن ذلك
  - فك أي توصيلات بالمتوفى

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- استكمال نموذج الانعاش القلبي الرئوي بواسطة مشرفة التمريض ويتم توقيعه من قائد الفريق وباقي أعضاء الفريق ويوضع نسخة منه في ملف المريض وعرضه على لجنة الانعاش القلبي الرئوي ويشتمل النموذج على:
- تعريف المريض رباعي الصحيح والرقم الموحد
- مكان الكود بلو
- تاريخ ووقت بداية وانتهاء الانعاش القلبي الرئوي
- نوع التوقف
- وقت استدعاء فريق الكود بلو
- وقت وصول أعضاء الفريق
- علامات الحيوية للمريض (وحسب أوامر قائد الفريق) في حال وجودها وحالة القلب
- تسلسل احداث الانعاش ويشمل عدد الصدمات الكهربائية المعطاة وجهدها
- الأدوية المعطاة ووقتها وجرعاته ومدى الاستجابة لها
- نتائج الانعاش مثل نجاح والعودة الى ايقاع القلب والتنفس الطبيعيين أو الفشل
- التخلص من اى معدات ومستلزمات استعملت للمريض
- استكمال تقرير الوفاة
- استدعاء عاملة ثلاجة الموتى لتسليم الجثمان.

- بعد الانتهاء من عملية الإنعاش القلبي الرئوي يتم استكمال نموذج الكود بلو (مشرفة القسم) والاعتماد من قبل طبيب العناية (قائد الفريق).
- تقوم الممرضة فور الانتهاء من الكود بلو باستكمال كافة الأدوية والمستلزمات المستخدمة إلى عربة الكراش كار (استعاضة الأدوية والمستلزمات المستخدمة) وارجاعها الى مكانها
- في حال حدوث حدث غير متوقع يكتب على نموذج الأحداث غير المتوقعة وإعطائه لمكتب الجودة

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

ملحوظة

- يتم تفعيل نداء بالكود بلو لإدارة الانعاش القلبي الرئوي في جميع انحاء المستشفى باستثناء الرعاية الحرجة وحجرات العمليات، حيث تتم إدارة الانعاش القلبي الرئوي بالمواقع التالية داخل المناطق الخاصة به و لا يتم الإعلان عنها بشكل عام (حيث أن جميع أعضاء الفريق متواجدين في هذه الأقسام) مالم تكن هناك حاجة إلى مساعدة إضافية حيث أن:
  - غرفة العمليات (OR) قائد الفريق هو أخصائي التخدير وطبيب القسم الجراح وتمريض العمليات ومشرفة العمليات أعضاء الفريق
  - وحدة العناية المركزة (ICU) حيث يوجد أخصائي العناية هو قائد الفريق والطبيب المقيم هو طبيب القسم والتمريض (مشرفة القسم -تمريض القسم) أعضاء الفريق
  - عناية المبتسرين NICU حيث يتواجد أخصائي عناية المبتسرين قائد الفريق-طبيب المقيم طبيب القسم -مشرفة القسم وتمريض القسم أعضاء الفريق
- يجب إعادة قراءة جميع الأدوية التي يتم إدارتها خلال الانعاش القلبي الرئوي وتوثيقها في نموذج الكود لو بعد الانتهاء من العملية بواسطة مشرفة القسم وإمضاء أعضاء الفريق واعتماد النموذج من قبل قائد الفريق ووضع نموذج الكود لو في ملف المريض الطبي

مهام فريق الجودة:

- متابعة التوثيق بسجل عامل السويتش شهريا ومطابقته بسجلات الأقسام
- عمل تقييم لعملية الإنعاش القلبي الرئوي (التأكد أن كل عضو يقوم بدوره وحضور كل عضو الوقت المحدد) وتوثيق التقييم من حيث سرعة الاستجابة وتوافر المستلزمات في نموذج تقييم ومناقشة السلبيات في لجنة الكود بلو ومناقشة الإجراءات التصحيحية

مهام لجنة الانعاش القلبي الرئوي

- التأكد أن جميع أعضاء الطاقم الطبي مؤهلون ومدربون على الانعاش القلبي الرئوي وعلى دراية بسياسة المستشفى
- تحسن عملية الاستجابة للكود وكذلك تحسن إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي لكل من الكبار والأطفال

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- تضع وتراجع وتعتمد سياسات وإجراءات الانعاش القلبي والرئوي والتي توجه لكيفية العناية بحالات التوقف القلبي
- تراجع وتقيم جميع تقارير الانعاش القلبي الرئوي
- تراقب وتطور مؤشرات لتقييم عمليات ونتائج الكود بلو
- تنظم برنامج إجباري على الانعاش القلبي

التدريب

- ❖ الشئون الطبية
- ❖ فريق الجودة
- ❖ مسؤول التدريب التمريضي

المسؤول عن التنفيذ

- ➢ موظف الامن
- ➢ عمال المصاعد
- ➢ الاطباء
- ➢ مسؤول السويتش
- ➢ التمريض

متابعة تنفيذ السياسة

- الشئون الطبية
- فريق الجودة

النماذج والمرفقات

- ➢ نموذج مراجعة الأدوية والمستلزمات (لكراش كارت)
- ➢ نموذج الكود بلو
- ➢ سجل عامل السويتش

الاختصارات:

- ICD 32 Integrated Care Delivery

المراجع

- معايير اعتماد المستشفيات الصادرة من هيئة الاعتماد والرقابة الصحية 2025

المعايير ذات صلة

- **ICD.22 Recognition and response to clinical deterorientation**
- **CSS.01 Critical care**
- **MMS.05 Emergency medication**

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

نموذج مراجعة عربة الكراش ترولى طبقا لنموذج محتويات عربة الكراش ترولى

تقوم الممرضة باستكمال النواقص من دولاب الطوارئ ودولاب الحالات الحرجة والتوقيع كل شفت

التاريخ	التوقيع		
	8 ص الى 2 ظ	2ظ حتى 8 م	8 م حتى 8 ص

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : .....

مستشفى : .....

Code Blue Report

اسم المريض:

رقم الملف الطبي:

Date: Time: Unit/department:

Sex: Age: Diagnosis: Mode of transfer (only in ER):

Time	Time of team arrival:		Time of CPR start:	
Type of Arrest	Respiratory Arrest: ☐		Cardiac arrest: ☐	
Respiratory Aid	Bag/Valve/Mask: ☐	LMA ☐ Size	ETT : ☐ Size	
Initial Rhythm	VF: ☐	Pulseless VT: ☐	Asystole: ☐	PEA: ☐

Time	Vital Signs				Drug Given		Defibrillation joules	ABG/Notes
	Pulse	RR	BP	Rhythm	Name	Dose		

MR . Code . Blue 1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع : .....
مستشفى : .....

Nursing Supervisor Notes:

.....
.....
.....
.....
.....

Team Leader Report:

.....
.....
.....
.....
.....

Return of spontaneous circulation (ROSC): Yes: ☐ Transferred to:..... at (Time):.....

No: ☐ Time of death:

Team Members	Names	Signature
Team Leader		
Primary Physician		
Nursing Supervisor		
Assigned Nurse		

MR . Code . Blue 2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

سياسات الجراحة والتخدير والتهدئة

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.14 S.A.S 05		
عنوان السياسة	وضع علامة على الموضع الجراحي		
تاريخ إعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ تفعيل	1/9/2025	تاريخ اعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	3
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
مدير الشؤون العلاجية د/ محمد مختار رئيس قسم العمليات د/ جمال لطفي	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوى

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- يلتزم أطباء الجراحة بمستشفى صيدناوى بضرورة وضع علامة مميزة توضح مكان إجراء التدخل الجراحي وذلك حفاظا على أمان المريض.

الغرض

- الحفاظ على أمان المريض بوضع العلامة لتحديد مكان التدخل الجراحي الصحيح.

إجراءات العمل

- يقوم الطبيب القائم بالجراحة أثناء تحضير المريض بالقسم بتحديد مكان التدخل الجراحي بوضع علامة واضحة مميزة (➡) على مكان العملية بواسطة ماركر ملون لا يزول باستحمام المريض أو بوضع المطهرات على الجلد.
- يقوم الطبيب بمشاركة المريض في تحديد مكان التدخل الجراحي بسؤاله عن الإجراء المطلوب ومكانه وشرح أهمية وضع العلامة.
- يقوم الطبيب القائم بالجراحة بتوثيق تحديد مكان التدخل الجراحي بكشف تحضير المريض.
- تقوم الممرضة بالقسم بالتأكد من العلامة قبل نزول المريض إلى العمليات بعد سؤال المريض أو بالإشارة بيده على مكان العملية.
- تقوم ممرضة العمليات باستلام المريض والتأكد مرة أخرى من مكان العلامة في الجزء المراد التدخل فيه.
- في حالات الطوارئ يتخذ الطبيب القائم بالجراحة قراره في عدم وضع علامة مكان الجراحة ويتوقف هذا على بصيرة الطبيب لما تستدعيه حالة المريض وتداركه لخطورة الحالة.
- في حالة ملاحظة ممرضة الاستلام بقسم العمليات عدم وجود علامة على مكان التدخل الجراحي تقوم بإخطار الطبيب القائم بالجراحة ليقوم بوضعها بحجرة الاستلام بمشاركة المريض.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- الإجراءات التداخلية والجراحات التي يتم فيها تمييز مكان الإجراء:

نوع الإجراء التداخلي	مكان العلامة
الاشعة التداخلية	يتم وضع علامة على مكان الاجراء
جراحات الأعضاء الثنائية	يتم وضع علامة على مكان العضو نفسه
جراحات العمود الفقري	يتم وضع علامة على موضع الفقرة على الجلد
أصابع القدمين	يتم تحديد علامة على الأصبع نفسه
أصابع اليدين	يتم تحديد علامة على الأصبع نفسه
عمليات الجراحة العامة (الكيس الدهني/الغدد الليمفاوية/استئصال الورم	وضع العلامة في المكان المراد إجراء الجراحة له
عمليات العظام	يتم وضع علامة على موضع الإجراء
تركيب أنبوبة صدرية	وضع العلامة على الرئة المراد تركيب الأنبوبة بها

- الإجراءات التداخلية والجراحات التي لم يتم فيها تمييز مكان الإجراء:
  - المناظير.
  - عمليات العضو الواحد.
- يتم تدريب جميع أطباء الجراحة وهيئة التمريض (في الأقسام والعمليات) على هذه السياسة وإجراءاتها عند التعيين وكجزء من برامج التدريب الدورية لضمان الوعي الكامل بها.
- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل وعمل تقرير بوضع علامة مميزة مكان العملية.

مؤشر الأداء: نسبة تنفيذ وضع علامة مميزة مكان العملية =

$$\frac{\text{عدد ملفات المرضى الذين تم توثيق وضع علامة مميزة مكان العملية خلال الشهر} \times 100}{\text{عدد ملفات مرضى العمليات و التدخلات الجراحية وجد لديهم علامة مميزة مكان العملية الجراحية خلال نفسه الشهر}}$$

  - المصدر: الملف الطبي.
  - الهدف: 100%.
- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة بوضع علامة مميزة على مكان العملية.

المسؤول عن التنفيذ

- أطباء الجراحة.
- تمريض الأقسام
- تمريض قسم العمليات.

النماذج

- نموذج كشف تحضير مريض قبل العملية الجراحية.
- نموذج القائمة التفقدية للجراحة الآمنة.

الاختصارات

Sednawy Hospital GAHAR safety Requirements: **SH.G.S.R.14 S.A.S 05**

المراجع

- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

معايير ذات صلة

- ACT.03 Patient identification,
- SAS.07 Time-out/sign-out,
- WFM.12 Clinical Privileges,
- PCC.07 Patient and family education process,
- SAS.03 Assessment before surgery and invasive procedures.

الهيئه العامة الصحي

فرع:

المستشفي

اسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض: .....

القسم المعالج : .....

القائمة التفقدية للجراحة الامنة

التشخيص :..... العملية الجراحية : .....

مكان العملية : ..... مكان العملية : ( ) يمين ( ) يسار لاينطبق ( )

وقت الوصول للعمليات : ..... تاريخ اجراء العملية : / /

عند الوصول للعمليات Sing In

الدخـــول

أكد على المريض لما يلى

هوية ☐

موضع الجراحة ☐ يمين ☐ يسار ☐ لاينطبق

☐ اسم العملية

☐ موافقة المريض

☐ تم تقييم المريض بواسطة الجراح

☐ نعم

☐ لا

☐ تم تحديد موضع العملية بعلامة مميزة

☐ نعم ☐ لا ☐ لاينطبق

☐ نموذج ماقبل التخدير كامل

☐ نعم ☐ لا

☐ متطلبات خاصة

☐ توافر جميع التجهيزات والمعدات الخاصة بالجراحة

☐ التأكد من توافر نسيج الزرع ☐ ينطبق ☐ لاينطبق

☐ التأكد من وجود :

١ ـ حساسية ☐ نعم ☐ لا

☐ تم حجز الدم

☐ نعم وتم توفير جميع الاجهزة لذلك ☐ لا

التوقيـع

ممرضة القسم :.....

ممرضة العمليات : ..... الوقت:.....

قبل شق الجلد Time Out

الوقت المستقطع لضمان سلامة المريض

☐ يتم تقييم المريض بواسطة الجراح والتخدير قبل بدء العملية مباشرة

☐ يتأكد فريق العمل من الاتى

☐ اسم المريض

☐ الاجراء الجراحى

☐ موضع الأجراء

☐ اسم الجراح

☐ تم اعطاء المريض المضادات الحيوية الوقائية (خلال الساعة السابقة لشق الجلد)

☐ نعم

☐ لا

التوقيـع

الجراح :.....

طبيب التخدير :.....

الممرضة المناولة :.....

الوقت : .....

قبل مغادرة العمليات Sign Out

☐ قبل مغادرة المريض غرفة العمليات

تقوم الممرضة بالتأكد مع الجراح من الآتى :

☐ صحة عد الآلات والفوط والابر قبل غلق الجرح ومع دقة تسجيلها

☐ وضع اللاصقات على العينات مشتملة (اسم المريض–رقم الملف نوع العينة (لاينطبق)

☐ تسجيل ظهور اى مشاكل فى المعدات والاجهزة

☐ قبل مغادرة المريض غرفة الإفاقة

تتأكد ممرضة الإفاقة من الآتى :

☐ كتابة الجراح لتقرير العملية

☐ نموذج التخدير والافاقة كامل

☐ توقيع امر الخروج والنقل من طبيب التخدير

☐ أوامر وتعليمات النقل كاملة

التوقيـع

الجراح :.....

طبيب التخدير :.....

الممرضة المناولة :.....

ممرضة الافاقة :.....

وقت الخروج من العمليات :.....

MR.OP1-1

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفي:

أسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض:.....

القسم المعالج : .....

كشف تحضير المريض قبل أجراء العملية

التشخيص :..... القسم :..... الغرفة:.....

العملية الجراحية : ..... تعليم مكان العملية : ◯ يمين ◯ يسار ◯ لاينطبق

تاريخ إجراء العملية : / / ٢٠

إجراءات التحضير بالقسم

ضع علامة (✓) لما تم عملة :

١.التأكد من شخصية المريض وأسورة التعريف ◯

٢.حلاقة منطقة الجراحة وتحضير الجلد ◯

٣. تم تحديد موضع الجراحة بالعلامات نعم ◯ لا ◯ لا ينطبق ◯

٤.حمام المريض ونظافتة ◯

٥.ارتداء المريض ملابس العمليات ◯

٦. إزالة المجوهرات وأطقم الأسنان وخلافة ◯

٧. الاحتفاظ بمتعلقات المريض الشخصية بالقسم ◯

٨. تبول المريض قبل اجراء العملية ◯

٩. صوم المريض قبل اجراء الجراحة لمدة :..... ◯

١٠. اذا لم يكن صائما متى تناول آخر وجبة ونوعها ..... ◯

١١. إتمام الفحوصات ـ الأشعة ـ الملاحظات ـ رسم القلب ◯

١٢. توفير الدم ـ الفصيلة ـ كمية الدم ◯

١٣.التاكد من توقيع واستكمال اقرار الموافقة علي الجراحة ◯

١٤. التاكد من توقيع واستكمال اقرار الموافقة علي التخدير ◯

١٥. إعطاء الأدوية قبل العملية ◯

١٦. إتمام استكمال ملف المريض وإرسالة مع المريض ◯

١٧.التاكد من توافر

تقييم الجراح موقـــع ◯

تقييم التخدير موقـــع ◯

١٨.تم أخذ قراءة للعلامات الحيوية بالقسم : ◯

ضغط ..... نبض.....

حرارة..... معدل التنفس .....

١٩.أعطاء لأدوية قبل العملية طبقا لتعليمات الطبيب ◯

مضاد حيوى .....

مـهدئـــات .....

ملاحظـــات أخرى :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

توقيع ممرضة القسم

.....

توقيع الطبيب

.....

MR.OP1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.15 S.A.S 06		
عنوان السياسة	القائمة التفقدية قبل الإجراء		
تاريخ إعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ تفعيل	1/9/2025	تاريخ اعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	5
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
مدير الشؤون العلاجية د/محمد مختار رئيس قسم العمليات د/ جمال لطفي عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- استخدام قائمة تحقق للتأكد من أن كل الوثائق وكل الأجهزة اللازمة لإجراء العمليات والإجراءات التداخلية الأخرى متوفرة وصحيحة وتعمل بكفاءة قبل البدء في أي منها.

الغرض

- تحقيق أمان المريض عند إجرائه عملية جراحية أو أي إجراء تداخلي آخر.

إجراءات العمل

- كشف تحضير المريض قبل إجراء العملية من قبل الطبيب ب استخدام نموذج كشف تحضير المريض للعملية الجراحية
- التحقق من وجود إقرار الموافقة على الإجراء الجراحي أو التداخلي، والموافقة على التخدير، والموافقة على الفحوصات ب الصبغة، وتقديم التثقيف الصحي المتعلق بها للمريض أو عائلته. يتم استيفاء كافة المعلومات في الاقرارات وشرح المضاعفات وتدوينها كتابيا
- يقوم الطبيب القائم بالجراحة بتحديد إذا ما كان التدخل الجراحي يحتاج إلى أجهزة أو مستلزمات خاصة لإجراء التدخل الجراحي لتوفيرها قبل التدخل الجراحي.
- تقوم الممرضة المسئولة بالحصول على نسخة من قائمة العمليات بعد توقيعها من مدير المستشفى (لستة العمليات).
- تتأكد مشرفة العمليات من حسن ترتيب وتنظيم مواعيد العمليات.
- تقوم الممرضة المسئولة بالتأكد من نظافة غرف العمليات بما في ذلك أضواء غرفة العمليات وطاولة العمليات والتكييف، والإضاءة وكل أثاث الغرف.
- يتم فحص الأسلاك والمفاتيح والأدوات الكهربية والالكترونية يوميا بواسطة قسم الأجهزة الطبية ويتم توثيق ذلك بقائمة الفحص اليومي للأجهزة الطبية.
- تقوم مشرفة العمليات بالتأكد من استلام الآلات وباكتات الجراحة المختلفة طبقا لاحتياجات اللستة، ومراجعة سلامة التعقيم لكل على حدة.
- تقوم مشرفة العمليات بالتأكد من سلامة وتوافر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الخاصة لكل عملية وتقوم بتوثيق ذلك بقائمة التحقق من صلاحية أجهزة قسم العمليات والقائمة التفقدية.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- تفحص ماكينة الشفط للتأكد من سلامة ظروف تشغيلها بواسطة الممرضة المسئولة.
- تقوم رئيسة العمليات أو الممرضة المناولة مع طبيب التخدير بالتأكد من التحضيرات المتعلقة بالتخدير:
  - ممنوع استخدام أي مواد مخدرة قابلة للاشتعال وملتهبة أو تؤدي إلى حدوث انفجار في مناطق التخدير.
  - يتم التأكد من توصيل القطب الأرضي لكل الأجهزة الكهربية بصورة سليمة.
  - يتم استخدام الملابس الخارجية المصنوعة من القطن فقط في موضع التخدير.
  - يتم فحص المعدات وأجهزة التخدير المستخدمة بالعمليات بواسطة مسئولة العمليات مع طبيب التخدير الذي سيستخدم الجهاز للتأكد من سلامته.
- تقوم مسئولة العمليات أو من ينوب عنها بتوثيق نتيجة الاختبار اليومي للأجهزة في قائمة التأكد من جاهزية قسم العمليات وتوقيعها وتوقيع طبيب التخدير.
- في حالة عدم توفر المستلزمات الخاصة أو الأجهزة بالمستشفى وتحتاج المستشفى لشرائها أو استئجارها يتم عمل الآتي:
  - يقوم الطبيب المعالج بإخطار رئيسة تمريض العمليات بالمستلزمات التي يحتاج اليها بالتدخل الجراحي.
  - تقوم رئيسة تمريض العمليات بعمل طلب لمدير المستشفى بتوفير المستلزمات التي تحتاج اليها للتدخل الجراحي بعد توقيع رئيس قسم العمليات عليه.
  - بعد الموافقة عليه من مدير المستشفى يتم تحويل الطلب إلى مدير التموين الطبى بالمستشفى.
  - يقوم مدير التموين الطبى بتنفيذه من على سيستم هيئة الشراء الموحد.
  - عند توفير المستلزمات أو الأجهزة المطلوبة للتدخل الجراحي يقوم مسئول المخازن الطبية بإخطار رئيسة تمريض العمليات بتوافر المستلزمات أو الأجهزة المطلوبة لاستلامها.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- تقوم رئيسة تمريض العمليات بإخطار الطبيب المعالج ورئيس قسم العمليات بتوافر المستلزمات أو الأجهزة المطلوبة للتدخل الجراحي بعد استلامها من مخزن المستشفى الطبى لتحديد ميعاد التدخل الجراحي.
- بالنسبة للأجهزة (إيجار) فيتم ذلك عن طريق إدارة فرع القاهرة، حيث يقوم بدراسة الأسعار واختيار الأنسب.

- تقوم الممرضة المسئولة عن استلام المرضى بتوثيق التحقق من الأجهزة والمعدات في نموذج القائمة التفقدية بالملف الطبي لكل مريض.

عند الوصول للعمليات

- تقوم كلا من ممرضة القسم وممرضة العمليات المسئولة عن استلام المريض بالتأكد مما يلي:
  - التأكد من هوية المريض عن طريق سؤاله مباشرة عن اسمه ورقم ملفه الطبي، ومطابقة إجابته بما هو مسجل على أسورة المريض وملفه الطبي
  - موضع الجراحة.
  - اسم العملية.
  - موافقة المريض.
  - تم تقييم المريض بواسطة الجراح.
  - تم تحديد موضع الجراحة بعلامة مميزة.
  - نموذج ما قبل التخدير كامل.
  - توافر جميع المعدات والتجهيزات.
  - وجود حساسية.
  - حجز الدم.
  - التأكد من أي احتياطات خاصة مطلوبة للمريض (مثل: احتياطات منع العدوى، أو حساسية من مادة معينة مثل اللاتكس).
- ثم تقومان بالتوقيع في نموذج القائمة التفقدية للجراحة الآمنة (جزء عند الوصول للعمليات -الدخول).
- تقوم الممرضة المسئولة عن الاستلام بغرفة التحضير باستلام المريض طبقا لقائمة عند الدخول بنموذج القائمة التفقدية للجراحات الآمنة موضحا ما يلي:
  - التأكد من وجود أسورة المريض توضح بيانات المريض (الاسم رباعي، الرقم الطبي).
  - تقييم المريض بواسطة الجراح.
  - تحديد موضع العملية بعلامة واضحة مميزة.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- مراجعة استكمال نموذج ما قبل التخدير.
- مراجعة نموذج تحضير المريض وسؤال المريض للتأكد من التحضير.
- استلام الملف الطبي للمريض.
- التأكد من وجود الفحوصات والأشعات المطلوبة في الملف.
- مراجعة إقرار موافقة المريض على إجراء العملية والتأكد من استكماله.
- استلام أدوية المريض وأي (أجهزة/ مستلزمات) طبقا لتوصية طبية للمريض.
- التأكد من توافر الدم في حاله طلبه.

- بعد التحقق المسبق وقبل البدء بالإجراء الجراحي مباشرة (وقبل شق الجلد)، يتم إجراء نقطة التوقف (Time-Out) للتحقق مرة أخرى من المريض الصحيح، الإجراء الصحيح، والموقع الصحيح
- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات وعمل تقرير عن عملية التحقق قبل الجراحة.
- يتم تدريب جميع الموظفين المعنيين (التمريض، أطباء التخدير، قسم الأجهزة الطبية) على هذه السياسة وإجراءات التحقق المتبعة عند التعيين وكجزء من برامج التدريب الدورية لضمان الوعي الكامل بها.

مؤشر الأداء: نسبة استكمال نموذج sign in =

$$\frac{\text{خلال الشهر } \textbf{sign in} \text{ عدد ملفات المرضى الذين تم استكمال نموذج الجراحة التفقدية الامنة} \times 100}{\text{عدد ملفات مرضى العمليات التداخلية و الجراحية خلال نفسه الشهر}}$$

- المصدر: الملف الطبي.
- الهدف: 100%

- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية التحقق قبل العملية الجراحية.

المسئول عن التنفيذ

- الأطباء.
- طبيبة التخدير.
- أفراد هيئة التمريض بالعمليات.
- أفراد قسم الصيانة.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

النماذج

- نموذج الجراحة الآمنة.
- قائمة التأكد من جاهزية قسم العمليات.
- طلب إصلاح.
- قائمة الفحص اليومي للأجهزة الطبية.
- كشف تحضير المريض قبل العملية الجراحية
- القائمة التفقدية للجراحة الآمنة
- إقرارات الموافقة على العملية الجراحية، والتخدير، والإجراء التداخلي، والموافقة على عمل الفحوصات بالصبغة.
- طلب صرف دم
- تقييم ما قبل التخدير

الاختصارات

Sednawy Hospital GAHAR safety Requirements: **SH.G.S.R.15 S.A.S 06**

المراجع

- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025.
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

معايير ذات صلة

- ACT.03 Patient identification
- SAS.01 Surgery and Invasive Procedure Services
- PCC.08 Informed consent
- SAS.05 Surgical Site Marking.

الهيئه العامة الصحي

فرع:

المستشفي

اسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض: .....

القسم المعالج : .....

القائمة التفقدية للجراحة الامنة

التشخيص :..... العملية الجراحية : .....

مكان العملية : ..... مكان العملية : ( ) يمين ( ) يسار لاينطبق ( )

وقت الوصول للعمليات : ..... تاريخ اجراء العملية : / /

عند الوصول للعمليات Sing In | **قبل شق الجلد Time Out** | **قبل مغادرة العمليات Sign Out**

الـدخــول

أكد على المريض لما يلى

☐ هويتة

موضع الجراحة ☐ يمين ☐ يسار ☐ لاينطبق

☐ اسم العملية

☐ موافقة المريض

☐ تم تقييم المريض بواسطة الجراح

☐ نعم

☐ لا

☐ تم تحديد موضع العملية بعلامة مميزة

☐ نعم ☐ لا ☐ لاينطبق

☐ نموذج ماقبل التخدير كامل

☐ نعم ☐ لا

☐ متطلبات خاصة

☐ توافر جميع التجهيزات والمعدات الخاصة بالجراحة

☐ التأكد من توافر نسيج الزرع ☐ ينطبق ☐ لاينطبق

☐ التأكد من وجود :

١ ـ حساسية ☐ نعم ☐ لا

☐ تم حجز الدم

☐ نعم وتم توفير جميع الاجهزة لذلك ☐ لا

التـوقيـع

ممرضة القسم :.....

ممرضة العمليات : ..... الوقت:.....

الوقت المستقطع لضمان سلامة المريض

☐ يتم تقييم المريض بواسطة الجراح والتخدير قبل بدء العملية مباشرة

☐ يتأكد فريق العمل من الاتى

☐ اسم المريض

☐ الاجراء الجراحى

☐ موضع الأجراء

☐ اسم الجراح

☐ تم اعطاء المريض المضادات الحيوية الوقائية (خلال الساعة السابقة لشق الجلد)

☐ نعم

☐ لا

التـوقيـع

الجراح :.....

طبيب التخدير :.....

الممرضة المناولة :.....

الوقت : .....

☐ قبل مغادرة المريض غرفة العمليات

تقوم الممرضة بالتأكد مع الجراح من الآتى :

☐ صحة عد الآلات والفوط والابر قبل غلق الجرح ومع دقة تسجيلها

☐ وضع اللاصقات على العينات مشتملة (اسم المريض--رقم الملف نوع العينة (لاينطبق)

☐ تسجيل ظهور اى مشاكل فى المعدات والاجهزة

☐ قبل مغادرة المريض غرفة الإفاقة

تتأكد ممرضة الإفاقة من الآتى :

☐ كتابة الجراح لتقرير العملية

☐ نموذج التخدير والافاقة كامل

☐ توقيع امر الخروج والنقل من طبيب التخدير

☐ أوامر وتعليمات النقل كاملة

التـوقيـع

الجراح :.....

طبيب التخدير :.....

الممرضة المناولة :.....

ممرضة الافاقة :.....

وقت الخروج من العمليات :.....

MR.OP1-1

نموذج متابعه غرفه العمليات شهر ( )

غرفه رقم	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
الارضيات															
الحوائط															
جهاز التخدير															
المنظار الحنجري															
ديالزمي															
شفاط															
كشافات العمليات															
ترابيزة عمليات															
ترابيزة الالات															
المستشفى															
الشركات															
تعقيم الالات															
تخدير															
الجراحة															
الخيوط															
الفرش															
الكراسي															
لستة العمليات															
القائم بالمرور															
دكتور التخدير															

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

.

High Risk Consent

إقرار الموافقة على إجراء عملية جراحية خطيرة

أقر أنا : ..... بأننى قد وافقت على أجراء عملية

.....

.....

لـ (نفسى / أبنى / أبنتى / زوجى / زوجتى / والدى / والدتى / أخى/ أختى)علما بأنه قد تم شرح طبيعة العملية والهدف منها ودرجة خطورتها بواسطة الطبيب المعالج. كما قام الأطباء بشرح المضاعفات.

.....

.....

التى قد تحدث اثناء العملية الجراحية والتي قد تصل الي مستوي عالي من الخطورة مما قد يهدد استمرار الحياة وابديت قبولي بذلك.

كذلك اوافق علي اجراء أي عمليات بديله تتضح الحاجة اليها اثناء سير الجراحة اونقل دم.

المقر بما فيه:..... الشاهد ان وجد: .....

الرقم القومي:..... التوقيع : .....

التوقيع:..... الرقم القومي: .....

صلة القرابة: .....

اسم طبيب المعالج :.....

التوقيع :.....

التخصص : .....

التاريخ : / / الوقت:.....

MR.Cons.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى

فرع:

المستشفي :

اسم المريض:..... .....

رقم الملف الطبي للمريض: .....

القسم المعالج : .....

.

إقرار الموافقة على التخدير

أقر أنا : ..... بأننى قد وافقت على اعطاء

المخدر (العام / النصفي / الموضعي)لأجراء عملية .....

لـ (نفسى / أبنى / أبنتى / زوجى / زوجتى / والدى / والدتى / أخى/ أختى)علما بأنه قد قام اطباء التخدير بإيضاح المضاعفات التى قد تحدث نتيجة اعطاء

المخدرمثل.....

.....

.....

.....

وأبديت قبولى بذلك.

المقر بما فيه:..... الشاهد ان وجد: .....

الرقم القومي:..... التوقيع : .....

التوقيع:..... الرقم القومي: .....

صلة القرابة: .....

اسم طبيب التخدير :.....

التوقيع :.....

التاريخ : / / الوقت:..... .....

MR.Cons.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

.

إقرار الموافقة على عملية جراحية

أقر أنا : .....بأننى قد وافقت على أجراء عملية .....

.....

لـ (نفسى / أبنى / أبنتى / زوجى / زوجتى / والدى / والدتى / أخى/ أختى)علما بأنه قد تم شرح طبيعة العملية والهدف منهاوبدائلها.كما قام الأطباء المعالجون بإيضاح المضاعفات التى قد تحدث نتيجة العملية الجراحية مثل :

.....

.....

.....

وأبديت قبولى بذلك.

كذلك أوافق على إجراء اى عملية أخرى (ثانوية) مرتبطة بالعملية الاصلية إرتباط لازما أو نقل دم إذا ما دعت الضرورة إلى ذلك.

المقر بما فيه:..... **الشاهد:.....**

الرقم القومي:..... التوقيع : .....

التوقيع:..... الرقم القومي: .....

صلة القرابة : .....

اسم طبيب المعالج :.....

التوقيع :.....

التخصص :.....

التاريخ : / / الوقت:.....

MR.Cons.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

.

إقرار الموافقة على إجراء تداخلى

أقر أنا : .....بأننى قد وافقت علي اجراء .....

.....

لـ (نفسى / أبنى / أبنتى / زوجى / زوجتى /.....) والتي تستلزم حالتي (حالته) الصحية اجراءاها بواسطة د/.....

وقد قام الاطباء المعالجون بشرح طبيعة الاجراء الذي سيجري واوضحوا الطرق البديلة والمضاعفات العامة والمخاطر التي قد تحدث اثناء او بعد الاجراء وابديت قبولي بذلك,كما اقر بموافقتي علي اجراء مايراه الاطباء ضروريا اثناء الاجراء.

وهذا اقرار مني بذلك

المقر بما فيه:..... **الشاهد أن وجد: .....**

الرقم القومي:..... **التوقيع : .....**

التوقيع:..... **الرقم القومي: .....**

صلة القرابة: .....

اسم طبيب المعالج :.....

التوقيع :.....

التخصص :.....

التاريخ : / / الوقت:.....

MR.Cons.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

.

إقرار رفض إجراء تداخلى

أقر أنا : .....

بأننى قدرفضت.....

.....

لـ (نفسى / أبنى / أبنتى / زوجى / زوجتى /.....) والتي تستلزم حالتي (حالته) الصحية اجراءاها بواسطة د/.....

وقد قام الاطباء المعالجون بشرح طبيعة الاجراء الذي سيجري واوضحوا الطرق البديلة والمضاعفات العامة التي قد تحدث في حالة رفض الاجراء وليس علي المستشفي اي مسئولية حدوث مضاعفات تحدث لي بناءا علي رفضي هذا.

وهذا اقرار مني بذلك

المقر بما فيه:..... **الشاهدان وجد: .....**

الرقم القومي:..... **التوقيع : .....**

التوقيع:..... **الرقم القومي: .....**

صلة القرابة: .....

اسم طبيب المعالج :.....

التوقيع :.....

التخصص :.....

التاريخ : / / الوقت:.....

MR.Cons.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

.

Blood Order and Delivery Form

تاريخ الدخول : ..... تاريخ الطلب : ..... ساعة الطلب : ..... السن :.....

النوع : ..... الوزن :.....

الجهة : ..... القانون : ..... رقم التأمين : .....

To Be Filled By Physician (تملأ بواسطة الطبيب):

Diagnosis:.....

Cause Of Transfusion:.....

Previous pregnancy(yes/No)

Hb :..... **g/dl** **Platelets**.....***10^3** **INR**.....

Previous Transfusion :(/ /) No. of units:..... **Reaction : Yes** ☐ **No** ☐

The Request Is: Urgent ☐ **Routine** ☐ **For Operation:** ☐ **Date :(/ /)**

For Dialysis :(Date :(/ /)

Component	No, Of Units Required	(تملأ بمعرفة بنك الدم) Units Issued	
		Unit Number	Line Number
P.RBCs			
Washed RBCs			
Irradiated RBCs			
FFP			
FP			
Cryo PPt.			
Platelets Concentrates			
Others (Specify)			
		مسئول بنك الدم :	

الطبيب المعالج :..... الممرضة المسلمة:.....المدير المناوب:.....

- يستمر حجز وحدات الدم للعمليات لمدة ٤٨ ساعة ثم يلغى الحجز تلقائيا" إلا إذا طلب الطبيب أستمرارية الحجز أما الحجز للاقسام فيستمر لمدة ٢٤ ساعة ويلغى تقانيا".
- لا يتم تسليم أاكثر من وحدة كرات دم حمراء مكدسة للحالة الواحدة كل مرة إلا في ظروف خاصة جدا" وبعد مناقشة الطبيب المعالج.
- إذا تاجل نقل أي مكون لأي سبب لمدة أكثر من ٢/١ ساعة حتى لو كان قد تم فتح الوحدة يجب أعادته إلى بنك الدم لحفظه بطريقة سليمة لحين إتخاذ قرار بخصوصه.
- إستيفاء بيانات النماذج الخاصة بكلا"من الطبيب والممرضة للإبلاغ عن التفاعلات السلبية فى حالة حدوثها و أرسالها إلى بنك الدم.

يجب التاكد من توافر الدم قبل دخول المريض العمليات.

النموذج من أصل وصورتين

MR.Invest.1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع:
مستشفى :

اسم المريض : .....
رقم الملف الطبي للمريض : .....
القسم المعالج : .....

(صحيفة التخدير) Pre- Anesthetic Assessment (Physician)

Wt : ……Kg HT:……Cm Age : … Sex : ……..

Diagnosis:…… Surgeon /Unit: ……

Proposed Operation: …….. O Elective O Emergency

History

OSmoking	ORespiratory Disease	OEdema L.L.
OAllergy	OJaundice	OCyanosis
ODiabetes	ORenal Problem	ONeurological
OCardiac Disorder	OMyoc. Infraction	ORight Handed
OChest Pain	ODyspnea	OLeft Handed
OHigh BP	OPalpitation	OStroke
OPrevious operation	Other	Other

Drug Therapy Before Surgery

No	Drug	Dose	Duration	No	Drug	Dose	Duration
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

Physical Examination/ Investigations

Physical Examination
General Condition :
Airway Assessment :
Vital Signs
Blood Pressure:
Heart Rate:
Temperature :
Heart :
Chest :
Abdomen:

Investigations
ECG:
Chest X-Ray:
Abdomen Ultra sound :
If Applicable
Echocardiography:
Angiography :
Carotid Duplex :
Radial Duplex :
Comments :

Lab. Works

Hb.		Urea		F.B.S		PT		pH	
Blood Group		Creatinine		P.Protein		PC		PaO_2	
Rh.		Bilirubin		Cholesterol		INR		$PaCO_2$	
ESR		ASAT		Triglycerides		PTT		HCO_3	
Na		ALAT		Hepatitis		Platelets		SBE	
K^+				HIV		Fibrinogen			

Pre-Anesthetic Visit

ASA: O 1O 2O 3O 4O 5O E(Emergency operation)

Consent: O Yes O No Signed by :…… Ready for Operation: O Yes O No

Please Prepare: Fresh Bl. :……RBC: …….. FFP:…… Plat:……

Please Give: 1. ……
2. ……
3. ……

The patient is a safe candidate for anesthesia: YES O NO O: ……
Plan for anesthesia: The patient is a safe candidate for anesthesia Type ……

Dr.: …… Date: …… Time:…… Signature: ……

MR An.1.1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

أسم المريض : .....

فرع:

رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفي:

القسم المعالج : .....

كشف تحضير المريض قبل أجراء العملية

التشخيص :..... القسم :..... الغرفة:.....

العملية الجراحية : ..... تعليم مكان العملية :◯ يمين◯ يسار◯ لاينطبق

تاريخ إجراء العملية : / / ٢٠

إجراءات التحضير بالقسم

ضع علامة (✓) لما تم عملة :

١.التأكد من شخصية المريض وأسورة التعريف	◯	١٧.التاكد من توافر	
٢.حلاقة منطقة الجراحة وتحضير الجلد	◯	تقييم الجراح موقـــع	◯
٣. تم تحديد موضع الجراحة بالعلامات نعم◯ لا◯ لا ينطبق◯		تقييم التخدير موقـــع	◯
		١٨.تم أخذ قراءة للعلامات الحيوية بالقسم :	◯
٤.حمام المريض ونظافتة	◯	ضغط ..... نبض.....	
٥.ارتداء المريض ملابس العمليات	◯	حرارة..... معدل التنفس	
٦. إزالة المجوهرات وأطقم الأسنان وخلافة	◯	١٩.أعطاء لأدوية قبل العملية طبقا لتعليمات الطبيب	◯
٧. الاحتفاظ بمتعلقات المريض الشخصية بالقسم	◯	مضاد حيوى	
٨. تبول المريض قبل اجراء العملية	◯	مـهدئـــات	
٩. صوم المريض قبل اجراء الجراحة لمدة :.....	◯	ملاحظـــات أخرى :	
١٠. اذا لم يكن صائما متى تناول آخر وجبة ونوعها	◯	.....	
١١. إتمام الفحوصات ـ الأشعة ـ الملاحظات ـ رسم القلب	◯	.....	
١٢. توفير الدم ـ الفصيلة ـ كمية الدم	◯	.....	
١٣.التاكد من توقيع واستكمال اقرار الموافقة علي الجراحة	◯	.....	
١٤. التاكد من توقيع واستكمال اقرار الموافقة علي التخدير	◯	.....	
١٥. إعطاء الأدوية قبل العملية	◯	.....	
١٦. إتمام استكمال ملف المريض وإرسالة مع المريض	◯	.....	

توقيع ممرضة القسم

.....

توقيع الطبيب

.....

MR.OP1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.15 S.A.S 07		
عنوان السياسة	الوقت المستقطع والخروج من العمليات		
تاريخ إعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ تفعيل	1/9/2025	تاريخ اعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	3
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
مدير الشؤون العلاجية د/ محمد مختار رئيس قسم العمليات د/ جمال لطفي عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

استخدام طريقة موثقة وتطبيق الوقت المستقطع للتأكد من المريض الصحيح والإجراء الصحيح والجزء الصحيح وذلك قبل البدء في إجراء العملية أو أي اجراء تداخلي آخر (تركيب القسطرة الوريدية المركزية....) بعد التخدير.

الغرض

تحقيق أمان المريض بالتأكد من المريض الصحيح والمكان الصحيح للتدخل الجراحي والتداخلات الاخرى.

إجراءات العمل

باستخدام نموذج القائمة التفقدية للجراحة الآمنة يتم تنفيذ ما يلي:

1. قبل شق الجلد

- تقوم الممرضة المناولةبعد بدء تخدير المريض بقول TIME OUTبصوت واضح ومسموع وتسأل الطبيب الجراح وطبيب التخدير عن الآتي:
  - هوية المريض (الاسم ورقم الملف) وتتأكد من أسورة وملف المريض.
  - التأكد من نوع العملية المخطط إجراءها.
  - التأكد من موضع العملية المخطط إجراءها.
  - التأكد من اسم الجراح.
  - التأكد من جاهزية المعدات والاجهزة
- يتم التأكد هل تم إعطاء المضاد الحيوي خلال الساعة السابقة لشق الجلد أم لا.
- يقوم الجراح وطبيب التخدير والممرضة المناولة بالتوقيع في نموذج القائمة التفقدية للجراحة الآمنة (جزء: قبل شق الجلد، الوقت المستقطع).
- في حالة تركيب القسطرة الوريدية المركزية
  - تقوم الممرضة المسئولة عن الحالة مع الطبيب المسؤول قبل تركيب القسطرة الوريدية المركزية مباشرة بعمل الآتي:
    - ✓ إعادة التأكد من هوية المريض من أسورة وملف المريض.
    - ✓ التأكد من نوع التدخل الجراحي المخطط إجراءه.
    - ✓ التأكد من موضع التدخل الجراحي المخطط إجراءه.
- في حالة إعطاء مخدر موضعي للمريض يتم عمل time out قبل الإجراء مباشرة.

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

- التعامل مع التعارضات :لا يجوز بدء الإجراء الجراحي او التداخلي قبل حل أي تعارض أو ارتباك يثيره أي من أعضاء الفريق

تسجيل الخروج (Sign Out)

التوقيت: يتم في نهاية جميع الإجراءات الجراحية والتدخلية وقبل خروج المريض يجب على الممرضة التأكد مع الجراح من العناصر التالية (كما هو موضح في القائمة التفقدية للجراحة الآمنة)

- صحة اكتمال عد الآلات والفوط والإبر والأدوات، وهذا متطلب أساسي لمنع بقاء الأدوات داخل جسم المريض
- توثيق العينات المستخرجة :وضع اللاصقات الصحيحة على العينات المُرسلة للفحص الباثولوجي (إذا وجدت) بعد اخذ العينة، ويجب أن تتضمن اللاصقات اسم المريض ونوع العينة والعضو المستخرج منه العينة والتاريخ والوقت
- تسجيل أي مشاكل ظهرت في المعدات والأجهزة.
- اكتمال توثيق الإجراء :التأكد من كتابة الجراح لتقرير العملية، وأن نموذج التخدير والإفاقة كامل اكتمال أوامر وتعليمات النقل والخروج موقعة من طبيب التخدير
- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات والإبلاغ عنها في عملية انتهاء المهلة.

مؤشر الأداء: نسبة استكمال نموذج الوقت المستقطع في العمليات =

$$\frac{\text{عدد استكمال نموذج القائمة التفقدية للجراحة الامنة (الوقت المستقطع)}}{\text{عدد ملفات مرضى العمليات والتدخلات الجراحية خلال نفس الشهر}} \times 100$$

- المصدر:
  - ✓ الملف الطبي.
  - ✓ سجلات أقسام العمليات والتدخلات الجراحية الأخرى.
- الهدف: 100%

- يعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية الوقت المستقطع.

مستشفى صيدناوي

المسئول عن التنفيذ

- الأطباء.
- طبيب التخدير.
- أفراد هيئة التمريض بالأقسام الداخلية والعمليات.

النماذج

- القائمة التفقدية للجراحة الآمنة
- تقرير العملية الجراحية

الاختصارات

SH.G.S.R.15 S.A.S 07: Sednawy Hospital GAHAR safety Requirements

المراجع

- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025.
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

معايير ذات صلة

- ACT.03 Patient identification
- SAS.01 Surgery and Invasive Procedure Services
- PCC.08 Informed consent
- SAS.05 Surgical Site Marking.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

أسم المريض : .....

فرع:

رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفي:

القسم المعالج : .....

OPERATIVE REPORT

النوع :(ذكر / أنثي) التخصص : ..... رقم غرفة العمليات:.....

تاريخ الدخول : / / نوع العملية :.....

Date:/ / Start timeof anesthesia…… End time of anesthesia:……..	O.R. No ……	O.R. Nurse ……	Operation category Elective/Emergency O O

Start time of Operation..... End time of Operation.....

Surgeon /s …… Assistant / s:……
.....

Type of anesthesia…….. Name of anesthetist :……

Pre-operative diagnosis……..
……..

Operation:
……
……
……
……
……

Operative findings procedures& closure:
……
……
……
……
……

Complications : Yes: ☐ ☐ No
If Yes :……..

Post-operative diagnosis…….
……

Specimen /s sent to pathology:	Blood loss (… ……. Ml)	Transfusion units used (…….. ml)	Classification ☐ Minor ☐ Major ☐ Moderate ☐ Skill

Name :.....Signature.....

MR.Op.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

الهيئه العامة الصحي

فرع:

المستشفي

اسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض: .....

القسم المعالج : .....

القائمة التفقدية للجراحة الامنة

التشخيص :..... العملية الجراحية : .....

مكان العملية : ..... مكان العملية : ( ) يمين ( ) يسار لاينطبق ( )

وقت الوصول للعمليات : ..... تاريخ اجراء العملية : / /

عند الوصول للعمليات Sing In | **قبل شق الجلد Time Out** | **قبل مغادرة العمليات Sign Out**

الدخـــول

أكد على المريض لما يلى

☐ هويتة

موضع الجراحة ☐ يمين ☐ يسار ☐ لاينطبق

☐ اسم العملية

☐ موافقة المريض

☐ تم تقييم المريض بواسطة الجراح

☐ نعم

☐ لا

☐ تم تحديد موضع العملية بعلامة مميزة

☐ نعم ☐ لا ☐ لاينطبق

☐ نموذج ماقبل التخدير كامل

☐ نعم ☐ لا

☐ متطلبات خاصة

☐ توافر جميع التجهيزات والمعدات الخاصة بالجراحة

☐ التأكد من توافر نسيج الزرع ☐ ينطبق ☐ لاينطبق

☐ التأكد من وجود :

١ ـ حساسية ☐ نعم ☐ لا

☐ تم حجز الدم

☐ نعم وتم توفير جميع الاجهزة لذلك ☐ لا

التـوقيـع

ممرضة القسم :.....

ممرضة العمليات : ..... الوقت:.....

الوقت المستقطع لضمان سلامة المريض

☐ يتم تقييم المريض بواسطة الجراح والتخدير قبل بدء العملية مباشرة

☐ يتأكد فريق العمل من الاتى

☐ اسم المريض

☐ الاجراء الجراحى

☐ موضع الأجراء

☐ اسم الجراح

☐ تم اعطاء المريض المضادات الحيوية الوقائية (خلال الساعة السابقة لشق الجلد)

☐ نعم

☐ لا

التـوقيـع

الجراح :.....

طبيب التخدير :.....

الممرضة المناولة :.....

الوقت : .....

☐ قبل مغادرة المريض غرفة العمليات

تقوم الممرضة بالتأكد مع الجراح من الآتى :

☐ صحة عد الآلات والفوط والابر قبل غلق الجرح ومع دقة تسجيلها

☐ وضع اللاصقات على العينات مشتملة (اسم المريض--رقم الملف نوع العينة (لاينطبق)

☐ تسجيل ظهور اى مشاكل فى المعدات والاجهزة

☐ قبل مغادرة المريض غرفة الإفاقة

تتأكد ممرضة الإفاقة من الآتى :

☐ كتابة الجراح لتقرير العملية

☐ نموذج التخدير والافاقة كامل

☐ توقيع امر الخروج والنقل من طبيب التخدير

☐ أوامر وتعليمات النقل كاملة

التـوقيـع

الجراح :.....

طبيب التخدير :.....

الممرضة المناولة :.....

ممرضة الافاقة :.....

وقت الخروج من العمليات :.....

MR.OP1-1

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled وحدة توكيد الجودة

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع:
مستشفى :

اسم المريض : .....
رقم الملف الطبي للمريض : .....
القسم المعالج : .....

INTRA OPERATIVE ANESTHESIA RECORD (PHYSICIAN)

Date : OR no. :		Age & Sex :	Weight : Kg
Pre-Op. Diagnosis :		Operation :	☐ Elective ☐ Emergency
Anesthesiologists : /		Surgeons :	
OR Time : In ( ) Out ( )		Position :	Tourniquet :

Patient condition changed from the pre-anesthesia assessment : ☐ No ☐ Yes
If Yes :..... NPO for : .....
GCS : Pulse : ..... Blood Pressure : ..... Spo2 .....
Immediate pre-anesthesia assessment : _____ Time : _____

Level of Consciousness	00	00	00	Remarks
Skin Color				1-
SPO2				2-
EtCO2				3-
O2/N2O				4-
Iso/Sevo				5-
CVP Temp. BP P				6-
20 40 200 200				7-
				8-
18 38 180 180				9-
				10-
16 36 160 160				11-
				12-
14 34 140 140				Fluid Balance
				In / Out
12 32 120 120				
				Urine
10 30 100 100				
				Blood Loss
8 28 80 80				
6 26 60 60				Net Balance
4 24 40 40				Ventilation
				Spont / IPPV
2 22 20 20				Vt: / RR:
0 20 10 10				
Anesth. Technique	☐General Anesthesia	☐Regional Anesthesia	☐Sedation	☐Local Anesthesia
Induction of Anesth.				

Medications & Fluids	Bolus	Increments	Total

☐ General An.	☐ Mask	☐ LMA	☐ ETT	☐ Cuff	☐ Oral	☐ Nasal	Size :	☐ Easy ☐ Diff
☐ Regional An.	Type :		Needle Size :		Space :			
Monitor - Standard	☐ ECG		☐ Auto NIBP		☐Oximeter		☐ Capnography	
I.V Cannula	Type :		Size :		Site :			
	Type :		Size :		Site :			
Unusual Events	☐ No		Yes					
Post - Op Condition	☐ Awake		☐ Unconscious		BP :	HR :	RR :	
Discharge to	☐ PACU		☐ ICU		At :	Signature :		

Anesthesiologists Signature : Date & Time :

MR **An.** 1.2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي — أسم المريض : .....

فرع: — رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفي: — القسم المعالج : .....

Post Anesthesia Care Unit (Nursing Record) (PACU)

عناية الافاقة

Date: / / التاريخ: Time:.....:وقت دخول الافاقة

Operation:.....:العملية Duration of Surgery:.....:مدة العملية

Anesthesiologist:.....:طبيب التخدير Surgeon:.....:الطبيب الجراح

Anesthesia التخدير: ◯ General. ◯ Epidural ◯ Spinal ◯ Others

Airway المسلك الهوائي: ◯ ETT انبوب ◯ Extubated ◯ لايوجد انبوب ◯ O.P Airway ممر هوائي

Level of Consciousness درجة الوعي: ◯ Awake فائق ◯ Sedated منوم ◯ Stuporous ذهول
◯ Drowsy دوخة ◯ Comatosed غيبوبة

Iv Line الكانيولا (1) (2) (3)

Drains: ◯ NGT رايل ◯ Port Vac بورتوفاك ◯ Chest Tube انبوبة صدرية ◯ Foleys Catheter قسطرة فولي

Recovery Score درجة الافاقة :.....

	Time الوقت	Pre-Op Data ماقبل العملية	During Recovery اثناء الافاقة					Remarks
BP الضغط								
Pulse Rate النبض								
Respiratory Rate التنفس								
Temperature درجة الحرارة								
FI O2								
Sa O2								

Oxygen Therapy علاج : ◯ T.Piece ◯ Nasal Can. ◯ Vent. Mask ◯ I/M:.....

Given Medication الادوية المعطاة				
Drugs الدواء	Dose الجرعة	Route طريقة العطاء	Time الوقت	Signature التوقيع
(1)				
(2)				
(3)				
(1).....(2).....				

Urine Output كمية البول : O.....ml O Drain.....ml O Other .....ml

Transfer Order أوامر التحويل : O Awake فائق O Stable مستقر O Pain Free بدون ألم

Leave to يمكن الذهاب الى : O Ward الداخلى O ICU الرعاية O CCU رعاية القلب O Others أخرى

Instruction التعليمات:.....

Time of Transfer وقت الخروج :.....

Anesthetist Signature توقيع طبيب التخدير:.....PACU Nurse:..... ممرضة الافاقة.. NB* Medication

to be given post PACU should be written in medication once sheet.

MR. An.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.17 S.A.S 09		
عنوان السياسة	الوقاية من ترك الأدوات بعد العملية		
تاريخ إعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ تفعيل	1/9/2025	تاريخ اعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	3
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
رئيس قسم العمليات د/ جمال لطفي عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- استخدام طريقة موثقة للتأكد من صحة عدد القطن والشاش وفوط البطن والأدوات والإبر الجراحية المستخدمة قبل أو بعد التدخل الجراحي.

الغرض

- تحقيق أمان المريض بحمايته من ترك أي جسم غريب في جسده عقب التدخل الجراحي.

إجراءات العمل

- تتأكد الممرضة بالعمليات من خلو مسرح العمليات من أي قطن وشاش وفوط البطن والأدوات والإبر الجراحية المستخدمة غير تلك المجهزة للعملية الحالية.
- تقوم الممرضة المعقمة والممرضة المناولة قبل أن تبدأ الجراحة بعد الأدوات والضمادات والإبر معا وبصوت عال وفصل كل صنف في عمليه العد.
- يتم تسجيل هذا العد الأساسي على الفور بعد أن تأخذه الممرضة المناولة في نموذج عدد الأدوات والضمادات والإبر.
- يتم عد كل الأدوات والضمادات والإبر المضافة إلى منطقة العملية أثناء إجراء الجراحة بواسطة الممرضة المعقمة والممرضة المناولة وتسجلها الممرضة المناولة فورا.
- تقوم الممرضة المناولة أثناء إجراء العملية الجراحية بالتالي:
  - إجراء عد لكل الضمادات المستبعدة عن منطقه العملية بالاشتراك مع الممرضة المعقمة بصوت عال.
  - فصل الضمادات إلى وحدات.
  - وضع الضمادات المعدودة حسب وحداتها في أكياس التعقيم.
- تقوم الممرضة المناولة والممرضة المعقمة أمام الطبيب الجراح قبل البدء في إغلاق التجويف البريتوني بالعد معا وبصوت عال للآتي:
  - كل الأدوات والضمادات والإبر الموجودة في منطقة العملية والتي تم عدها قبل إجراء الجراحة وتلك التي أضيفت أثناء الجراحة.
  - كل الأدوات والضمادات والإبر التي تم استبعادها من منطقة العملية.
  - تسجل الممرضة المناولة العدد في العمود المطلوب " قبل إغلاق الغشاء البريتوني".

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- ترفع الممرضة المناولة تقريرها للجراح بصوت عال عن نتائج العد.
- تقوم ممرضتا المناولة والمعقمة قبل البدء في إغلاق الجلد بإجراء عد بصوت عال معا لكل الأدوات التي استخدمت بعد إغلاق الغشاء البريتوني وكل الأصناف الواردة في القسم من سجل عد الأدوات والضمادات والإبر:
  - تقوم الممرضة المناولة بتسجيل هذا العد النهائي في العمود المعنون بـ " العد النهائي".
  - يقوم كل من الممرضة المعقمة والممرضة المناولة والطبيب الجراح بالتوقيع في المكان المخصص لذلك في نموذج عد الآلات والمستلزمات الجراحية.

الاختلاف في عد الأدوات:

- عند الإبلاغ بوجود اختلاف فى عد الأدوات:
  - يتم إخطار الجراح فورا.
  - يتم إجراء بحث دقيق كالتالي:
    - ✓ موضع العملية بواسطة الجراح والمساعدين.
    - ✓ المنطقة المعقمة بواسطة المسئول عن التعقيم.
    - ✓ غرفة العمليات بواسطة الممرضة المناولة.

- عندما لا يمكن تسوية الاختلاف في عد الأدوات:
  - يتم أخذ صورة بالأشعة السينية لموضع العملية قبل مغادرة المريض لغرفة العمليات.
  - يقوم الشخص الذي يكشف هذا الاختلاف بإكمال تقرير الحوادث عن حدوث حادث.
- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات وعمل تقرير عن عملية عد الآلات والمستلزمات الجراحية.
- مؤشر الأداء: نسبة استكمال نموذج عد الآلات والمستلزمات الجراحية =

$$\frac{\text{عدد نماذج عد آلات المستلزمات و الجراحية المستكملة في فترة محددة لعينة محددة} \times 100}{\text{عدد ملفات مرضى الإجراءات الجراحية و التداخلية التي تم مراجعتها}}$$

  - المصدر:
    - ✓ الملف الطبي.
    - ✓ سجلات العمليات والإجراءات التداخلية.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- الهدف: 100%

- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية عد الأدوات والمستلزمات الجراحية.

المسئول عن التنفيذ

- الأطباء وأفراد هيئة التمريض.

النماذج

- نموذج عد الآلات والمستلزمات الجراحية.

الاختصارات

Sednawy Hospital GAHAR safety Requirements: **SH.G.S.R.17 S.A.S 09**

المراجع

- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

معايير ذات صلة

- QPI.10 Incident Report system
- SAS.07 Time-Out / Sign-Out
- SAS.08 Operative Report
- SAS.01 Surgery and Invasive Procedure Services

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

أسم المريض : .....

فرع:

رقم الملف الطبي للمريض:.....

المستشفي:

القسم المعالج : .....

Operating Room Count Sheet (Nursing Form)
نموذج احصاء عدد آلات ومستلزمات عملية جراحية

sex النوع: F M العمر : ..... Age

الجراح المساعد: ..... الجراح: .....

رقم الغرفة :..... نوع العملية : ..... Type of Surgery :

Item آلات / مستلزمات	العد المبدئى Initial Count	Additional Item العدد المضاف									العد عند الخياطة Closure Count	العدد النهائى Final Count

الطبيب الجراح : ..... التوقيع:.....

الممرضة المعقمة: ..... التوقيع:.....

الممرضة المناولة:..... التوقيع:.....

التاريخ : ..... الوقت:.....

MR.Op.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

سياسات إدارة وسلامة الدواء

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.19 M.M.S.10		
عنوان السياسة	التوافق الدوائي		
تاريخ إعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ تفعيل	1/9/2025	تاريخ اعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	3
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
الصيدلي الأول د/ انجي الكاشف	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوى

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- يلتزم جميع الأطباء بمستشفى صيدناوي بالحصول على قائمة العلاج الحالي للمريض بحيث تكون كاملة وموثقة عند دخول المريض للمستشفى.
- يلتزم صيادلة الصيدلية الداخلي وأطباء الأقسام بالمستشفى بعمل توافق دوائي للمريض عند (الدخول، نقل المريض من قسم إلى أخر، خروج المريض) على أن يتم استكمال التوافق الدوائي عند الدخول في غضون 24 ساعة.

الغرض

- تحقيق أمان المريض أثناء وجوده بالمستشفى من خلال الالتزام بحصول المريض على قائمة العلاج الحالي حتى لا يتوقف المريض عن أخذ الدواء أو حدوث تداخلات علاجية بين الأدوية مما قد يؤدي الى تأثر حالته الصحية أو تأجيل عمليته الجراحية التي أدخل المستشفى من أجلها.

إجراءات العمل

عند الدخول:

- يقوم الطبيب بأخذ التاريخ الدوائي للمريض بالكامل وتسجيله بنموذج (التاريخ المرضى والفحص الإكلينيكي)، ويتم أخذ التاريخ الدوائي من (المريض، أحد أقاربه، ملف طبي، تقارير، روشتات).

- يقوم الطبيب بمراجعة الأدوية التي كان يأخذها المريض قبل دخوله المستشفى والفيتامينات والمكملات الغذائية والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية واللقاحات التي يستخدمها المريض وتسجيلها بنموذج (التاريخ المرضى والفحص الإكلينيكي).

- يقوم صيادلة الصيدلية الداخلي المدربين بعمل توافق بين الدواء الموصوف للمريض في medication sheet والدواء المدون بتاريخه الدوائي فور اكتمال كل المعلومات الخاصة بحالة المريض مع التوقيع في medication sheet.
  وفي هذه الخطوة يجب على صيادلة الصيدلية الداخلي تقييم:
  - الأدوية المضافة حديثاً.
  - الأدوية التي توقف إعطاءها.
  - الأدوية المعدلة.
  - التفاعلات الدوائية.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- إذا وجد أي تعارض ينبغي الرجوع الى الطبيب.

عند النقل من قسم إلى قسم:

- يقوم الطبيب في القسم المنقول إليه المريض بمراجعة الملف الطبي للمريض ونموّذج النقل وتحديد الأدوية التي ستتوقف أو تستمر أو تعدل.
- يقوم صيادلة الصيدلية الداخلي المدربين بعمل التوافق بين الدواء الموصوف للمريض في medication sheet والدواء المدون بتاريخه الدوائي مع التوقيع. وفى هذه الخطوة يجب على الصيدلي تقييم:
  - الأدوية المضافة حديثاً.
  - الأدوية التي توقف إعطاءها.
  - الأدوية المعدلة.
  - التفاعلات الدوائية.
- إذا وجد أي تعارض ينبغي الرجوع إلى رئيس القسم.

عند خروج المريض:

- يقوم الطبيب بمراجعة قائمة الأدوية التي سيأخذها المريض بالمنزل مع قائمة الأدوية الموصوفة للمريض بالمستشفى ثم يقوم بتحديد الأدوية التي ستتوقف أو تستمر أو تعدل.
- يقوم الطبيب بتسجيل قائمة الأدوية التي سيأخذها المريض بالمنزل في ملخص الخروج (Discharge summary) (نسختين، نسخة توضع في ملف المريض ونسخة تعطى للمريض)
- يقوم الطبيب أو الصيدلي بشرح القائمة النهائية للأدوية (ملخص الخروج) للمريض أو عائلته، وتوضيح أي تغييرات (الأدوية الجديدة، الأدوية التي تم إيقافها، والتعديلات في الجرعات)، والتأكد من فهمهم الكامل للتعليمات
- يقوم صيادلة الصيدلية الداخلي بعمل التوافق الدوائي والتوقيع. في هذه الخطوة يجب على الصيدلي تقييم:
  - الأدوية المضافة حديثاً.
  - الأدوية التي توقف اعطاؤها.
  - الأدوية المعدلة.
  - التفاعلات الدوائية.

المسئول عن التنفيذ

- الصيادلة
- الأطباء.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

النماذج

- Medication Sheet
- نموذج التاريخ المرضي والفحص الإكلينيكي للمريض.
- نموذج النقل الداخلي أو الخارجي (Transfer form)
- صحيفة الدخول والخروج

الاختصارات

- GAHAR: general authorization of health accreditation & regulations

- المراجع: -
  - دليل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لمعايير اعتماد المستشفيات .2025 GAHAR
  - أهداف سلامة وأمان المريض - منظمة الصحة العالمية WHO.
  - متطلبات السلامة العالمية

المعايير ذات صلة

- PCC.07 Patient and family education process,
- ACT.08 Handover communication,
- ACT.07 Patient's care responsibility,
- ICD.06 Medical patient assessments,
- ACT.14 Patient's referral, transfer, temporary discharge, and discharge.

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

قائمة أفضل تاريخ دوائي ممكن والتوافق الدوائي

اسم المريض: ..... رقم الملف: .....التاريخ: / / 20

المريض لدية حساسية من: .....

هل يتناول المريض ادوية حاليا: ☐ نعم ☐ لا ولا يحتاج إلي أجراء توافق دوائي ☐ غير متاح معلومة عما يتناوله من ادوية حاليا

مصدر المعلومات عن التاريخ الدوائي:

☐ المريض نفسه ☐ نموذج الأوامر الدوائية ☐ وصفات اخرى مع المريض ☐ أهل المريض ☐ أدوية جلبها المريض معه

ملحوظة: *يتم تسجيل كافة ادوية المريض سواء كانت مزمنة او تؤخذ عند اللزوم ويسجل كذلك العوامل الصبغية للأشعة والأدوية العشبية والمكملات الغذائية- غير مصرح بصرف أدوية من الصيدلية باستخدام هذا النموذج- يتم مراجعة قائمة الادوية الحالية مع ما سجله الطبيب المعالج في نموذج الأوامر الدوائية.

م	قائمة الادوية الحالية يذكر اسم الدواء وطريق إعطائه والتكرار	اخر جرعة تناولها المريض	القرار
1			☐استمرار ☐إيقاف ☐تعديل الجرعة لـ .....
2			☐استمرار ☐إيقاف ☐تعديل الجرعة لـ .....
3			☐استمرار ☐إيقاف ☐تعديل الجرعة لـ .....
4			☐استمرار ☐إيقاف ☐تعديل الجرعة لـ .....
5			☐استمرار ☐إيقاف ☐تعديل الجرعة لـ .....
6			☐استمرار ☐إيقاف ☐تعديل الجرعة لـ .....
7			☐استمرار ☐إيقاف ☐تعديل الجرعة لـ .....
8			☐استمرار ☐إيقاف ☐تعديل الجرعة لـ .....
9			☐استمرار ☐إيقاف ☐تعديل الجرعة لـ .....
10			☐استمرار ☐إيقاف ☐تعديل الجرعة لـ .....

اسم القائم بعملية التوافق الدوائي: ..... التخصص: ☐طبيب ☐صيدلي اكلينيكي

توقيع الطبيب والتاريخ: ..... توقيع الصيدلي والتاريخ: .....

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتامين الصحي

فرع:

المستشفي :

اسم المريض:.....

رقم الملف الطبي للمريض: .....

القسم المعالج : .....

التاريخ المرضى والفحص الاكلينيكى

تاريخ الدخول : / /

Temperature: ..... B.P ..... Pulse: ..... R.R: .....

Pain: ○ No ○ Yes Specify: .....

	Normal	Abnormal	Mention
GENERAL APPEAANCE	○	○	
Skin	○	○	
HEAD & NECK			
Eyes	○	○	
Ears	○	○	
Nose	○	○	
Mouth & Pharynx	○	○	
Tongue & Teeth	○	○	
Thyroid	○	○	
L.N	○	○	
CHEST			
Inspection	○	○	
Palpation	○	○	
Percussion	○	○	
Auscultation	○	○	
HEART			
Inspection	○	○	
Palpation	○	○	
Percussion	○	○	
Auscultation	○	○	
ABDOMEN			
Inspection	○	○	
Palpation	○	○	
Percussion	○	○	
Auscultation	○	○	
Neurological Findings			
Cranial Nerves	○	○	
Motor System	○	○	
Sensory System	○	○	
Reflexes	○	○	
Gait	○	○	
Musculoskeletal			
Muscles & Bone	○	○	
Joints	○	○	
Extremities	○	○	
Nutritional Status	○	○	
Psychological Status	○	○	

Diagnosis :

.....

Associated Risk Factors : .....

.....

(*)Main Plan of Care : **(Intervention - Treatment-Nutrition-Follow up-Investigation – consultation- special needs- Education)**

.....

.....

.....

.....

Expected length of stay: ..... Days

Checked & reviewed by Dr: ..... Date : / / Time; .....

(*) Add in the care plan of nutritional management if any of the following present :

1- Lost weight unintentionally **3- Inability to eat > 5 Days**

2- Looks poorly nourished **4- Pregnant / Lactating with medical complications**

MR.Inp.Dr 2-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:.....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

[.

Personal Historv

Date: / / Time: .....Sex: ○ Male ○ Female
Age:.....

Patient Information: Child ○ Adult ○ If Adult Complete the Following:

Marital Status: ☐ M ☐ S ☐ D ☐ W Children: ○ Yes ○ No

Special Habits: ○ Yes ○ No if Yes: ○ Smoking ○ Coffee ○ Alcohol

Other Diseases: .....

Allergy :	○ **No**	○ **Yes**	**Mention :**..... .....
Adverse drug reaction :	○ **No**	○ **Yes**	**Mention :**..... .....

Complaints:
.....
.....

Present History:
.....
.....

Past History (hospital admission & surgery):
.....
.....

Psychosocial History / Drugs intake:.

.....

History By Systems	Normal	Abnormal	Mention
General	○	○	
Pain	○	○	
Respiratory System	○	○	
Cardiovascular System	○	○	
Gastrointestinal System	○	○	
Genitourinary System	○	○	
Endocrine	○	○	
Neurological System	○	○	

Current medications (before admission)		
Drug	Dosage / frequency	Duration of therapy

Signature: ..... **Date: .....**
Time:.....

MR.Inp.Dr 1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:.....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

[.

Personal Historv

Date: / / Time: .....Sex: ○ Male ○ Female
Age:.....

Patient Information: Child ○ Adult ○ If Adult Complete the Following:

Marital Status: ☐ M ☐ S ☐ D ☐ W Children: ○ Yes ○ No

Special Habits: ○ Yes ○ No if Yes: ○ Smoking ○ Coffee ○ Alcohol

Other Diseases: .....

Allergy :	○ **No**	○ **Yes**	**Mention :**..... .....
Adverse drug reaction :	○ **No**	○ **Yes**	**Mention :**..... .....

Complaints:
.....
.....

Present History:
.....
.....

Past History (hospital admission & surgery):
.....
.....

Psychosocial History / Drugs intake:.

.....

History By Systems	Normal	Abnormal	Mention
General	○	○	
Pain	○	○	
Respiratory System	○	○	
Cardiovascular System	○	○	
Gastrointestinal System	○	○	
Genitourinary System	○	○	
Endocrine	○	○	
Neurological System	○	○	

Current medications (before admission)		
Drug	Dosage / frequency	Duration of therapy

Signature: ..... **Date: .....**
Time:.....

MR.Inp.Dr 1-2

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : ..... .

MEDICATION SHEET

الطبيب المعالج :.....التشخيص:..... تاريخ الدخول : / /

DRUG ALLERGIES	WEIGHT	Height	AGE

ONCE ONLY OR PRE-MEDICATION PRESCRIPTION

Drug Name	Date	Time	Dose	Route	Direction	Dr. Signature	Pharmacist Sign / Nurse Sign	Time Given	Nurse Sign / Nurse Sign

التعليمات :

١ - صيغة الدواء صالحة لمدة 5 أيام منذ بدء التسجيل وعند إنتهاء صلاحيتها يتم مراجعة أدوية المريض وعند الحاجة لاستمرار العلاجيتمكتابةأدوية المريضصحيفةدواءجديدة لتكملةالعلاجعطريقالطبيبالتويتحملالمسئول عن المريض و يكتب الدواء بخط واضح ومقروء وبدون أي اختصارات ممنوعة.
٢ - تستخدم صحيفة دواء واحدة للمريض الواحد فى نفس الوقت وأى تغيير فى العلاج يكتب دواء جديد ويتم إيقاف الدواء المراد تغييره مع التوقيع بواسطة الطبيب مع كتابة كلمة يوقف كاملة او كلمة Discontinue كاملة وليست DC بالتاريخ والوقت ويتم وضع خط مائل علي باقي الايام.
٣ - تملأ الممرضة المواعيد المنتظمة للعطاء حسب البروتوكول المحدد للوحدة .
٤ - يتم كتابة جميع الأدوية المعطاه للمريض فى هذه الصحيفة بما فى ذلك أدوية قبل العمليات الجراحية . MR.Inp.Dr1-4 ٥ - تعتبر هذه الصحيفة جزء لا يتجزء من ملف المريض و الجرعات التى يتم إيقافها مؤقتا تكون موقعة من الطبيب

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

Regular Drug Prescriptions and Administration

تاريخ الدخول : / / التشخيص:.....
الطبيب المعالج :.....

Drugs		Time	Date	Date	Date	Date	Date .....
Drug							
Dose	Route						
Days	Freq.						
Date							
Direction							
Physician Sig		Nurse / Nurse					
Clinical Pharm. Sig.		Pharm. / Nurse					
Drug							
Dose	Route						
Days	Freq.						
Date							
Direction							
Physician Sig		Nurse / Nurse					
Clinical Pharm. Sig.		Pharm. / Nurse					
Drug							
Dose	Route						
Days	Freq.						
Date							
Direction							
Physician Sig		Nurse / Nurse					
Clinical Pharm. Sig.		Pharm. / Nurse					

OMITED OR POSTPONED DOSES

Date	Time	Drug	Reason	Physician Sign.	Nurse Sign.
			☐ Med Is not available ☐ Pt. refused Med ☐ Other		
			☐ Med Is not available ☐ Pt. refused Med ☐ Other		MR.Inp.Dr.2,3-4

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى :

اسم المريض:..... .....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

Intravenous Fluid

Prescription and Administration Record:

Date/ time	Fluid	Vol	Additive	Rate	Line	Freq.	Directions	Dr. Sign.	Pharm. / Nurse	Time Started	Date		Date		Date	
											Sign.	Vol hung	Sign.	Vol hung	Sign.	Vol hung

MR.Inp.Dr.4-4

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئه العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفي:

أسم المريض : .....

رقم الملف الطبي للمريض:.....

القسم المعالج : .....

نموذج تحويل داخلى
Transfer Form

تاريخ الدخول :.....	النـــوع :.....
رقم التأمين :	
التشخيص :..... ملخص الحالة :	
القسم المحول منه :.....	التاريخ :.....الساعة :.....
القسم المحول الية :.....	
١ – تسليم الملف :.....	
٢ – نتائج المعمل :.....	
الاشعات :.....	
Vital Signs:.....	
سبب التحويل :.....	
الطبيب المحول :.....	الطبيب المستلم:..... .

التمريض المحول	التمريض المستلم	تاريخ التسليم	ساعة التسليم
.....	.....	.....	.....

Mr.Dis.sh.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع:
المستشفي :

اسم المريض:.....
رقم الملف الطبي للمريض: .....
القسم المعالج : .....

صحيفة الدخول والخروج

تاريخ الميلاد: / / الرقم القومي: الرقم التأميني: رقم المستشفى الموحد :

☐ إصابة عمل القانون التابع له:☐ ق ٧٩ ☐ق٣٢ ☐ق ٩٩ ☐ق٢٣ ☐ ق٨ ☐أرامل ☐خاص ☐ بالحالة ☐هيئات متعاقدة☐ طوارئ

العيادة المربوط عليها : المستشفى المربوط عليها : رقم الإيصال : المبلغ المدفوع :

الحالة الاجتماعية :	الديانة:	المهنة:	جهة العمل:	النوع: أنثى ☐ ذكر ☐
عنوان المريض :	المدينة /القرية:	المحافظة:	رقم التليفون:	
اسم من يمكن الرجوع إليه :	العلاقة:	عنوانه:	رقم التليفون:	
تم تحويله من قبل: ☐ استقبال ☐ العيادة ☐ أخرى	حادث في : العمل ○ المنزل ○الطريق ○	محال من الشرطة نعم○لا ○	قسم الشرطة :	دخول سابق نعم ○ لا ○
الطبيب المعالج /الآمر بالدخول:	قسم الدخول:	الحجرة:	الدرجة:	لا○نعم ○مرافق :
التشخيص المبدئي :				
تاريخ الدخول: / / ساعة الدخول :	تاريخ الخروج: / / ساعة الخروج :	مدة الإقامة: يوم		
اعتماد الدخول:كاتب الدخول:	طبيب القسم :	مدير عام المستشفى :		

ICD CODE
.....
.....
.....
.....
.....

التشخيص النهائي -:
.....
التشخيصات المصاحبة -:
.....
/الاجراءات /العمليات -: .....
الفحوصات -: .....
.....

العلاج أثناء الإقامة بالمستشفى :-
.....
.....
.....
.....
.....
.....

العلاج عند خروج المريض :-
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autopsy
○Yes ○No

الحالة عند الخروج:
○ وفاه بعد ٢٤ساعة ○وفاة قبل ٢٤ ساعة ○لم تتحسن ○تحسن ○شفاء

○منزل ○ خروج حسب الطلب○ مستشفى أخري ○عيادة ○خروج إلي :

التوصية الطبية :
.....
.....
.....
.....

إجازة مرضي لمدة ..... يوم ○ لا نعم ○

إعتماد الخروج : طبيب القسم رئيس القسم
مدير عام المستشفى
الإسم :
التوقيع :
التاريخ والساعة:

MR.Ad.1-1

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.19 M.M.S.04		
عنوان السياسة	تخزين الدواء		
تاريخ إعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ تفعيل	1/9/2025	تاريخ اعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	2
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
الصيدلي الأول د/ انجي الكاشف	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوى

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- تلتزم المستشفى بالحفاظ على ظروف تخزين مناسبة (درجة حرارة، ضوء، رطوبة) في مناطق تخزين الأدوية لحماية استقرار الأدوية على مدار 24 ساعة يوميا 7 أيام أسبوعيا، مع إتباع عملية واضحة للتعامل مع انقطاع التيار الكهربائي.
- تلتزم المستشفى بتقييد الدخول إلى مناطق تخزين الأدوية والوصول بمستوى الأمان المطلوب لحمايتها من الضياع أو السرقة.
- تلتزم المستشفى بإتباع إجراءات استخدام وتخزين الأدوية متعددة الجرعات بما يضمن استقرارها وسلامتها.
- تضع المستشفى نظام لتمييز كل الأدوية والأوعية الخاصة بالأدوية مثل السرنجات التي تحتوى على أدوية أو المحاليل المستخدمة قبل العمليات والإجراءات الجراحية.

الغرض

- تحقيق أمان المريض أثناء وجوده بالمستشفى من خلال الالتزام بنظام تخزين وتمييز الأدوية والأوعية الخاصة بها.

إجراءات العمل

- يتم تخزين الأدوية بأمان بموجب توصيات الشركة المصنعة/ صاحب ترخيص التسويق والحفاظ عليها نظيفة ومنظمة.
- يتم تخزين الأدوية المؤثرة على النفسية والمخدرات وفقا للقوانين والأنظمة المعمول بها.
- يتم فحص الأدوية فى الصيدليات ومناطق رعاية المرضى بشكل دورى (مرة شهريا على الأقل) للتأكد من مطابقتها لشروط التخزين المناسبة.
- يتم تمييز الأدوية أو المحاليل عند انتقالها من العبوات الأصلية الخاصة بها إلى حاوية أخري.
- يقوم عضو الفريق الطبي المسئول (الممرضة، الطبيب) بتمييز الأدوية والأوعية الخاصة بها عند وضعها في وعاء ليس عليه بيانات الدواء مثل السرنجة أو زجاجة المحلول عن طريق وضع ملصق تعريفي.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

أولا: تعريف زجاجات المحاليل:

اسم المريض:	
الرقم الموحد:	
الدواء وتركيزه:	
المحلول:	
المعدل:	وقت التحضير:
صالح للاستخدام حتى:	التاريخ:
التوقيع:	
تحذيرات خاصة:	

ثانيا: تعريف السرنجات داخل العمليات

- يتم تعريف السرنجة باسم المريض، رقم الملف، اسم الدواء وتركيزه فقط.
- يتم التخلص من جميع الأوعية الغير مميزة.

المسؤول عن التنفيذ

- الأطباء.
- هيئة التمريض.
- الصيادلة.

النماذج

- نموذج الملصق التعريفي الخاص بتمييز الأدوية والأوعية الخاصة بها وزجاجات المحاليل.

الاختصارات

- SH.GSR.19:Sednawy Hospital Global Safety Requirements

المراجع

- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات إصدار 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

معايير ذات صلة

- MMS.01 Medication management program,
- MMS.06 High-alert medications and concentrated electrolytes,
- MMS.07 Look-alike and Sound like medications.,
- EFS.11 Utility Management,
- MMS.08 Medication recall, expired, and outdated medication.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.20 M.M.S.06		
عنوان السياسة	الأدوية عالية الخطورة وعالية التركيز		
تاريخ إعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ تفعيل	1/9/2025	تاريخ اعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	4
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
الصيدلي الأول د/ انجي الكاشف	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- تلتزم المستشفى بتحديد الأدوية ذات الخطورة العالية والأدوية والأملاح عالية التركيز بالأسماء العلمية وتمييزها وجمعها في قائمة منفصلة وتوزيعها على جميع مقدمي الخدمة الطبية والتعامل مع الأدوية المدرجة بالقائمة المذكورة بالشكل الصحيح طبقا للتعليمات الخاصة بكل مستحضر مع تجنب تخزين الأدوية عالية الخطورة وعالية التركيز في مناطق رعاية المرضى لضمان عدم تعرض المريض لأي مخاطر علاجية من جراء الاستخدام الخاطئ للمحاليل المركزة دون تخفيفها.

الغرض

- ضمان التعامل بالحرص الواجب مع الأدوية ذات الخطورة العالية والأدوية والأملاح عالية التركيز حرصا على عدم تعرض صحة المريض لأي مخاطر علاجية.

التعريفات

الأدوية الخطرة:

- هي أدوية تسبب أخطار جسيمة للمريض عند استخدامها بصورة خاطئة، لذلك توضع لها قائمة توضح ماهي تلك الأدوية الخطرة التي يلزم التعامل معها بحرص لتجنب حدوث أي خطأ في استخدامها.

الأدوية عالية التركيز:

- هي الأدوية التي لابد أن تخفف قبل الاستخدام ولا يجوز استخدامها مطلقا بدون تخفيف حيث أن استخدامها بدون تخفيف يسبب أخطارا جسيمة ويمكن أن تودي بحياة المريض.

إجراءات العمل

- يقوم الصيدلي الأول بمساعدة الصيادلة بالمستشفى سنويا بوضع قائمة الأدوية عالية الخطورة والمحاليل ذات التركيزات العالية محددة بالاسم العلمي وتعليمات التخفيف والإعطاء والملاحظة بالاستناد إلى بيانات المستشفى الخاصة والمصادر الوطنية والدولية المعتمدة (مثل ISMP و WHO).
- يقوم الصيدلي الأول بعرض القائمة على لجنة الدواء لأخذ موافقة اللجنة.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- يقوم الصيدلي الأول بتوزيع القائمة على جميع الأقسام العلاجية والوحدات بالمستشفى.
- يلتزم جميع مقدمي الخدمة الطبية بمعرفة التفاصيل العلاجية الخاصة بالأدوية المدرجة بالقوائم المذكورة لضمان استخدامها بالطريقة الصحيحة حرصا على عدم تعرض صحة المريض لأي مخاطر علاجية.
- يتم تدريب الأطباء والصيادلة والتمريض على التعامل مع هذه الأدوية.
- عند استخدام هذه الأدوية يتم عمل مراجعة ثنائية من اثنين من الممرضات قبل إعطائها.
- عند إعداد وتحضير هذه الأدوية يكون في مكان ذو إضاءة جيدة وبعيدا عن أي ضجيج أو مقاطعات ويقوم الصيدلي بمراجعة نموذج صرف العلاج ثم يقوم بصرف العلاج ثم يقوم صيدلي آخر بعمل مراجعة أخرى وتأكيد للصرف.
- عند تخزين الأدوية الخطرة في الصيدلية يقوم الصيدلي بوضع بطاقة عليها علامة مميزة (حمراء على الأدوية الخطرة) على الرف الحاوي لها.
- عند تخزين الأدوية عالية التركيز في الصيدلية يقوم الصيدلي بوضع بطاقة عليها علامة زرقاء على الرف الحاوي لها ويكتب (واجب تخفيفه).
- يتم فصل الأدوية الخطرة والأدوية عالية التركيز في رف منفصل عن الأدوية العادية.
- تحتوي بطاقة الصنف على البيانات الآتية:
  - الاسم العلمي للدواء، التركيز، الشكل الصيدلي.
- يقوم الصيدلي عند صرف الأدوية الخطرة بوضع علامة حمراء على كل أمبول أو زجاجة.
- يقوم الصيدلي عند صرف الأدوية عالية التركيز بوضع علامة زرقاء على كل أمبول أو زجاجة ويكتب عليه (واجب تخفيفه).
- يمكن في حالة صرف الصيدلي كميات كبيرة يمكن تكليف الممرضة بوضع هذه العلامات على كل وحدة.
- يتم وضع مرجع دوائي بقسم العناية الحرجة (استخدام كل دواء، طريقة إعطائه، الجرعات، الأعراض الجانبية، المعايير الواجب إتباعها عند الاستخدام والتحضير).
- عند إعطاء هذه الأدوية يتم عمل مراجعة ثنائية بين الممرضة المسئولة عن الحالة وممرضة أخرى.

مستشفى صيدناوي نسخة مراقبة Controlled إدارة توكيد الجودة

- التثقيف الصحي للفريق الطبي والمريض وأهله بخصوص: أهمية المتابعة، الالتزام، تفاعلات الدواء والغذاء، ردود الفعل السلبية.
- تتبع المستشفى وتجمع وتحلل وتقوم بعمل تقرير عن البيانات المتعلقة بعملية التعامل مع الأدوية عالية الخطورة وعالية التركيز.
- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية التعامل مع الأدوية عالية الخطورة وعالية التركيز.

مؤشر الأداء:

1. نسبة الأخطاء الدوائية الخاصة بالأدوية عالية الخطورة وعالية التركيز =

$$\frac{\text{عدد وصفات الادويةعالية الخطورةو عالية التركيز اللتي بها أخطاء دوائية لعينة محددة خلال شهر} \times 100}{\text{إجمالي عدد الوصفات الدوائية لنفس العينة خلال نفسه الشهر}}$$

المصدر:

- نموذج تنفيذ الدواء
- سجل تسجيل الأخطاء الدوائية في صيدلية الصرف.

الهدف: صفر%

2. نسبة المرضى الذين تعرضوا للنتائج العكسية الدوائية من الأدوية عالية الخطورة وعالية التركيز =

$$\frac{\text{عدد المرضى الذين تعرضوا للنتائج العكسية الدوائية من الأدوية عالية و التركيز خلال شهر} \times 100}{\text{إجمالي عدد الوصفات الدوائية في خلال الشهر}}$$

المصدر:

- سجلات قسم الصيدلية الإكلينيكية.
- نموذج الأحداث الغير متوقعة.

الهدف: صفر%

المسئول عن التنفيذ

- الأطباء
- الصيادلة.
- هيئة التمريض.

النماذج

- قائمة الأدوية عالية الخطورة.
- قائمة الأدوية عالية التركيز.

الاختصارات

- SHGSR.20:Sednawy Hospital Global Safety Requirements

المراجع

- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات إصدار 2025
معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

المعايير ذات صلة

MMS.04 Medication storage and labelling
MMS.13 Medication preparation, medication preparation area, labeling of medications
MMS.15 Medication administration, order verification, medication-self administration
MMS.17 Medication errors, near miss, medication therapy problems.

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

رقم السياسة	SH.G.S.R.21 M.M.S.07		
عنوان السياسة	الأدوية المتشابهة في الشكل و النطق		
تاريخ إعداد	12/1/2025	رقم الإصدار	1
تاريخ تفعيل	1/9/2025	تاريخ اعتماد	30/1/2025
تاريخ المراجعة	1/9/2028	عدد الصفحات	3
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الطبية بالمستشفى		
إعداد	مراجعة	اعتماد	
الصيدلي الأول د/ انجي الكاشف	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوى
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

السياسة

- تلتزم مستشفى صيدناوى بفصل وتمييز الأدوية المتشابهة اسما ونطقا مع استخدام ملصقات مصممة خصيصا واستخدام حروف كبيرة للتأكيد على الاختلافات في اسم الدواء في مناطق تخزين الأدوية لتقليل المخاطر.

الغرض

- وضع آليات محددة لمنع الخطأ الذي قد يحدث للمريض أثناء وجوده بالمستشفى بسبب التشابه في الأدوية في الشكل أو في النطق.

إجراءات العمل

- تقوم الصيدلية بتجهيز قائمة بالأدوية المتشابهة اسما ونطقا على أن تكون مسئولية تجديد وتحديث هذه القائمة كل 12 شهر على الصيدلي الأول والصيادلة أو في حالة توريد الأدوية ذات شكل مختلف.
- يقوم الصيدلي الأول بعرض القائمة على لجنة الدواء.
- يقوم الصيدلي الأول بتوزيع القائمة على جميع الأقسام العلاجية والوحدات بالمستشفى.
- يقوم الصيدلي بالفصل بينها وكتابة عناوين واضحة على بطاقات عليها علامة خضراء في حالة الأدوية المتشابهة شكلا (سواء في الشكل الخارجي أو في طريقة الكتابة) وبطاقات عليها علامة صفراء فى حالة الأدوية المتشابهة نطقا في أماكن التخزين.
- يقوم الصيدلي بتمييز جميع الأدوية (الأمبولات ، المحاليل ،.....) قبل الصرف.
- كما يقوم الصيدلي بالتنبيه علي من سيقوم باستلام الدواء من الصيدلية بضرورة الفصل بينهم لأمان المريض.
- تتبع المستشفى وتجمع وتحلل ويتم عمل تقرير عن البيانات المتعلقة بعملية التعامل من LASA
- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة فى عملية التعامل مع الأدوية LASA

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

- يتم تدريب جميع مقدمي الخدمة (الأطباء، الصيادلة، هيئة التمريض) بشكل دوري (سنوياً على الأقل) على سياسة الأدوية المتشابهة (LASA)، وكيفية التعرف عليها، وإجراءات التخزين والتمييز والصرف الآمن الخاصة بها.

مؤشر الأداء

- نسبة الأخطاء الدوائية الخاصة بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق =

$$\frac{\text{عدد وصفات الادوية المتشابهة الشكل و النطق اللتي بها أخطاء دوائية لعينة محددة خلال شهر} \times 100}{\text{إجمالي عدد الوصفات الدوائية لنفي العينة خلال نفسه الشهر}}$$

المصدر:

نموذج تنفيذ الدواء

سجل تسجيل الأخطاء الدوائية في صيدلية الصرف.

الهدف: صفر%

- نسبة المرضى الذين تعرضوا للنتائج العكسية الدوائية من الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق =

$$\frac{\text{عدد المرضى اللذين تعرضوا للنتائج العكسية الدوائية من الأدوية المتشابهة في الشكل و النطق خلال شهر} \times 100}{\text{إجمالي عدد الوصفات الدوائية في خلال الشهر}}$$

المصدر:

نموذج الأحداث الغير متوقعة.

سجلات قسم الصيدلية الإكلينيكية.

الهدف: صفر-*%.

المسئول عن التنفيذ: الفريق الطبي.

النماذج

- قائمة الأدوية المتشابهة في الشكل أو النطق.

الاختصارات

- SH.GSR.21 Sednawy Hospital Global Safety Requirements

مستشفى صيدناوي

مستشفى صيدناوي
نسخة مراقبة
Controlled
إدارة توكيد الجودة

المراجع

- المعايير القياسية العالمية لأمان المريض.
- المتطلبات المصرية لتسجيل المستشفيات 2025
- معايير هيئة الاعتماد والرقابة الصحية للمستشفيات 2025

معايير ذات صلة

- APC.03 Sustaining compliance with accreditation standards
- MMS.04 Medication storage and labelling
- MMS.13 Medication preparation, medication preparation area, labeling of medications
- MMS.15 Medication administration, order verification, medication-self administration
- MMS.17 Medication errors, near miss, medication therapy problems.

مستشفى صيدناوي