



مستشفى صيدلاني

ادارة الجودة





3.	سياسات أمان وسلامة المريض	1
4	(1) تعريف الصحيح للمريض الصحيح	1
23	(2) سياسة تلقي وتطبيق الأوامر الشفهية والتليفونية	2
37.....	(3) سياسة النتائج الحرجة	3
50	(4) سياسة تسليم وتسلم أحوال المرضى	4
63	(5) سياسة منع سقوط المرضى واتخاذ الإجراءات الضرورية لتجنب السقوط	5
76	(6) سياسة منع حدوث قرح الفراش أثناء وجود المريض بالمستشفى	6
92	(7) بروتوكول فحص وحماية المرضى المعرضون للجلطات الدموية الوريدية	7
100.....	(8) سياسة الإنذارات الحرجة	8
119	(9) سياسة تفادي التوصيل الغير سليم للقسطر والأنبوب	9
130	(10) سياسة الاستجابة السريعة للحالات الحرجة	10
144.....	(11) سياسة الإنعاش القلبي الرئوي	11
158	2. سياسات الجراحة والتخدير والتهيئة	2
159	(12) وضع علامة على الموضع الجراحي	12
165	(13) القائمة التفقدية قبل الإجراء	13
181	(14) الوقت المستقطع والخروج من العمليات	14
189.....	(15) الوقاية من ترك الأدوات بعد العملية	15
194	3. سياسات إدارة وسلامة الدواء	3
195	(16) التوافق الدوائي	16
208.....	(17) تخزين الدواء	17
211.....	(18) الأدوية عالية الخطورة وعالية التركيز	18
216	(19) الأدوية المتشابهة في الشكل و النطق	19



سياسات أمان وسلامة المريض



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





السياسة

- يلتزم جميع العاملين بمستشفى صيدناوى باستخدام طريقتين لتعريف المرضي (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 رباعي والرقم الموحد)

الرقم الموحد

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

إجراءات العمل

- تسجيل المريض: تقوم المستشفى باستخدام وسائلتين لتحقق عن البيانات الشخصية عن طريق سؤال المريض (الاسم رباعي، رقم البطاقة). ثم يقوم بإعطائه الرقم الموحد.

○ في حالة المريض غير واعي يتم سؤال القائم مع المريض ومعه البطاقة الشخصية للمريض

○ في حالة حدوث أي خلل في النظام يتم تعريف المريض بـ **الرقم التأميني** لحين عودة النظام

○ في حالة المريض الوعي وبدون إثبات شخصيه يتم تسجيل المريض (ادعاء) بالاسم الذي يقوم بالبلاغة لحين إحضار إثبات الشخصية



• متى يرتدى المريض أسوره التعريف ومن المسئول عن كتابتها ووضعها؟

- تقوم ممرضة الطوارئ بمجرد دخول المريض غرفة ملاحظة الطوارئ بوضع أسوره التعريف للمريض وفي حالة عدم توفر كمية أسور للكل المرضى يتم كتابة بيانات تعريف المريض على بلاستر يكتب عليه اسم المريض والرقم الموحد

- لا يتم وضع أسوره 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 الأسوره للمريض

• أماكن وضع أسوره التعريف

- توضع باليد اليمنى إلا إذا وجد سبب يمنع ذلك فتوضع باليد اليسرى (مثل حالات قسطرة القلب) وإذا تعذر ذلك توضع بالكاحل الأيمن إليه الكاحل الأيسر وفي حالة فشل كل ذلك يتم تعليق الأسوره في ملابس المريض بدبوس الملابس الآمن أو كتابة بيانات المريض على بلاستر الكانيولا

- تقوم الممرضة بإعلام المريض وذويه بأهمية أسوره التعريف وأنه عند فقدها يقوم بإبلاغ الممرضة فورا وأنه لا يتم خلع أسوره التعريف إلا عندما تنتهي إجراءات الخروج كاملة.

- تقوم الممرضة المسئولة بوضع أسوره جديدة إذا فقدت الأصلية أو أصبحت غير مقروعة.

- عندما يقدم إجراء علاجي للمريض ويستلزم خلع أسوره التعريف تقوم الممرضة بوضع أسوره أخرى قبل خلع الأولى

- في حالة رفض المريض تركيب أسوره يتم عمل نموذج احداث غير متوقعه وتوثيق رفض المريض



- بعد موافقة الأهل يتم كتابة على ذراع المريض بقلم غير قابل للمسح (Permanent)
- التأكد من تعريف المريض:
- يقوم الفريق الطبي بالتأكد من تعريف المريض الوعي بسؤاله عن اسمه رباعي ومطابقته مع بيانات أسورة التعريف والملف الطبي (اسم المريض رباعي، الرقم الطبي الموحد).
- في حالة المرضى فقد 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 أخذ العلامات الحيوية
✓ عند تقييم المريض
✓ عند تركيب وفك الوصلات للمريض
✓ عند خروج المريض
✓ عند تسليم حالة وفاة



مرضى الغسيل الكلوى:

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

المرضى فاقدى الهوية:

- المرضى الفاقدين للهوية كما في حالة (مرضى الإصابات المتعددة فاقدى الوعي) يتم تعريفهم بـ(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 والتسلیم ISBAR
- تقوم مشرفة التمريض بكتابة مريض متشابه في الاسم على الملف الطبي وجميع مشتملاته.
- توزيع المرضى على فريق طبي مختلف

• المرضى المتوفين:

- يقوم الأطباء والتمريض والعامل 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).



• مرضي الادعاء

- في حالة المريض الوعي والذي لا يوجد معه إثبات 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



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

الطرق المستشنة 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 هوايthem 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 والحالين) الذين لهم صلة بالتعامل مع المرضى على هذه السياسة وإجراءاتها
- تعمل المستشفى على فرض التحسين المحدد في عملية تعريف المريض.
- مؤشر الأداء:

$$\text{عدد المرضى الذين تم تعريفهم بطريقة صحيحة} \times 100 \div \text{اجمالي عدد المرضى الذين تم فحص تعريفهم طبقا للسياسة}$$

- المصدر: الملف الطبي والسجلات
- الهدف: 100%.
- المسؤول عن التنفيذ
- الفريق الطبي. - العاملين بالمستشفى.



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



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 التبلغ	
INDIVIDUAL OR MEMBER OF STAFF INVOLVED (Tick One or More)			
<input type="checkbox"/> Nurse ممرض <input type="checkbox"/> Physician طبيب <input type="checkbox"/> Administrative إداري <input type="checkbox"/> Patient مريض		<input type="checkbox"/> Nursing Aid مساعد مربي <input type="checkbox"/> Technician فني <input type="checkbox"/> Security أمن <input type="checkbox"/> Other اخر	
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 ID: رقم الملف الطبي	<input type="checkbox"/> Female امرأة	<input type="checkbox"/> Male ذكر
Briefly describe the incident/ occurrence and attach the supporting data when applicable وصف ملخص للحدث مع الدعم بحسب متى إذا أمكن			
Immediate Corrective Action taken: To be completed by involved/concerned department الإجراء التصحيحي المتخذ : يتم كتابة من قبل الشخص المسؤول			
Suggested Preventive Action: To be completed by the concerned Head of Department for follow up الإجراء التصحيحي المقترن : يتم كتابة من قبل رئيس القسم المختص			
Name: Date: Time: Signature:			
O . V . R . 1-2			



الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع :

مستشفى :

يتم كتابة بواسطة الجودة

CLASSIFICATION OF OCCURRENCE VARIANCE:

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

- This Event is considered: Sentinel Adverse Near Miss
 - Risk Score / Degree of Harm/Injury: () نتائج تقييم خطورة الحدث
- QUALITY DEPARTMENT RECOMMENDATION توقيعية إدارة الجودة

Quality Manager Signature :

Date:

Time :

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

- Appropriate & complete Inappropriate & incomplete
كامل و غير مناسب كاملاً ومناسباً
 No further action required Other أخري ليس هناك إجراء مطلوب

O . V . R . 2-2



نموذج التثقيف الصحي

اسم المريض:
رقم الملف الطبي للمريض:
القسم المعالج:

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى:

التحقيق الصحى للمريض

<p>التاريخ : / / القسم : تقييم مبدئي للاحتياجات التعليمية للمريض / الأسرة (هذا الجزء يملاً بمعرفة التمريض) - التعليم : <input type="checkbox"/> مؤهل على <input type="checkbox"/> مؤهل متوسط <input type="checkbox"/> يقرأ ويكتب <input type="checkbox"/> أمي - الحالة النفسية والقابلية للتعلم : <input type="checkbox"/> يريد ويسجيب <input type="checkbox"/> لا يريد ولا يستجيب - عوائق للتثقيف : <input type="checkbox"/> عضوية (السمع - الكلام) <input type="checkbox"/> معرفية (مستوى الذكاء والإستيعاب) - بناءً على المعلومات السابقة سيتم تقديم التثقيف لـ الأسرة <input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> مكتوبة - طريقة التثقيف : <input type="checkbox"/> شفاهة <input type="checkbox"/> أخرى (اذكر) - شرح من قبل كواذر أخرى . (حدد) : </p>
--

التوقيع	تم	شرح من قبل الطبيب
		هل تم شرح التشخيص الطبي ؟
		هل تم شرح طريقة العلاج والأثار الجانبية ؟
		هل تم شرح الاجراءات والفحوصات المطلوبة قبل اجراءها ؟
		هل تم شرح التفاعل الدوائي الغذائي ؟
		التأهيل الوظيفي (العلاج الطبيعي) عند الحاجة
		هل هناك حاجة لحضور برنامج تنفيسي اضافي ؟
		هل تم شرح تعليمات الخروج والمتابعة ؟
		هل تم شرح واستيعاب وفهم تعليمات الخروج والمتابعة ؟
<u>شرح من قبل التمريض</u>		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 الغذائي و تقليل المخاطر مثل التدخين وأهمية الرياضة والنظام الغذائي

تم شرح التثقيف الصحي :

توقيع المريض : التاريخ : / / الوقت :

MR.Inp.Dr.1-1



SH.G.S.R.1.1 A.C.T.03

رقم السياسة

سياسة تعريف طفل حديث الولادة			عنوان السياسة
رقم الإصدار	تارikh الإعداد	تارikh التفعيل	تارikh المراجعة
1	12/1/2025	30/1/2025	1/9/2025
4	1/9/2028	عدد الصفحات	30/1/2025
<p>❖ مكتب الدخول</p> <p>❖ عمليات النساء والتوليد</p> <p>❖ العناية المركزية للمبتسرين</p>			نطاق التفعيل
اعتماد	مراجعة	إعداد	
مدير المستشفى د/ وسام وهيبة	لجنة الجودة د/ إيمان سامي	رئيس الهيئة الطبية د/ محمد مختار رئيسة التمريض م/ هيا مسعود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	

د/ إيمان سامي السيد
مديره الجودة
مستشفى صيدناوى



السياسة

تلتزم المستشفى بتعريف الأطفال حديث الولادة بالطريقة الصحيحة الآمنة.

الغرض

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

إجراءات العمل

في حالة ولادة الألم في المستشفى:

- يقوم مكتب الدخول بمراجعة بطاقة الرقم القومي وإصدار صحيفة الدخول.

- تقوم الممرضة بتركيب أسوارة التعريف للألم عليها البيانات الآتية:

الاسم الرباعي.

الرقم الموحد.

- بمجرد ولادة الطفل تقوم الممرضة بعمل 2 أسوارة يد لكل طفل تثبت على الكاحل لكلا القدمين ويقوم الطبيب بمراجعة ذلك وتنكتب البيانات الآتية على الأسوارة:

ابن أو ابنة (اسم الألم).

الرقم الموحد للألم.

تاريخ الميلاد.

وقت الولادة.

1-2-3: Twin / Triple (في حالة التوأم)

تقوم الممرضة بمراجعة هذه البيانات مع الألم ومضاهاتها بأسوارة الألم.

- تقوم الممرضة بالتأكد من أن الأسوارة محكمة حول كاحل الطفل لكي لا تقع وأيضاً لا تؤدي جلد الطفل.

- تقوم الممرضة بالعمليات أو كشك الولادة بوضع بصمة قدم الطفل في الملف الطبي للألم.

في حالة دخول الطفل NICU بعد الولادة باللحظة (السيروفو)

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



في حالة دخول الطفل NICU بعد الولادة بالمستشفى

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

في حالة ولادة الطفل خارج المستشفى:

- عند عمل دخول الطفل حديث الولادة إلى NICU وفي 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 أسوة يد لكل طفل على كاحل كل القدمين(ankle) وتقوم بكتابه البيانات الآتية:
 - (في حالة التوأم) Triple / Twin
 - ابنة او ابن (اسم الأم رباعي).
 - تاريخ الميلاد.
 - وقت الميلاد.
 - رقم **موحد** الطفل.

- عند دخول الطفل حديث الولادة إلى NICU تقوم ممرضة NICU بالتأكد من وجود 2 أسوة اليد لكل طفل مثبتة على كاحل كل من القدمين.
- تقوم الممرضة NICU بمراجعة بيانات أسوة الطفل مع الأم.



- تقوم ممرضة NICU بالتأكد من أن الأسوره محكمة حول كاحل الطفل لكي لا تقع وأيضاً لا تؤدي جلد الطفل.

- تقوم ممرضة NICU بوضع بصمه قدم الطفل في الملف الطبي للطفل.

مراجعة سوار اليد:

- تقوم ممرضة NICU بمراجعة 2 أسوره اليد لكل طفل مع الألم والأب قبل تثبيتهم على كاحل الطفل.

- يقوم طبيب NICU بمراجعة 2 أسوره اليد لكل طفل كل يوم خلال الكشف الطبي.

عند فقد أسوره اليد:

- في حالة فقد أسوره يد واحدة: تقوم ممرضة NICU بتركيب أسوره يد جديدة.

- في حالة فقد 2 أسوره 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) أسوره يد جديدة وعليها بيانات الطفل بعد مراجعتها مع الألم والطبيب المختص.

- تقوم ممرضة NICU بكتابه تقرير أحداث غير متوقعة.

- في حالة فقد 2 أسوره يد لأكثر من طفل في القسم:

- تقوم ممرضة NICU بإبلاغ مشرفة القسم ومديرة التمريض ومدير المستشفى.

- تقوم ممرضة NICU بكتابه تقرير أحداث غير متوقعة جسيمة.

- يتم استخدام تقنية DNA لمعرفة نسب الأطفال الغير معروفيين.



النماذج

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

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



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 التبلغ	
INDIVIDUAL OR MEMBER OF STAFF INVOLVED (Tick One or More)			
<input type="checkbox"/> Nurse ممرضة <input type="checkbox"/> Physician طبيب <input type="checkbox"/> Administrative إداري <input type="checkbox"/> Patient مريض <input type="checkbox"/> Nursing Aid مساعد ممرضة <input type="checkbox"/> Technician فني <input type="checkbox"/> Security أمن <input type="checkbox"/> 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 ID: رقم الملف الطبي	Female ائنی	Male ذكر
Briefly describe the incident/ occurrence and attach the supporting data when applicable وصف ملخص للحدث مع الدعم بحسب اذن المخول			
Immediate Corrective Action taken: To be completed by involved/concerned department الاجراء التصحيحي المنفذ : يتم كتابة من قبل الشخص المسئول			
Suggested Preventive Action: To be completed by the concerned Head of Department for follow up الإجراء التصحيحي المقترن : يتم كتابة من قبل رئيس القسم المختص			
Name: Date: Time: Signature:			
O . V . R . 1-2			



 يتم كتابة بواسطة الجودة		
الهيئة العامة للتأمين الصحي فرع : _____ مستشفى : _____		
CLASSIFICATION OF OCCURRENCE VARIANCE:		
PATIENT CARE ISSUES	SENTINEL EVENT	MEDICATION ERROR
<input type="checkbox"/> Complication following procedure <input type="checkbox"/> Procedure delay <input type="checkbox"/> Patient care delay <input type="checkbox"/> Use of Blood/Blood Products e.g. Blood Reaction <input type="checkbox"/> Pressure ulcer Community : Hospital <input type="checkbox"/> Others, Specify: _____	<input type="checkbox"/> Unanticipated death not related to the natural cause of illness <input type="checkbox"/> Major permanent loss of function <input type="checkbox"/> Wrong-site of surgery <input type="checkbox"/> Wrong-procedure / surgery <input type="checkbox"/> Wrong-patient surgery <input type="checkbox"/> Others, Specify: _____	Medication's Name: _____ <input type="checkbox"/> Wrong Drug Wrong Dose <input type="checkbox"/> Wrong Time Wrong Route <input type="checkbox"/> Wrong Patient Missed Dose <input type="checkbox"/> Drug not given I.V.infiltration <input type="checkbox"/> Expired Drug
IPSGS	COMMUNICATION	DOCUMENTATION OR RECORDS
<input type="checkbox"/> Patient Identification <input type="checkbox"/> Fall or Found on Floor <input type="checkbox"/> Transfer/ Handover Communication <input type="checkbox"/> Safe Surgery <input type="checkbox"/> Reduce Risk of Infection (hand- hygiene guidelines)	<input type="checkbox"/> Property loss – Staff : Patient <input type="checkbox"/> Behavioral – Staff : Patient <input type="checkbox"/> Ethical <input type="checkbox"/> Patient Complaint <input type="checkbox"/> Others, Specify: _____	<input type="checkbox"/> Health record unavailable or delayed <input type="checkbox"/> Illegible entry or order <input type="checkbox"/> Incomplete or inaccurate documentation <input type="checkbox"/> Others, Specify: _____
FMS	EQUIPMENT	PCI
<input type="checkbox"/> Fire Alarm : Theft <input type="checkbox"/> Smoking Environmental <input type="checkbox"/> Breakdown of doors <input type="checkbox"/> Safety and Security <input type="checkbox"/> Others, Specify: _____	<input type="checkbox"/> Equipment use related <input type="checkbox"/> Others, Specify: _____	<input type="checkbox"/> Sharps /Needle Stick Injury <input type="checkbox"/> Isolation Violation <input type="checkbox"/> Others, Specify: _____
Others not classified above, Specify: _____		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ This Event is considered: <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/> Adverse <input type="checkbox"/> Near Miss ▪ Risk Score / Degree of Harm/Injury: () نتائج تقييم خطورة الحدث QUALITY DEPARTMENT RECOMMENDATION توصية إدارة الجودة		
Quality Manager Signature : _____ Date: _____ Time : _____		
Follow-up Status of action taken: متابعة حالة الإجراء المتخذ		
<input type="checkbox"/> Appropriate & complete <input type="checkbox"/> Inappropriate & incomplete كامل و غير مناسب غير مناسب و غير كامل <input type="checkbox"/> No further action required <input type="checkbox"/> Other ليس هناك إجراء مطلوب آخر		



اسم المريض:
رقم الملف الطبي للمريض:
القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى:

التقىيف الصحى للمريض

التاريخ: / / القسم :
تقييم مبدئي للاحتياجات التعليمية للمريض / الأسرة (هذا الجزء يملأ بمعرفة التمريض)
- التعليم: مؤهل عالى مؤهل متوسط يقرأ ويكتب أمى
- الحالة النفسية والقابلية للتعلم: يريد ويسجيب لا يريد ولا يستجيب
- عوائق للتقىيف :
 عضوية (السمع - الكلام) معرفة (مستوى الذكاء والاستيعاب)
- بناءً على المعلومات السابقة س يتم تقديم التقىيف لـ المريض الأسرة
- طريقة التقىيف : شفاهة مكتوبة
..... أخرى (اذكر)
- شرح من قبل كواذر أخرى . (حدد) :
.....

<u>شرح من قبل الطبيب</u>	<u>التوقيع</u>	<u>تم</u>
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 الغذائي ؟		
التأهيل الوظيفى (العلاج الطبيعي) عند الحاجة		
هل هناك حاجة لحضور برنامج تثقيفى اضافى ؟		
هل تم شرح تعليمات الخروج والمتابعة ؟		
هل تم شرح واستيعاب وفهم تعليمات الخروج والمتابعة ؟		
<u>شرح من قبل التمريض</u>		
هل تم شرح أهمية ارتداء اسوره 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 الغذائي و تقليل المخاطر مثل التدخين وأهمية الرياضة والنظام الغذائي		

تم شرح التقىيف الصحى :

توقيع المريض : الوقت : / التاريخ : /

MR.Inp.Dr.1-1



SH.G.S.R.02 ICD.18

رقم السياسة

سياسة تلقي وتطبيق الأوامر الشفهية والتليفونية			عنوان السياسة
1	رقم الإصدار	12/1/2025	تاريخ الإعداد
30/1/2025	تاريخ الاعتماد	1/9/2025	تاريخ التفعيل
7	عدد الصفحات	1/9/2028	تاريخ المراجعة
جميع الأقسام الطبية بالمستشفى			نطاق التفعيل
اعتماد	مراجعة	إعداد	
مدير المستشفى د/ وسام وهيبة	لجنة الجودة: د/ إيمان سامي	رئيس الهيئة الطبية د/ محمد مختار رئيس التمريض م/ هيا مصطفى عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي



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 محددة عندما يكون من المستحيل أو غير العملي أن يكتبها الطبيب (يقوم الطبيب بإجراء عالي الخطورة وعند تأثر الأمر ينتج عنه تعرض المريض للخطر على أن يكون ذلك في أضيق الحدود لتحسين 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
- تطبق هذه السياسة على جميع العاملين في المستشفيات المشاركون 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 ويتوارد فيها مصدر الأمر الشفهي مع متلقى الأمر الشفهي

الأوامر التليفونية



- 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 إلحاحاً حيث يتذرع الطبيب المعنى كتابة الأمر أو يكون الدواء مطلوباً 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 في OR) والتأخير سيضعف رعاية المرضى.

الحالات المسموح بها بأوامر التليفون

1. عند إبلاغ النتائج الحرجة (المعمل - الأشعة)
2. توجد 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.



- ✓ الإجهاض والأدوية التي تحفز الولادة.
- ✓ التغذية الوريدية.
- ✓ الأدوية عالية الخطورة والتركيز
- ✓ أمر التقيد
- ✓ حالة دخول وخروج المرض
- ✓ 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:
 - ✓ اسم المريض.
 - ✓ الجرعة.
 - ✓ رقم الملف الطبي.
 - ✓ طريقة الإعطاء.
 - ✓ اسم الطبيب.
 - ✓ وقت الإعطاء.
 - ✓ تاريخ/ وقت تلقي الأمر.
 - ✓ اسم الدواء.
 - ✓ اسم وتوقيع الممرضة
 - ✓ شكل جرعات.
 - ✓ التي تلقت الأمر.
 - ✓ التركيز.
- يمكن وصف جرعة واحدة فقط من الدواء بناءً على طلب الدواء عبر التليفون.



○ 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 للمرضى 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.

• الأوامر 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.



- ✓ 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 موجوداً ويكون سجل المريض متاحاً إلا أثناء إجراء معقم أو في حالات الطوارئ وفي هذه الحالة يكون التكرار مقبولاً.
- يجب قبول الطلبات الشفوية 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 تغييراً فورياً 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 شفويًا 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 وتتلقي تأكيداً من الطبيب المعالج.
- يتم توثيق هذه الأوامر في نموذج الكود بلو وفقاً لسياسة الكود بلو.



أثناء الإنعاش القلبي الرئوي يتم الاكتفاء بتسجيل الأوامر في نموذج

CODE BLUE REPORT

- يمكن أيضا قبول الأوامر الشفوية مباشرة في إجراءات معقمة مثل المناطير، المناظر الرئوي والبزل القطني.
- ستقوم الممرضة المستلمة بكتابه ثم إعادة قراءة الأمر الشفوي مرة أخرى إلى الطبيب المعالج والطبيب الذي يعطي الأمر شفويًا 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 فرض التحسين المحدد في عملية الأوامر الشفهية والهاتفية.

المسئول عن التنفيذ

(الاطباء - الصيادلة - فني المعمل - التمريض)

النماذج

● نموذج تلقي الأوامر الشفهية والتليفونية

● النتائج الحرجية

● 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





اسم المريض :			الهيئة العامة للتأمين الصحي فرع :							
رقم الملف الطبي :			مستشفي :							
القسم المعالج :										
نموذج تلقى الاوامر الشفهية والتليفونية receiving verbal and Telephone order form										
الحالات التي لا يسمح فيها بالاوامر التليفونية (Cases where Telephone orders are not permitted)										
5- Children / Neonates 6- Patients With significant renal disease. 7- Total Parenteral nutrition			٥ - اطفال / حديثي الولادة . ٦ - المرضى الذين يعانون من مرض كلوي . ٧ - العلاج الوريدية .							
١- Blood transfusion and one of its derivatives ٢- Giving drugs ٣- Chemotherapy ٤- Drugs that cause abortion			١ - نقل الدم ومشتقاته . ٢ - اعطاء ادوية المخدرات . ٣ - العلاج الكيميائي . ٤ - الادوية التي تسبب الاجهاض .							
توقيع الطبيب Signature	اسم الطبيب Doctor Name	وقت التنفيذ Time of Adm	توقيع بعد التنفيذ Signature	اعادة الاوامر مره اخرى Read back	اسم المتنقى Receiving Nurse	تعليمات الاطفاء Directions	طريقة الاطفاء Route	الجرعة Dose	اسم الدواء / التركيز Drug name concentration	التاريخ الوقت Time Date

MR.BL.reac. 1-1



نموذج CPR

	الهيئة العامة للتأمين الصحي فرع : _____ مستشفي : _____				
<u>Code Blue Report</u>					
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: <input type="checkbox"/>			Cardiac arrest: <input type="checkbox"/>	
Respiratory Aid	Bag/Valve/Mask: <input type="checkbox"/>	LMA: <input type="checkbox"/>	Size: _____	ETT: <input type="checkbox"/>	Size: _____
Initial Rhythm	VF: <input type="checkbox"/>	Pulseless VT: <input type="checkbox"/>	Asystole: <input type="checkbox"/>		PEA: <input type="checkbox"/>
Time	Vital Signs			Drug Given	
Pulse	RR	BP	Rhythm	Name	Dose



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		



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

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى :

نموذج تقرير فريق التدخل السريع Rapid Response Team

وقت الوصول	وقت الاستدعاء	وقت الاكتشاف	التاريخ:		المكان:	الشخص الذي استدعي:																				
			/ /		الفريق:																				
العلامات الحيوية قبل استدعاء الفريق (خلال آخر ٦ ساعات)																										
Date	Time	BP	HR	RR	Temperature																					
أسباب الاتصال بفريق RRT: <input type="checkbox"/> معدل ضربات القلب (أكثر من ١٣٠ أو أقل من ٤٠) أو تغيير جديد في نظم القلب <input type="checkbox"/> ضغط الدم الانقباضي (أكثر من ٢٢٠ أو أقل من ٩٠) <input type="checkbox"/> معدل التنفس (أكثر من ٢٥ أو أقل من ٨) <input type="checkbox"/> تغير مفاجئ في درجة الوعي <input type="checkbox"/> تشنجات جديدة أو غير متوقعة <input type="checkbox"/> نزيف حاد <input type="checkbox"/> اختناق <input type="checkbox"/> درجة الحرارة أقل من ٣٥ درجة أو أكبر من ٣٩,١ درجة <input type="checkbox"/> أخرى..... 																										
Patient History: (يملأ بواسطة الطبيب المعالج)			Assessment: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية)																							
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																							
Patient follow up within (4 hrs) of RRT activation: Follow up (4 hrs.): <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			Intervention/Investigation : (يملأ بواسطة طبيب الرعاية) <u>needed</u> <p>.....</p> <p>.....</p>																							
Vital Signs : (يملأ بواسطة ممرض العناية) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Time</th> <th>BP</th> <th>HR</th> <th>RR</th> <th>Temp.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Time	BP	HR	RR	Temp.																Medication / supplies: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية) <p>.....</p> <p>.....</p>			
Time	BP	HR	RR	Temp.																						
Outcome: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية) <input type="checkbox"/> Stay at the room <input type="checkbox"/> Transfer to ICU <input type="checkbox"/> Transfer to OR <input type="checkbox"/> Activate Code Blue team																										
طبيب الرعاية: طبيب الحالة: ممرض العناية: مرضة الحالة:			Recommendation: (يملأ بواسطة طبيب الرعاية) <p>.....</p> <p>.....</p>																							

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

MR.Inp.Dr.1-2



اسم المريض:
رقم الملف الطبي للمريض:
القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع: المستشفى :

(Pediatric Rapid Response Team Report)

نموذج تقرير فريق التدخل السريع للأطفال

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

MR.Inp.Dr.1-2



SH.G.S.R.03 ICD.19

رقم السياسة

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





السياسة

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

الغرض

- الحفاظ على 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 (المعلم).
 - نتائج الفحوصات التشخيصية الحرجة (قسم الأشعة).
 - الرجوع إلى سياسة الاستجابة السريعة للحالات
- في حالة وجود أي نتيجة ذات دلالة حرجة طبقاً للقواعد السابقة يقوم المسؤول (طبيب معمل/طبيب الأشعة/الطبيب المقيم/الممرضة المسئولة) بإبلاغ الطبيب المعالج أو الطبيب المقيم أو ممرضة القسم فوراً 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 فوراً في ملف المريض بعد التأكد من بيانات المريض بالاسم رباعي ورقم الملف.



- 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 طبقاً 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 الحرجية البيانات الآتية فوراً عند تلقي البلاغ.
 - توثيق أي صعوبات واجهت المبلغ أثناء محاولة الإبلاغ (إن وجدت).
 - تكون قوائم النتائج الحرجية متاحة ومعلقة في الأقسام المعنية (المعمل، الأشعة، أقسام التمريض) لسهولة الرجوع إليها.



النتائج الإكلينيكية الحرجية للبالغين

ضغط الدم	$\geq 180/110$ $\leq 90/50$
درجة الحرارة	≥ 40 $35 \leq$
النبض	≥ 120 $40 <$
معدل التنفس	≥ 30 $8 <$
حدوث نزيف حاد	دليل على حدوث نزيف حاد
تغير في درجة الوعي	≤ 12 او 3 درجات عن درجه وعي المريض
تشنجات	بداية حدوث تشنجات او حدوث تشنجات لفترة طويلة
نسبة الاكسجين	اقل من او يساوي 90
كميه البول	اقل 2/1 مم / كجم/ساعة في حاله عدم وجود اعتلال كلوي

Reference: -https://www.researchgate.net/figure/vital-signs-directed-therapyprotocol_figs_287965953
 -Media 678204 smxx.pdf



النتائج الإكلينيكية الحرجية لمرضى الكلى

ضغط الدم	الانقباضي: أكبر من 180 وأقل من 90 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
تغير في درجة الوعي	تغير درجة الوعي للمرضى (3-8)
تشنجات	بداية حدوث تشنجات أو حدوث تشنجات لفترة طويلة
90 أقل 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



قائمة التحاليل الحرجية

ADULTS:-Hematology

	Low Limit	High Limit
Hb	< 7.0 g /dl	>25 g /dl
HCT	< 18.0 %	>78 %
TLC	<1 x10³ /cmm	> 50 x10³/cmm
Differential :	Presence of any blasts	
	Presence of malaria parasites on blood smear	
Platelet	< 20 x10³/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	-----	> 15.0 mg/dl
2 weeks - 3 weeks	-----	mg/ dl >18
3 weeks – 18 years	-----	mg/dl>10.0
Creatinine	-----	> 3.7 mg/dl
Glucose Blood		
Newborn-1 month	< 40 mg/dl	> 200 mg/dl
1 month - 18 years	< 40 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	40 mmHg	> 90 mmHg
Ven	20 mmHg	
Arterial PCO2		
Adults	20 mmHg	> 70 mmHg
Peds	20 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



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



- الطبيب: يسجل بالأوامر الطبية.
- الممرضة: تسجل بملحوظات الممرضة.
 - ✓ تاريخ واليوم.
 - ✓ وقت الإبلاغ (الساعة والدقيقة).
 - ✓ نتيجة الاختبار.
- ✓ الإجراء المستخدم من حيث قبول النتيجة أو رفضها أو طلب إعادة الفحص.
- ✓ الاسم الثلاثي لمسؤول المعمل / الأشعة الذي قام بالإبلاغ.
- ✓ الاسم الثلاثي لمتلقى البلاغ (الطبيب المعالج أو الممرضة المسئولة).
- يوثق المبلغ في نموذج / سجل نتائج ذات دلالات إكلينيكية خطيرة على أن تشمل ما يلي:
 - ✓ الاسم الثلاثي لمسؤول المعمل / الأشعة الذي قام بالإبلاغ.
 - ✓ الاسم الرباعي للمريض ورقم الطبي الموحد (وسيلتي مميزيان للتعرف على المريض).
 - ✓ نتيجة الفحص.
 - ✓ وقت الإبلاغ بالساعة والدقيقة.
 - ✓ الاسم الثلاثي (للطبيب أو الممرضة) متلقى البلاغ.
 - ✓ نتيجة الإبلاغ من حيث قبول الطبيب للنتيجة أو رفضها وأو 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 = $\frac{\text{عدد النتائج الحرجة التي تم توثيقها بطريقة صحيحة بالأقسام المختلفة خلال الشهر}}{\text{عدد النتائج الحرجة بالأقسام المختلفة خلال نفس الشهر}} \times 100$
- المصادر:
 - ✓ ملفات المرض.
 - ✓ سجل النتائج الحرجة بالمعلم والأشعة.
- الهدف: %100



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

المؤمن بالتنفيذ

- 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



نموذج التبليغ عن النتائج الحرجة

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع : مستشفى :

MR.BL.reac. 1-1



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

د/ إيمان سامي السيد
مديره الجودة
مستشفى صيدناوي



السياسة

- يلتزم الفريق الطبي (أطباء وتمريض) بالمستشفى بعملية التسلیم والتسلیم لأحوال المرضى بالألقاس المختلقة ومن قسم آخر وتشمل:
 - تحديد المسئول عن التسلیم والتسلیم.
 - تحديد الواجبات الضرورية الواجب تداولها أثناء عملية التسلیم والتسلیم باستخدام نموذج ISBAR
 - تحديد كيفية توثيق عملية التسلیم والتسلیم.
 - تسجيل عملية التسلیم والتسلیم (من قسم إلى قسم آخر).

الغرض

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

التعريفات

التسلیم والتسلیم:

- هي عملية الهدف منها هو التأكد من وجود نظام فعال يضمن طريقة سلیمة للتسلیم وتسلیم 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 إلى مستوى آخر
 - من وحدة تشخيص المرضى المحجوزين بالمستشفى إلى وحدة تشخيصية أخرى ومن العاملين بالمستشفى إلى المرضى الأسر عند الخروج من المستشفى



نموذج ISBAR

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

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

إجراءات العمل

من هو المسؤول عن التسليم والتسلّم؟:

- 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 والتسلّم 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.)



- أعضاء التمريض عند نقل المريض من غرفة العمليات إلى الإفاقة (نموذج القائمة التفقدية)

- أعضاء التمريض عند نقل المريض من الإفاقة إلى القسم الداخلي (نموذج عنایة الإفاقة).

- بين أعضاء المستشفيات عند نقل المريض خارج المستشفى لعمل إجراء طبي (نموذج إحالة)

- بين أعضاء 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 بوسائلتين موحدتين

✓ Situation -S :

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

✓ Background -B :

الأحداث التي حدثت خلال الشفت بالتفصيل.



✓ Assessment -A:

تقييم المريض (النظام الغذائي، التوصيات، 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 ووفقاً 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 طبقاً لنموذج تحضير مريض للعمليات وجاء استلام المريض بنموذج الجراحة sign in الآمنة

◦ 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 بتعریف 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.



✓ 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 التسلیم والتسلیم بين الأطباء (عند تغيیر النوبتجیات).

- يقوم الأطباء المناوبین بتوثيق عملية التسلیم والتسلیم لأحوال المريض نموذج ملاحظات التقدم الإكلینیکی (ISBAR) الذي یشمل: (اسم المريض رقم الملف، التشخيص، التاريخ المرضی السابق، الشکوی الجدیدة نتائج الفحص الطبی الايجابیة، نتائج الفحوصات التشخیصیة الإيجابیة خطة الرعاية).

- يقوم رؤساء الأقسام بمتابعة التسلیم والتسلیم بين الأطباء.

- تقوم المستشفی بتتبع وجمع وتحليل والإبلاغ عن البيانات المتعلقة بعملية التسلیم والتسلیم.

- مؤشر الأداء: معدل التسلیم والتسلیم الغیر مستوفی للأطباء =

عدد مرات التسلیم والتسلیم بطريقه صحیحه في الشهر × 100

إجمالي عدد المرضى الذين تم فحص ملفاتهم

- المصدر: الملفات الطبیة.

- الهدف: صفر%.

- تعمل المستشفی على فرص التحسین المحددة في عملية التسلیم والتسلیم.

المسئول عن التنفيذ

- التمريض.

- الأطباء.

- مشرفة التمريض بالقسم لمتابعة التسلیم والتسلیم بين أفراد هیئة التمريض.



- رؤساء الأقسام لمتابعة التسليم والتسلّم بين الأطباء.

النماذج

- نموذج تحويل داخلي.
- نموذج الجراحة الآمنة sign in
- نموذج عنابة الإفادة.
- نموذج ملاحظات التقدم الإكلينيكي للطبيب.
- نموذج ملاحظات التمريض.

Internal Referral Form •

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



الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى :

اسم المريض:

رقم الملف الطبي للمريض:

القسم المعالج :



ملاحظات التقدم الإكلينيكي للطبيب Physician Progress Notes

	Diagnosis:	Date of admission : / /	
(S) Patient Situation	What Is The Patient Status Now?		
	<input type="radio"/> Stable	<input type="radio"/> Unstable	<input type="radio"/> stable but in danger or deterioration
	Is VTE follow up in VTE templet Done? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
(B) Background	Relevant PMH: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		
	Relevent Med.: <input type="radio"/> Cardiac <input type="radio"/> Anticoagulant <input type="radio"/> Immunosuppressant <input type="radio"/> Others.....		
	Allergies: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes:		
(A) Assessment	New Patient Complaint:.....		
	Vital signs:BP:..... Temp:..... HR:..... RR:.....		
	Relevant Clinical Findings:.....		
	Significant Results Of Investigations:.....		
	Medication changed:.....		
Day Shift Events TIME:.....		Night Shift Events TIME:.....	
Signature :		Signature :	
(R) Recommendations		
 التاريخ/...../..... الوقت توقيع الطبيب المسلم		
 توقيع الطبيب المستلم		



.....**اسم المريض :**

..... رقم الملف الطبي للمريض:.....

..... : لقسم المعالج

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع:

العنديشفي:

ملاحظات التمريض

التاريخ:/...../.....

التشخيص:.....



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

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى:

Post Anesthesia Care Unit (Nursing Record) (PACU)

عناية الافتاء

Date: / / Time: وقت دخول الافتاء:.....

Operation: المعملية: Duration of Surgery: مدة العملية:

Anesthesiologist: Surgeon: الطبيب الجراح:.....

General. Epidural Spinal Others

Airway ETT Extubated لا يوجد أنبوب O.P Airway ممر هواني

Level of Consciousness ذهول Awake منوم Stuporous
 Drowsy دوخة Comatosed غيبوبة

Iv Line الكانيولا

1

2

3

Drains NGT Port Vac بورتوفاك Chest Tube Foleys Catheter قسطرة فولي

Recovery Score درجة الافتاء:

	Time الوقت	Pre-Op Data ماقبل العملية	اشاء الافتاء			Remarks
BP الضغط						
Pulse Rate التبض						
Respiratory Rate التنفس						
Temperature درجة الحرارة						
FIO2						
Sa O2						

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

Given Medication الأدوية 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 Otherml

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

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

Instruction: التعليمات:

Time of Transfer وقت الخروج:

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

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

MR. An. 1-1



اسم المريض :
رقم الملف الطبي للمريض:
القسم المعالج :

البيئة العامة الصحي
فرع:
المستشفى

القائمة التفقدية للجراحة الآمنة

العمليات الجراحية :
مكان العملية : مکان العملية : () يمين () يسار لaintric)
وقت الوصول للعمليات :
Time Out قبل شق الجلد
Sing In عند الوصول للعمليات

قبل مغادرة العمليات Sign Out

<p>الوقت المستقطع لضمان سلامة المريض</p> <p><input type="checkbox"/> قبل مغادرة المريض غرفة العمليات <input type="checkbox"/> تتم تقييم المريض بواسطة الجراح والتخدير قبل بدء العملية مباشرة <input type="checkbox"/> صحة عدم الالات والقوط والابر قبل غلق الجرح ومع دقة تسجيلها <input type="checkbox"/> وضع الملصقات على العينات مشتملة (اسم المريض-رقم الملف نوع العينة (لaintric) <input type="checkbox"/> تسجيل ظهور اي مشاكل في المعدات والاجهزة</p> <p><input type="checkbox"/> قبل مغادرة المريض غرفة الإفاقية تنالك مرضية الإفاقية من الآتي : <input type="checkbox"/> كتابة الجراح لتقدير العملية <input type="checkbox"/> نموذج التخدير والإفاقية كامل <input type="checkbox"/> توقيع امر الخروج وانقل من طبيب التخدير <input type="checkbox"/> اوامر وتعليمات النقل كاملة</p> <p>التوقيع الجراح طبيب التخدير المرضة المتناول مرضية الإفاقية وقت الخروج من العمليات :</p>	<p>الدخول</p> <p><input type="checkbox"/> أكد على المريض لما يلى هوبيته <input type="checkbox"/> موضع الجراحة <input type="checkbox"/> يمين <input type="checkbox"/> يسار <input type="checkbox"/> لaintric <input type="checkbox"/> موافقة المريض <input type="checkbox"/> تم تقييم المريض بواسطة الجراح <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> تم تحديد موضع العملية بعلامة مميزة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لaintric <input type="checkbox"/> تم اعطاء المريض المضادات الحيوية الوقائية (خلال الساعة السابقة لشق الجلد <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نموذج مقابل التخدير كامل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> متطلبات خاصة <input type="checkbox"/> توافر جميع التجهيزات والمعدات الخاصة بالجراحة <input type="checkbox"/> التنالك من توافر تسريح الزرع <input type="checkbox"/> ينطبق <input type="checkbox"/> التالك من وجود 1- حساسية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> تم حجز الدم <input type="checkbox"/> نعم وتم توفير جميع الاجهزاء لذلك <input type="checkbox"/> لا التوقيع مرضة القسم الوقت مرضة العمليات :</p>
--	--

MR.OP1-1



أسم المريض :

رقم الملف الطبي للمريض:

القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى:

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



أسم المريض :

رقم الملف الطبي للمريض:

القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى:

نموذج تحويل داخلي
Transfer Form

نوع :	تاريخ الدخول :
	رقم التأمين :
.....	
التاريخ : الساعة :	القسم المحول منه :
.....	
القسم المحول اليه :	
.....	
١ - تسليم الملف :	
.....	
٢ - نتائج المعمل :	
.....	
الاشعات :	
.....	
: Vital Signs	
.....	
سبب التحويل :	
.....	
الطبيب المستلم :	التمريض المحول :
ساعة التسليم :	التمريض المستلم :
تاريخ التسليم :	التمريض المحول :

Mr.Dis.sh.1-1



SH.G.S.R.05 ICD.10

رقم السياسة

**سياسة منع سقوط المرضى واتخاذ
الإجراءات الالزمه لتلافي السقوط**

عنوان السياسة

1	رقم الإصدار	20/1/2025	تاريخ الإعداد
7	عدد الصفحات	1/9/2025	تاريخ التفعيل
30/1/2025	تاريخ الاعتماد	1/9/2028	تاريخ المراجعة
جميع الأقسام الطبية بالمستشفى			نطاق التفعيل
اعتماد		مراجعة	إعداد
مدير المستشفى د. وسام وهيبة		لجنة الجودة د/ إيمان سامي	رئيس الهيئة الطبية د/ محمد مختار رئيس التمريض م/ هيام محمود عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد

د/ إيمان سامي السيد
 مديرية الجودة
 مستشفى صيدناوى

مستشفى
صيدناوى



السياسة

- يلتزم العاملون بمستشفى صيدناوى باتخاذ الاحتياطات اللازمة لتجنب التعرض المرضي للسقوط بجميع أقسام المستشفى
 - تقييم مخاطر السقوط عند دخول المستشفى
 - يعتمد ومحظى التقييم على المبادئ التوجيهية
 - الإطار الزمني لإكمال تقييم المرضي وتكرار إعادة التقييم
 - معايير الفحص لموقع العيادات الخارجية والمستشفيات والظروف التي تزيد من خطر السقوط
 - استراتيجيات الوقاية من خطر السقوط للمرضى المعرضين للسقوط
 - التدابير العامة المستخدمة لتقليل خطر السقوط مثل أنظمة الاتصال والإضاعة
 - خطط رعاية مصممة خصيصاً بناءً على تقييم مخاطر السقوط
- الغرض

- منع سقوط المرضي 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 مستوى 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.



الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية المريض من التعرض لخطر السقوط:

- العوامل البيئية.
- تمييز المرضى المعرضين لخطر السقوط.
- تشخيص 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 الأمان والسلامة للمريض وتحمّل تعرّضه للسقوط ولذلك تقوم ممرضة القسم أو من ينوب عنها بالتأكد بصفة دورية من:
 - سلامة أسرة المريض وخلوها من أي كسر أو عطل.
 - سلامة جوانب أسرة المريض وأنها ليس بها عطل.
 - سلامة فرامل أسرة المريض وأنها تعمل بكفاءة.
 - سلامة التrolley المستخدم لنقل المرضي بين الأقسام.
 - عدم تحريك المريض أثناء قيام عمال القسم بعملية النظافة لتفادي تعرّض 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 والعنایات المركزية.
 - التأكد من والحفاظ على الأرضيات جافة ونظيفة حتى لا تزيد من خطر الانزلاق والسقوط.



تقييم المرضى بالنسبة لمخاطر السقوط ومعدل إعادة التقييم:
أولاً بالنسبة للرعايا والأقسام الداخلية:

- تقوم الممرضة المسئولة بـتقييم جميع المرضى بالنسبة لمخاطر السقوط عند الدخول للأقسام الداخلية والعنایات المركزية خلال الشفت طبقاً للبنود الموجودة في نموذج التقييم التمريضي عند الدخول.
- يشمل التقييم مراجعة العلاج الحالي الذي كان يتلقاه المريض بالمنزل.
- جميع مرضى الرعايات والممرضى طريح الفراش والأطفال أقل من 6 سنوات معرضين للسقوط ومريض بعد 6 ساعات من إجراء العملية لمرضى الكلى ذو الاحتياجات الخاصة ذوي الإعاقة الجسمية ومريض الرمد بعد إجراء الجراحة لمرضى الأورام طبقاً للأدوية.
- وتقوم الممرضة بإعادة تقييم مخاطر السقوط في إطار زمني معتمد مرتين يومياً صباحاً ومساءً في نموذج التقييم التمريضي اليومي.
- وأخذ الاحتياطات لمرضى العمليات فور صعودهم من العملية

ثانياً بالنسبة للاستقبال

- يقوم موظفو الأمان بعمل فحص مبدئي (screening) لجميع المرضى من خلال ملاحظة
 - طريقة مشى غير مستقرة.
 - استخدام أجهزة مساعدة للمشي والحركة (كرسي متحرك، سناندات للحركة، مشابية، 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 للشخص وتوفير كرسي متحرك له.

- يتم وضع قائمة لمعرفة المرضى المعرضين للسقوط



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

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

- رفع جوانب السرير.
- توضع الممرضة أسوره 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



✓ 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 للالتقاط 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 بتقدير المريض لتحديد أي إصابة أو ضرر.
- عند احتمال تعرض المريض للإصابة أو الكسر لا يتم تحريك المريض نهائياً.
- تقوم الممرضة بإخبار الطبيب فحص المريض وتحديد طريقة رفعه.
- تقوم الممرضة بمساعدة المريض ورفعه طبقاً لتعليمات الطبيب.



- تقوم الممرضة بتسجيل حادثة الواقع في نموذج الأحداث الغير متوقعة طبقاً لسياسة متطلبات تقرير الواقع.
- تقوم الممرضة بتسجيل الواقع 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

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

المصدر: نموذج الأحداث الغير متوقعة.

الهدف: 100%

▪ معدل تقييم احتمالية السقوط

$$\text{معدل تقييم احتمالية السقوط} = \frac{\text{عدد المرضى الذين تم تقييم السقوط لهم عند الدخول بطريقة صحيحة خلال الشهر}}{\text{إجمالي الدخول في خلال الشهر}} \times 100$$

المصدر: الملف الطبي (مفتوح).

الهدف لمعدل تقييم احتمالية السقوط: 100%

- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية سقوط المرض.
- المسؤول عن التنفيذ

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



قائمة المرضى المعرضين للسقوط:

- مرضي العمليات
- مرضي الكلى
- مرضي الأورام طبقا للأدوية يتم أخذها

- مرضى الرعايات والوحدات.
- المرضى طريحي الفراش.
- الأطفال أقل من 6 سنوات.

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)



أَسْمَ الْمَرِيضُ :

الْبَيْتُ الْعَامَّةُ لِلْتَّأْمِينِ الصَّحِيِّ

رَقْمُ الْفَلْفَلِ الطَّبِيِّ لِلْمَرِيضِ:

فَرْعُ:

الْقَسْمُ الْمَعَالِجُ :

الْمُسْتَشْفِيُ:

نَمُوذِجُ التَّقْيِيمِ التَّمَريِضِيِّ الْيَوْمِيِّ لِلْمَرْضِيِّ الْبَالَغِيِّ

تَارِيخُ الدُّخُولِ: / / القَسْمُ:

الْتَّشْخِيصُ:

												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)
												الإدراك (مدرك / غير مدرك)
												الوعي درجة التقىم (.....) (واعي ١٣) / شبه واعي (١٢-٩) غيبوبة (٨-٣) / غير مستجيب (٣)
												التغذية (٤-٠)
												السقوط اقل من ٣: احتمالية سقوط منخفض أكثر من ٤: احتمالية سقوط عالية
												درجة تقىيم مخاطر قرح الفراش
												احتمالية منخفضة أقل من ١٨
												احتمالية متوسطة ١٨ - ١٤
												احتمالية عالية ١٣ - ١٠
												احتمالية عالية جدا أقل من ١٠
												تقىيم حالة الجلد
												اسورة التعریف (موجودة / غير موجودة)
												الغناية بالوصلات (تم التغيير والحفظ عليها من الانفصال)
												التوقيع

ملحوظة: يتم الرجوع للتقىيم التمريضى عند الدخول فى حالة الاحتياج الى معرفة طريقة التقىيم

MR.NR.1-2



أسم المريض :

اليئـة العامة لـلـتأمين الصـحي

رقم الملف الطبي للمريض:.....

فرع:

القسم المعالج :

المستشفى:

التقييم التمريضي عند دخول المريض (للبالغين)

الوقت : / / السن :

القسم:
التشخيص الطبي عند الدخول:**تعليمات للمريض** مكان الحمام وأضواء الطوارئ محتويات الغرفة مكان الانتظار ووقت الزيارة نظام نداء التمريض التعليمات الخاصة بعدم التدخين شرح نظام حفظ الامانات بالمستشفى شرح احتياطات منع خطر السقوط أسرورة التعريفهل انت مدخن ؟؟ لا في السابق نعم عدد السنوات: عدد السجائر اليومية:هل تعرف المريض على حقوق المريض ومسئولياته؟ نعم لا**التقييم التغذوي**1. فحص الفم: رطب(0) جاف(1)2. التاريخ المرضي: قى وغثيان (1) صعوبة فى البلع (2)انخفاض الوزن بدون رجيم(3) تغذية بالmeal الوريدية (3)3. الشهية: عادلة (0) أقل من المعتاد (1)4. الأسنان: مفقودة (2) طقم اسنان (0) لا يوجد اسنان مفقودة (0)- مريض الشيخوخة أكثر من ٧٠ سنة دخول عمليات (1)- سيدة (حامل - رضاعة) (1)- وصف الغذاء: عادي (0) لين (1) سوائل (2) / درجة تقييم التغذية: (لو التقييم أكثر من ٤ يتم إبلاغ الطبيب)
وجود آلام: نعم لا مكان الألم: الوقت:**تقييم حالة الجلد**

المكان	الحجم / الدرجة	اللون	بقع حمراء	مجد	صحى

تقييم مخاطر التعرض لفرح الفراش Norton Scale

الإفرازات	اللون	الحجم / الدرجة	بعق حمراء	مجد	صحى	تماسك الجلد:

تقييم مخاطر التعرض لفرح الفراش Norton Scale

الإجمالي	السلس البولي	الاحتقان	النشاط	إمكانية الحركة	الشهية	الحالات العقلية	الحالات الصحية

أكبر من ١٨ احتمالية منخفضة <input type="radio"/> من ٤-١٨ احتمالية متوسطة <input type="radio"/> من ١٣-١٠ احتمالية عالية <input type="radio"/> أقل من ١٠ احتمالية عالية جداً	اجراءات وقاية المريض من قرح الفراش
ضع علامة (صح)	الاجراءات الوقائية
	ضع المريض على مرتبة هوائية
	قم بتقليل المريض كل ساعتين
	ذلك جلد المريض وضع مرطبات وفقاً لتعليمات الطبيب
	اعد تقييم جلد المريض كل ساعتين في نموذج تقليل المريض

MR. NR. 1-2



قائمة المرضى المعرضين للسقوط

- عدم اتزان الحركة (ترجيف _ تمايل)
- تاريخ سكتة دماغية
- دوار او اغماء
- ضعف في السمع والنظر
- فاقد التركيز
- هشاشة عظام
- ضعف عام
- حدوث سقوط في اخر 12 شهر
- تبول ليلي لارادى
- 70 سنة 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)
 - مرضي العمليات
 - مرضي الكلى
 - مرضي الأورام طبقا للأدوية يتم أخذها
 - مرضى الرعايات والوحدات.
 - المرضى طريحي الفراش.
 - الأطفال أقل من 6 سنوات



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																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (اختياري)</td> <td style="width: 50%;">Department: القسم</td> </tr> <tr> <td>Reported by Signature: توقيع المبلغ</td> <td>Date of Reporting: تاريخ التبلغ</td> </tr> </table>		Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (اختياري)	Department: القسم	Reported by Signature: توقيع المبلغ	Date of Reporting: تاريخ التبلغ												
Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (اختياري)	Department: القسم																
Reported by Signature: توقيع المبلغ	Date of Reporting: تاريخ التبلغ																
INDIVIDUAL OR MEMBER OF STAFF INVOLVED (Tick One or More)																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Nurse</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Physician</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Administrative</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Patient</td> </tr> <tr> <td>ممرضة</td> <td>طبيب</td> <td>إداري</td> <td>مريض</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nursing Aid</td> <td><input type="checkbox"/> Technician</td> <td><input type="checkbox"/> Security</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td>مساعد ممرض</td> <td>فني</td> <td>فرد امن</td> <td>أخرى</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Nurse	<input type="checkbox"/> Physician	<input type="checkbox"/> Administrative	<input type="checkbox"/> Patient	ممرضة	طبيب	إداري	مريض	<input type="checkbox"/> Nursing Aid	<input type="checkbox"/> Technician	<input type="checkbox"/> Security	<input type="checkbox"/> Other	مساعد ممرض	فني	فرد امن	أخرى
<input type="checkbox"/> Nurse	<input type="checkbox"/> Physician	<input type="checkbox"/> Administrative	<input type="checkbox"/> Patient														
ممرضة	طبيب	إداري	مريض														
<input type="checkbox"/> Nursing Aid	<input type="checkbox"/> Technician	<input type="checkbox"/> Security	<input type="checkbox"/> Other														
مساعد ممرض	فني	فرد امن	أخرى														
OCCURRENCE INFORMATION																	
Date of Incident تاريخ الحادث	Time of Incident وقت وقوع الحادث	Location/Unit الوحدة/المكان															
Name of Person Involved اسم الشخص المعن	Patient I.D: رقم الملف الطبي	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male														
Briefly describe the incident/ occurrence and attach the supporting data when applicable وصف ملخص للحدث مع الدعم بمستند إذا أمكن																	
Immediate Corrective Action taken: To be completed by involved/concerned department الإجراء التصحيحي المنفذ : يتم كتابة من قبل الشخص المسئول																	
Suggested Preventive Action: To be completed by the concerned Head of Department for follow up الإجراء التصحيحي المقترح : يتم كتابة من قبل رئيس القسم المختص																	
Name: Date: Time: Signature:																	

O . V . R . 1-2



يتم كتابة بواسطة الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : _____

مستشفى : _____

CLASSIFICATION OF OCCURRENCE VARIANCE:		
PATIENT CARE ISSUES	SENTINEL EVENT	MEDICATION ERROR
<input type="checkbox"/> Complication following procedure	<input type="checkbox"/> Unanticipated death not related to the natural cause of illness	Medication's Name: _____ <input type="checkbox"/> Wrong Drug <input type="checkbox"/> Wrong Dose <input type="checkbox"/> Wrong Time <input type="checkbox"/> Wrong Route <input type="checkbox"/> Wrong Patient <input type="checkbox"/> Missed Dose <input type="checkbox"/> Drug not given <input type="checkbox"/> I.V.infiltration <input type="checkbox"/> Expired Drug
<input type="checkbox"/> Procedure delay	<input type="checkbox"/> Major permanent loss of function	
<input type="checkbox"/> Patient care delay	<input type="checkbox"/> Wrong-site of surgery	
<input type="checkbox"/> Use of Blood/Blood Products e.g. Blood Reaction	<input type="checkbox"/> Wrong-procedure / surgery	
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer Community : Hospital	<input type="checkbox"/> Wrong-patient surgery	<input type="checkbox"/> Delay in order to pharmacy <input type="checkbox"/> Delay in order to pharmacy
<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:
IPSGS	COMMUNICATION	DOCUMENTATION OR RECORDS
<input type="checkbox"/> Patient Identification	<input type="checkbox"/> Property loss – Staff : Patient	<input type="checkbox"/> Health record unavailable or delayed
<input type="checkbox"/> Fall or Found on Floor	<input type="checkbox"/> Behavioral – Staff : Patient	<input type="checkbox"/> Illegible entry or order
<input type="checkbox"/> Transfer/ Handover Communication	<input type="checkbox"/> Ethical	<input type="checkbox"/> Incomplete or inaccurate documentation
<input type="checkbox"/> Safe Surgery	<input type="checkbox"/> Patient Complaint	
<input type="checkbox"/> Reduce Risk of Infection (hand- hygiene guidelines)		
<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:
FMS	EQUIPMENT	PCI
<input type="checkbox"/> Fire Alarm : Theft	<input type="checkbox"/> Equipment use related	<input type="checkbox"/> Sharps /Needle Stick Injury
<input type="checkbox"/> Smoking Environmental		
<input type="checkbox"/> Breakdown of doors		<input type="checkbox"/> Isolation Violation
<input type="checkbox"/> Safety and Security		
<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:
Others not classified above, Specify:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ This Event is considered: <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/> Adverse <input type="checkbox"/> Near Miss ▪ Risk Score / Degree of Harm/Injury: _____ (_____) نتائج تقييم خطورة الحدث QUALITY DEPARTMENT RECOMMENDATION توصية إدارة الجودة		
Quality Manager Signature :		Date: _____ Time: _____
Follow-up Status of action taken: متابعة حالة الإجراء المتخذ		
<input type="checkbox"/> Appropriate & complete <input type="checkbox"/> Inappropriate & incomplete <input type="checkbox"/> كامل و غير مناسب <input type="checkbox"/> غير مناسب و غير مناسب <input type="checkbox"/> No further action required <input type="checkbox"/> ليس هناك اجراء مطلوب آخر		



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

د/ إيمان سامي السيد
مديره الجودة
مستشفى صيدناوي



السياسة

- يلتزم فريق التمريض بمستشفى صيدناوى بتقييم حالة سلامه الجلد لجميع المرضى عند دخولهم المستشفى لمعرفة مدى درجة تعرضهم لقرح الفراش وتحديد المرضى الأكثر عرضة للإصابة بقرح الفراش واتخاذ الإجراءات الالزمه 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 سلامه 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 والعيادات المركزية باستخدام نموذج التقييم التمريضي عند دخول المريض.



- 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 شکوى 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 ففي 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 و إعادة تقييم عند النقل من قسم L قسم آخر

- إعادة تقييم حالة الجلد وتقييم مخاطر التعرض لقرح الفراش:
 - تقوم الممرضة بإعادة التقييم مرتين يوميا صباحاً ومساءً 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:



- تقوم الممرضة بعرض (نتائج تقييم حالة الجلد وتقدير 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 تشيف صحى 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 ملاعة 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 طبقاً 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.



- 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 التمارينات 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 عنابة 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 يومياً صباحاً ومساءً.
- 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) **وتسليمها لقسم الجودة** في حالة العثور على قرحة فراش أو احمرار بالجلد المريض غير مصاب بقرحة فراش عند الدخول وتقوم باستدعاء الطبيب لاتخاذ الإجراءات الالزمة 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 =

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



- 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 تقليل المريض.
 - نموذج التقييم التمريضي عند الدخول (تقييم اطفال وتقدير كبار وحديث الولادة)
 - نموذج التقييم التمريضي اليومي للمرضى. (تقييم اطفال وتقدير 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

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

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى:

جدول تقليل المريض

اسم المريض والتوقيع	ملاحظات	الساعة (خريطة التقليل) ضع علامة صح في حالة تم تقليل المريض																									التاريخ
		١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥		
	(وجود احمرار بالجلد - تقرش بالجلد - إفرازات - استدعاء طبيب - بلل - نظافة الفرش وجفافه - غيرها)	✓																									
				</td																							



أسم المريض :

اليئـة العامة لـلتأمين الصحـي

رقم الملف الطبي للمريض:.....

فرع:

القسم المعالج :

المستشفى:

التقييم التمريضي عند دخول المريض (للبالغين)القسم:
التاريخ: / / السن:
التشخيص الطبي عند الدخول:**تعليمات للمريض**

- مكان الحمام وأضواء الطوارئ
- مكان الانتظار ووقت الزيارة
- التعليمات الخاصة بعدم التدخين
- شرح احتياطات منع خطر السقوط

- محتويات الغرفة
- نظام نداء التمريض
- شرح نظام حفظ الامانات بالمستشفى
- أسرورة التعريف

هل انت مدخن؟؟ لا في السابق نعم عدد السنوات: عدد السجائر اليومية:هل تعرف المريض على حقوق المريض ومسئولياته؟ نعم لا**التقييم التغذوي**

- | | | |
|--------------------|--|--|
| ١. فحص الفم : | <input type="radio"/> رطب(٠) | <input type="radio"/> جاف(١) |
| ٢. التاريخ المرضي: | <input type="radio"/> قى وغثيان (١) | <input type="radio"/> صعوبة فى البلع (٢) |
| | <input type="radio"/> تغذية بالmeal (٣) | <input type="radio"/> تغذية بالmeal الوريدية (٣) |
| ٣. الشهية: | <input type="radio"/> عادلة (٠) | <input type="radio"/> أقل من المعتاد (١) |
| ٤. الأسنان : | <input type="radio"/> طقم اسنان (٠) | <input type="radio"/> لا يوجد اسنان مفقودة (٠) |
| - | <input type="radio"/> مريض الشيخوخة أكثر من ٧٠ سنة دخول عمليات (١) | |
| - | <input type="radio"/> سيدة حامل - رضاعة (١) | |

- وصف الغذاء: عادي (٠) لين (١) سوائل (٢) / درجة تقييم التغذية: (لو التقييم أكثر من ٤ يتم إبلاغ الطبيب)
وجود آلام: نعم لا مكان الألم: الوقت:**تقييم حالة الجلد**

المكان	الحجم/الدرجة	اللون	بقع حمراء	مجد	تماسك الجلد: صحي

تقييم مخاطر التعرض لفرح الفراش: Norton Scale

١	٢	٣	٤	درجة التقييم	
سيئة جدا	ضعفـة	متـوسطـة	جيـدة	الحالـة الصـحيـة	
غير واعـي/غير مـدرك	مشـتـتـ	لاـبـالـيـ	واعـي وـمنـتبـه	الحالـة العـقـليـة	
غير قادر على الحركة	يـتـحـرك بـمسـاعـدةـ اـجهـزـهـ (ـكـرـسيـ مـتحـركـ)	يـتـحـرك بـمسـاعـدةـ	يـتـحـرك بـدونـ مـسـاعـدةـ	النـشـاطـ	
لا يـتـحـركـ	مـحـدـودـهـ جـداـ	ضـعـفـةـ	كـاملـةـ	امـكـانـيـةـ الـحـرـكـةـ	
الـتـبـولـ وـالـتـبـرـزـ	بـولـيـ عـادـةـ	احـيـاتـاـ	لـابـوـجـدـ	الـسـلسـ الـبـولـيـ	
				الـاجـمـاليـ	
اـكـثـرـ مـنـ ١٨ـ اـحـتمـالـيـةـ مـنـخـضـةـ	<input type="radio"/>	اـكـثـرـ مـنـ ١٤ـ اـحـتمـالـيـةـ مـتوـسـطـةـ	<input type="radio"/>	اـكـثـرـ مـنـ ١٣ـ اـحـتمـالـيـةـ عـالـيـةـ	<input type="radio"/>
اـكـثـرـ مـنـ ١٠ـ اـحـتمـالـيـةـ عـالـيـةـ جـداـ	<input type="radio"/>				

اجراءات وقاية المريض من قرح الفراش

ضع علامة (صح)	الاجراءات الوقائية	م
	ضع المريض على مرتبة هوائية	<input type="radio"/> ١
	قم بتقليل المريض كل ساعتين	<input type="radio"/> ٢
	ذلك جلد المريض وضع مرطبات وفقاً للتعليمات الطبية	<input type="radio"/> ٣
	اعد تقييم جلد المريض كل ساعتين في نموذج تقليل المريض	<input type="radio"/> ٤

MR. NR. 1-2



أسم المريض :

البنية العامة للتأمين الصحي

رقم الملف الطبي للمريض:

فرع:

القسم المعالج :

المستشفى:

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 التمريضي مكان الانتظار وقتزيارة
 شرح نظام حظر الامانات بالمستشفى التعليمات الخاصة بعدم التدخين أسوره التعريف شرح الاحتياطات لمنع خطر السقوط
هل عرفت حقوق المريض ومسئوليته لأهل المريض؟ نعم لا

تقييم حالة الجلد

تماسك الجلد: صحي معد قرح سكر / قرح فراش قرح غير ملتفن آخرى ○

الإفرازات	اللون	الحجم/الدرجة	المكان

تقييم قرح الفراش للأطفال (Braden SCORE)				
عامل الخطورة	١	٢	٣	٤
الاحسance بالضغط واللام	(غير موجود نهائيا) - عدم القدرة على الاحساس نتيجة اضطراب بدرجات الوعي او التذير	(احساس محدود) تماما - استجابة لللام وفقدان الاحساس بنصف الجسم	(احساس محدود جزئيا) - القدرة على الاستجابة للأوامر الشفهية مع فقدان الاحساس في واحد او اثنين من الاطراف	(احساس جيد) - استجابة للأوامر الشفهية ولا يوجد فقدان للحساس باى جزء من الجسم
درجة تعرض الجلد للرطوبة	١ (عرض باستمرار) الجلد معرض غالبا للرطوبة للرطوبة بسبب البول والعرق وغيره	٢ (عرض غالبا) الجلد معرض غالبا للرطوبة او البول وو يجب تغيير غطاء السرير مرة على كل شيفت	٣ (عرض احيانا) الجلد يتعرض احيانا للرطوبة او البول ويجب تغيير غطاء السرير مرة على الاقل يوميا	٤ (نادر التعرض) الجلد جاف غالبا ونادرا ما يتعرض للرطوبة ويتم تغيير غطاء السرير بشكل روتيني
درجة النشاط الجسماني	١ ملازم الفراش	٢ حرقة بالكرسي عدم القدرة على الوقوف او المشي الا بمساعدة الكرسي المتحرك	٣ (يمشي احيانا) يستطيع المشي احيانا مسافة قصيرة جدا مع او بدون مساعدة و يقضى معظم اليوم على الكرسي او السرير	٤ (يمشي كثيرا) يستطيع المشي خارج الغرفة بمفرد على الاقل مرتين يوميا وداخل الغرفة كل ساعتين
القدرة على التحكم وتغيير وضع الجسم	١ (غير قادر على الحركة نهائيا) غير قادر على تغيير وضع الجسم او تحريك احد اطرافه بدون مساعدة	٢ (القدرة على الحركة محدودة تماما) احيانا يستطيع القيام بحركة طفيفة ل احد اطرافه ولكن م upbeat الوقت غير قادر على الحركة	٣ (قادر على الحركة جزئيا) يستطيع تحريك الاطراف وتغيير وضع الجسم مرات متعددة	٤ (يستطيع الحركة بشكل طبيعي) يتحرك دارما بشكل طبيعي وبدون مساعدة
ال吞咽	١ (ضعفه جدا) لا يأكل ووجبة كاملة ويعتمد في ال吞咽 على المعاليل الوريدية	٢ (غير كافية) نادراما يأكل ووجبة كاملة وبشكل عام يأخذ نصف الطعام المقدم له ويأخذ حوالى ٤ وجبات يوميا او يتغذى عن طريق الابتوب او تغذية وريدية كاملة	٣ (كافية) يأكل اكثر من نصف الطعام المقدم له ويأخذ حوالى ٤ وجبات يوميا او يتغذى عن طريق الابتوب او تغذية وريدية كاملة	٤ (متنازة) يتغذى بشكل جيد ويكمد وجباته واحيانا يأكل بين الوجبات بشكل طبيعي
القدرة على الحركة في الفراش او الكرسي (تأثيره على احتجاجاته)	١ (صعبه جدا وتسبيب مشكلة) يحتاج الى مساعدة كاملة لحمله وتحريكه في السرير وكثيرا ما ينزلق على السرير او اثناء الجلوس على الكرسي وتعذر وضعه للسن	٢ (صعبه جزئيا) يتحرك ببعضه مع القدرة احيانا على التقلب والحركة وتعديل وضعه احتلال أقل للجلد	٣ (لا توجد مشكلة) يتحرك في السرير او الكرسي بشكل جيد بدون مساعدة لا يوجد احتلال للجلد	الاجمالي: على الخطورة = ٩ او اقل خطورة شديدة = ١٠ - ١٢ خطورة متوسطة = ١٣ - ١٤ خطورة سبطة = ١٥ - ١٨

MR.NR.1-2



أسم المريض :

البيئة العامة للتأمين الصحي

رقم الملف الطبي للمريض:.....

فرع:

القسم المعالج :

المستشفى:

نموذج التقييم التمريضي اليومي للمرضى البالغين

القسم: تاريخ الدخول: / /

التشخيص:

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

ملحوظة: يتم الرجوع للتقييم التمريضي عند الدخول في حالة الاحتياج إلى معرفة طريقة التقييم

MR.NR.1-2



البيئة العامة للتأمين الصحي

أسم المريض :

رقم الملف الطبي للمريض:.....

فرع:

القسم المعالج :

المستشفى:

نموذج التقييم التمريضي اليومي للأطفال

تاريخ الدخول: / /

التشخيص:

										التاريخ
م	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م	ص	
										الحركة
										- يتحرك بدون مساعدة (٤) - يتحرك بمساعدة جهاز أو شخص (٣) - ملزم المقعد (٢) - ملزم الفراش (١)
										الادراك (درك / غير درك) درجة تقييم الوعي (.....) (واعي (٣) / شبه واعي (٢-٩) / غيبوبة (٨-٣) / غير مستجيب (٣)) التغذية (٤) تقييم حالة الجلد
										اسورة التعریف (موجودة / غير موجودة) درجة تقييم مخاطر قرح الفراش
										على الخطورة = ٩ او اقل خطورة شديدة = ١٠ - ١٢ خطورة متوسطة = ١٣ - ١٤ خطورة بسيطة = ١٥ - ١٨
										الغناية بالوصلات (تم التغيير والحفظ علىها من الانفصال)
										التوقيع

ملحوظة: يتم الرجوع للتقييم التمريضي عند الدخول في حالة الاحتياج إلى معرفة طريقة التقييم

تقييم حالة الجلد

تماسك الجلد صحي مجعد بقع حمراء قرح سكر/قرح فراش جرح غير ملائم أخرى.

تقييم التغذية:

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

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

*التغذية بالرabil (٣) تغذية بالمحاليل الوريدية (٣)

*الشهبة : عاديه (٠) اقل من المعتاد (١) مفقودة (٢)

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

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

قياس درجة الوعي :Glasco coma scale

*استجابة العين (تلقائي (٤) / للام (٣) / لا توجد رد فعل (٠))

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

* الاستجابة الحركية (يطيع الاوامر (٦) يحدد المؤثر الخارجي (٥)/يسحب من المؤثر (٤) / انكماش غير طبيعي (٣) ممد جسده بطريقه غير طبيعية

(٢) / لا استجابة (١))

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

MR.NR.1-2



..... أسم المريض :

الهيئة العامة للتأمين الصحي

..... رقم الملف الطبي للمريض:

فَرْعَوْن

..... : القسم المعالج

المستشفى:

نماذج التقييم التمريضي اليومي للأطفال (ICU)

..... تاريخ الدخول: التسخيص:

ملحوظة: يتم الرجوع للتقييم التمريضي عند الدخول في حالة الاحتياج إلى معرفة طريقة التقييم

تقييم حالة الجلد

تماسك الجلد صحي مجعد بقع حمراء فرح سكر/فرح فراش جرح غير ملتم

..... أخرى

تقييم التغذية:

٧. فحص : الف رطب (٠) جاف (١) مصاب (١) وصف الغاء (عادى٠) / لين (١) / سوائل (٣)
 ٨. التاريخ المرضى: قى وغيتان (١) صعوبة فى البلع (٢) انخفاض الوزن بدون رجيم (٣)
 ٩. تغذية بالراليل (٣) تغذية بالمحاليل الوريدية (٣)
 ١٠. الشهبة : عاديه (٠) اقل من المعتمد (١) مفقودة (٢)
 ١١. طقم اسنان (٠) لا توجد اسنان مفقودة (٠) اسنان مفقودة (١)
 ➤ اذا كان التقييم أكثر من ٤ يتم ابلاغ الطبيب



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

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع: المستشفى

إقرار وجود قرح فراش قبل دخول المستشفى

..... أقر أنا الموقعة أدناه وصلة قرابتى.....

..... تاريخ دخوله المستشفى: _____ بـأـنـ الـمـرـيـضـ

تم دخوله للمستشفى وهو يعاني من قرح فراش في.....

.....

.....: إسم المريض

التوقيع :

رقم البطاقة:

اسم الطيب:

التوقيع:



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 ان يسلم النموذج لقسم الجودة في خلال 72 ساعة			
Reported by Name (OPTIONAL): <small>اسم المبلغ (اختياري)</small>		Department: <small>القسم</small>	
Reported by Signature: <small>توقيع المبلغ</small>		Date of Reporting: <small>تاريخ التبليغ</small>	
INDIVIDUAL OR MEMBER OF STAFF INVOLVED (Tick One or More)			
<input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Administrative <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Nursing Aid <input type="checkbox"/> Technician <input type="checkbox"/> Security <input type="checkbox"/> Other			
OCCURRENCE INFORMATION			
Date of Incident <small>تاريخ الحادث</small>	Time of Incident <small>وقت وقوع الحادث</small>	Location/Unit <small>الوحدة/المكان</small>	
Name of Person Involved <small>اسم الشخص المعنى</small>	Patient I.D: <small>رقم الملف الطبي</small>	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male
Briefly describe the incident/ occurrence and attach the supporting data when applicable <small>وصف ملخص للحدث مع الدعم بمستند اذا امكن</small>			
Immediate Corrective Action taken: To be completed by involved/concerned department <small>الإجراء التصحيحي المنفذ : يتم كتابة من قبل الشخص المسئول</small>			
Suggested Preventive Action: To be completed by the concerned Head of Department for follow up <small>الإجراء التصحيحي المقترح : يتم كتابة من قبل رئيس القسم المختص</small>			
Name: Date: Time: Signature:			
O . V . R . 1-2			



 يتم كتابة بواسطة الجودة		
الهيئة العامة للتأمين الصحي فرع : _____ مستشفى : _____		
CLASSIFICATION OF OCCURRENCE VARIANCE:		
PATIENT CARE ISSUES	SENTINEL EVENT	MEDICATION ERROR
<input type="checkbox"/> Complication following procedure <input type="checkbox"/> Procedure delay <input type="checkbox"/> Patient care delay <input type="checkbox"/> Use of Blood/Blood Products e.g. Blood Reaction <input type="checkbox"/> Pressure ulcer Community : Hospital <input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Unanticipated death not related to the natural cause of illness <input type="checkbox"/> Major permanent loss of function <input type="checkbox"/> Wrong-site of surgery <input type="checkbox"/> Wrong-procedure / surgery <input type="checkbox"/> Wrong-patient surgery <input type="checkbox"/> Others, Specify:	Medication's Name: _____ <input type="checkbox"/> Wrong Drug Wrong Dose <input type="checkbox"/> Wrong Time Wrong Route <input type="checkbox"/> Wrong Patient Missed Dose <input type="checkbox"/> Drug not given I.V.infiltration <input type="checkbox"/> Expired Drug
IPSGS	COMMUNICATION	DOCUMENTATION OR RECORDS
<input type="checkbox"/> Patient Identification <input type="checkbox"/> Fall or Found on Floor <input type="checkbox"/> Transfer/ Handover Communication <input type="checkbox"/> Safe Surgery <input type="checkbox"/> Reduce Risk of Infection (hand- hygiene guidelines) <input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Property loss - Staff / Patient <input type="checkbox"/> Behavioral - Staff / Patient <input type="checkbox"/> Ethical <input type="checkbox"/> Patient Complaint <input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Health record unavailable or delayed <input type="checkbox"/> Illegible entry or order <input type="checkbox"/> Incomplete or inaccurate documentation <input type="checkbox"/> Others, Specify:
FMS	EQUIPMENT	PCI
<input type="checkbox"/> Fire Alarm / Theft <input type="checkbox"/> Smoking Environmental <input type="checkbox"/> Breakdown of doors <input type="checkbox"/> Safety and Security <input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Equipment use related <input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Sharps /Needle Stick Injury <input type="checkbox"/> Isolation Violation <input type="checkbox"/> Others, Specify:
Others not classified above, Specify:		
■ This Event is considered: <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/> Adverse <input type="checkbox"/> Near Miss ■ Risk Score / Degree of Harm/Injury: _____ (_____) QUALITY DEPARTMENT RECOMMENDATION		
متابعة حالة الإجراء المتخذ: _____ <input type="checkbox"/> Appropriate & complete <input type="checkbox"/> Inappropriate & incomplete <input type="checkbox"/> كامل و غير مناسب <input type="checkbox"/> كاملاً ومناسباً <input type="checkbox"/> No further action required <input type="checkbox"/> ليس هناك اجراء مطلوب آخر		
Quality Manager Signature : _____ Date: _____ Time: _____		
Follow-up Status of action taken: متابعة حالة الإجراء المتخذ: <input type="checkbox"/> Appropriate & complete <input type="checkbox"/> Inappropriate & incomplete <input type="checkbox"/> كامل و غير مناسب <input type="checkbox"/> كاملاً ومناسباً <input type="checkbox"/> No further action required <input type="checkbox"/> ليس هناك اجراء مطلوب آخر		



اسم المريض:
رقم الملف الطبي للمريض:
القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى:

التقىيف الصحى للمريض

التاريخ: / / القسم :
تقييم مبدئي للاحتياجات التعليمية للمريض / الأسرة (هذا الجزء يملأ بمعرفة التمريض)
- التعليم: مؤهل عالى مؤهل متوسط يقرأ ويكتب أمى
- الحالة النفسية والقابلية للتعلم: يريد ويسجيب لا يريد ولا يستجيب
- عوائق للتقىيف :
 عضوية (السمع - الكلام) معرفة (مستوى الذكاء والاستيعاب)
- بناءاً على المعلومات السابقة س يتم تقديم التقىيف لـ المريض الأسرة
- طريقة التقىيف : شفاهة مكتوبة
..... أخرى (اذكر)
- شرح من قبل كوادر أخرى . (حدد) :
.....

<u>شرح من قبل الطبيب</u>	<u>التوقيع</u>	<u>تم</u>
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 الغذائي ؟		
التأهيل الوظيفى (العلاج الطبيعي) عند الحاجة		
هل هناك حاجة لحضور برنامج تثقيفى اضافى ؟		
هل تم شرح تعليمات الخروج والمتابعة ؟		
هل تم شرح واستيعاب وفهم تعليمات الخروج والمتابعة ؟		
<u>شرح من قبل التمريض</u>		
هل تم شرح أهمية ارتداء اسوره 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 الغذائي و تقليل المخاطر مثل التدخين وأهمية الرياضة والنظام الغذائي		

تم شرح التقىيف الصحى :

توقيع المريض : الوقت : / التاريخ : /

MR.Inp.Dr.1-1



SH.G.S.R.07.ICD.12

رقم السياسة

**بروتوكول فحص وحماية المرضى المعرضون
للجلطات الدموية الوريدية**

عنوان السياسة			
1	رقم الإصدار	1/3/2025	تاريخ الإعداد
15/3/2025	تاريخ الاعتماد	1/9/2025	تاريخ التفعيل
3	عدد الصفحات	1/9/2028	تاريخ المراجعة
جميع الأقسام الطبية بالمستشفى			نطاق التفعيل
اعتماد	مراجعة	إعداد	
مدير المستشفى د/ وسام وهيبة	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	رئيس قسم الصيدلة الإكلينيكية د/ انجي الكاشف رئيس قسم العناية المركزية د/ محمد عبد الفتاح	

د/ ايمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى
صيدناوي



السياسة

- تلتزم مستشفى صيدناوى يمنع حدوث الجلطات الوريدية العميقه وكذلك جلطات الرئة وذلك باتباع أحدث البروتوكولات العلاجية لحماية المرضى.
- 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 العميقه والجلطات الرئوية للمريض.

التعريفات

- لا يوجد.

إجراءات العمل

- يقوم الطبيب المعالج بفحص جميع المرضى عند الدخول لتحديد المرض المعرضين لحدوث الجلطات الوريدية وذلك طبقاً لنموذج تقييم مخاطر التعرض للجلطات الوريدية.
- يتم تقييم المرضى عند الدخول إلى المستشفى لمعرفة المستوى الحركي عن طريق وضع علامة بمربع واحد مع مراعاة التقييمات العامة لجميع مرضي 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 تحدث الفريق الطبي على التفكير فيما إذا كانت مخاطر النزيف كافية لمنع التدخل الدوائي.



- 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 مدربون ومساركين في تدابير الوقاية من خلال التثقيف الصحي للمرضى وذويهم.
- تقوم المستشفى بتبني 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 فرض التحسين المحدد 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



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



..... اسم المريض:



الهيئة العامة للتأمين الصحي

رقم الملف الطبي للمريض:

فرع:

..... : القسم المعالج

المستشفى :

VTE Prophylaxis 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) plus mechanical prophylaxis with ES or IPC (Grade 2C)	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 and LDUH contraindicated	Fondaparinux (Grade 2C) or low-dose aspirin (160 mg) (Grade 2C); mechanical prophylaxis, preferably with IPC (Grade 2C); or both	



اسم المريض:

الهيئة العامة للتأمين الصحي

رقم الملف الطبي للمريض:

فرع:

القسم المعالج :

المستشفى :

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



اسم المريض:

الهيئة العامة للتأمين الصحي

رقم الملف الطبي للمريض:

فرع:

القسم المعالج :

المستشفى :

Pediatric VTE Risk Assessment

Risk Score	1 Point Each Risk	2 Point Each Risk	3 Point Each Risk	
Risk Factor	<input type="checkbox"/> Central Venous Catheter <input type="checkbox"/> Multiple Trauma <input type="checkbox"/> Orthopedic Surgery <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Nephrotic Syndrome <input type="checkbox"/> Sepsis and other Acute State with Disseminated Intravascular Coagulation	<input type="checkbox"/> Immobility <input type="checkbox"/> Obesity ($\geq 20\%$ Over IBM) <input type="checkbox"/> Family History of Coagulopathy	<input type="checkbox"/> Hereditary or Acquired Abnormalities of Anticoagulant Factors <input type="checkbox"/> Hereditary of DVT (VTE) or Pulmonary Embolism in the Past	
Total Score				
VTE Risk Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • 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: / /
score				
Physician's Decision				
Physician Sign.				
<u>Chemical Prophylaxis is not Recommended in:</u>	<u>Consider Avoiding Chemical Prophylaxis</u>		<u>Pharmacologic Prophylaxis</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Intracranial Hemorrhage • Brain Ischemia / Acute Stroke • Active Bleeding • Recent Thrombolytic Therapy (< 24 Hours) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 		<u>Enoxaparin (Subcutaneous)</u> <ul style="list-style-type: none"> • 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) • <u>Heparin (Subcutaneous)</u> • Patients ≥ 60 kg (5000 Units Q12H) • Renal impairments (5000unitsQ24H) 	
<u>Mechanical prophylaxis</u>				
Graduated compression stockings				

MR.Inp.Dr.1-2



اسم المريض:
رقم الملف الطبي للمريض:
القسم المعالج :

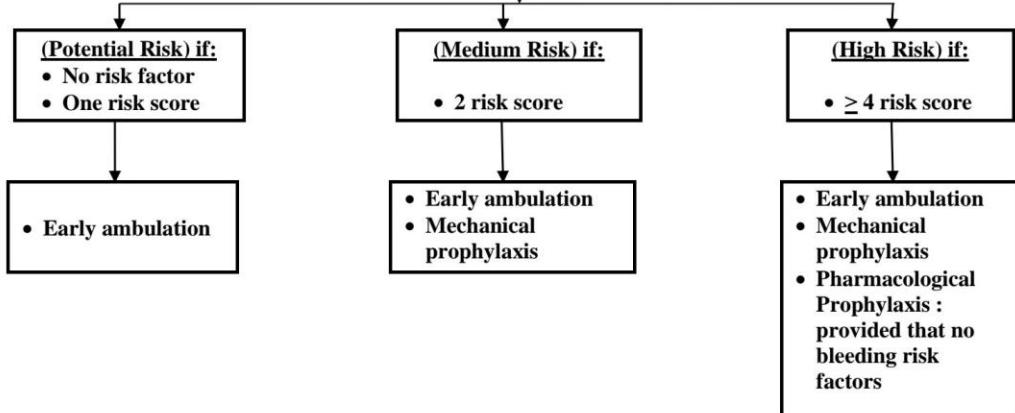
الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى:

Venous Thromboembolic Risk Assessment in Pediatric Patients

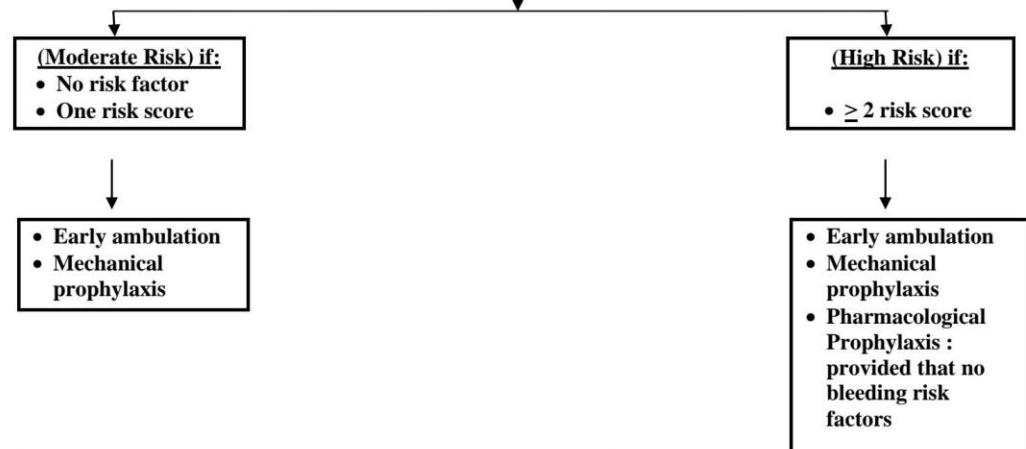
Patients < 6 months age → not meet criteria for prophylaxis guideline

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

i. If no alteration in patient mobility



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



_____ Repeat Risk Assessment Every 48 – 72 Hours.

MR.Inp.Dr2-2



SH.G.S.R.08.CSS.02			رقم السياسة
سياسة الإنذارات الحرجية			عنوان السياسة
1	رقم الإصدار	1/4/2 025	تاريخ الإعداد
12/4/2025	تاريخ الاعتماد	1/9/2 025	تاريخ التفعيل
17	عدد الصفحات	1/9/2 028	تاريخ المراجعة
جميع الأقسام الطبية بالمستشفى			نطاق التفعيل
اعتماد	مراجعة	إعداد	
مدير المستشفى د/ وسام وهيبة	لجنة الجودة د/ إيمان سامي	رئيس قسم الصيانة الطبية م/ سارة مصطفى رئيسة التمريض م/ هيا مهندس عضو فريق الجودة م/ ولاء سيد	

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي



السياسة

- تلتزم مستشفى صيدناوى بوضع خطة صيانة واختبار أنظمة الإنذارات الحرجية وتشمل:

- قائمة حصر الأجهزة التي تحتوي على إنذارات وصيانتها الوقائية.
- اختبار أنظمة الإنذار الحرجية وتشغيلها بالإعدادات المناسبة.
- أولويات أجهزة الإنذار المتنافسة، والعاملين المرخص لهم تعطيل أجهزة الإنذار أو تغيير إعداداتها، ومراقبة الاستجابة لتفعيل الإنذار.
- تكون الإنذارات مسماً بدرجة كافية فيما يتعلق بالمسافات والتنافس على الضوابط داخل الوحدة.

- يلتزم كل من مهندس الشركة، وفريق صيانة الأجهزة الطبية، والأطباء، والتمريض بتنفيذ خطة اختبار وصيانة الإنذارات الحرجية 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 حرجية وتوعية العاملين من الهيئة الطبية وهيئة التمريض بهذه الإنذارات.

التعريفات

الإنذار الحرج

هو إشارة ضوئية أو صوتية او كتابية تصدر من الأجهزة الطبية المتعلقة بالوظائف الحيوية تنبه العاملين الى حدوث اعطال بالجهاز او الى حالة المريض الحرجية أو

فصل الجهاز

إجراءات العمل

- يقوم رئيس قسم هندسة الأجهزة الطبية بعمل نظام للمرور الدوري على أجهزة الإنذارات الحرجية 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 وأيضاً ما يتم ملاحظته من أخطاء أثناء تشغيل الجهاز).

- يقوم فني الأجهزة الطبية بتدريب الأطباء والتمريض بالقسم على الإنذارات الإكلينيكية وكيفية التعامل معها.
- في حالة دخول مريض جديد يقوم الطبيب المسؤول 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 التأكيد من أجهزة الإنذارات الإكلينيكية اليومي.
- تقوم الممرضة بتصنيف أولوية الاستجابة لأجهزة الإنذار المتنافسة كالتالي:
 - 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

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

الأماكن التي يوجد بها إنذارات

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



- الأقسام الداخلية.
- بيان توزيع أجهزة الإنذارات الحرجية (يتم وضع أعداد الأجهزة)

الأماكن/الأجهزة	ديزمن	المونيتور	الصدمات	جهاز تنفس صناعي	تغذير	محابيل مرضخة	سرزجة محابيل
الطوارئ							
عناية قلب							
العناية الحرجية							
العمليات							
الباطنة							
الجراحة والمسالك							
العزل							
العدد الإجمالي							

كيفية ضبط أجهزة الإنذارات الحرجية

الجهاز	التأكد من تفعيل الإنذارات الحرجية
جهاز المونيتور	1. يتم النقر على زر menu وظهور 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.



جهاز التنفس الصناعي (vent-bent840)	. يتم النقر على 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 setting 2. ثم على 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 الدياثيرمي	1. يتم فصل كيبيل الأرضي والتأكد من سماع صوت الإنذار
جهاز التخدير	1. النقر على زر السماعة VE/VTE والتأكد من سماع صوت الإنذار

أولاً: 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 إنذار سمعي وضوئي.



ضربات القلب

- يعطي الجهاز إنذار في حالة ارتفاع وانخفاض معدل ضربات القلب أو في حالة عدم انتظام ضربات القلب.
- التعامل مع الإنذارات
 - يتم إعادة التأكيد من أن جميع الألكترودات متصلة بالمريض بصورة صحيحة.
 - بعد التأكيد 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 إنذار في حالة ارتفاع أو انخفاض معدل نسبة الأكسجين بالدم.
- التعامل مع الإنذارات
 - يتم إعادة التأكيد من أن الجهاز متصل بالمريض بصورة صحيحة.
 - بعد التأكيد 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 تلقائياً 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.



معدل التنفس

- يضبط 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 التأكيد من أن جميع الالكترودات متصلة بالمريض بصورة صحيحة.
 - بعد التأكيد من صحة الوصلات يتم إبلاغ الطبيب.

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



عدم رؤية العدسة للمحلول

- في حالة عدم امتلاء خزان جهاز الوريد بالمحلول بالكمية المطلوبة (زيادة أو نقص)
 - التعامل مع الإنذار
- في حالة نقص كمية محلول يتم زيادة الكمية مع مراعاة سياسات وإجراءات مكافحة العدوى.
- في حالة زيادة كمية محلول 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 بالحفظ 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 دائماً 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 إنذار
 - يتم تحديد مكان السدة بدقة (المريض، الجهاز)
- يتم التعامل مع مكان السدة مع مراعاة سياسات وإجراءات مكافحة العدوى.



ثالثاً : جهاز سرنجة محاليل

- تعطى إنذار في حالة انتهاء السرنجة أو سدد في السرنجة أو السرنجة غير مطابقة.
- التعرف على الإنذار
- يعطي الجهاز إنذار سمعي وضوئي.
- التعامل مع الإنذار
- يتم تغيير محلول 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.

رابعاً : 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 إنذار سمعي وضوئي.



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 الأنابيب الحنجرية.
- ضغط المريض على الأنابيب الحنجرية (العض على الأنابيب)

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



ارتفاع معدل التنفس يحدث في حالة:

- تراكم الإفرازات صدر المريض.
- وجود ثني في الأنوبية الحنجرية.
- برنامج الجهاز غير متواافق مع المريض.

التعامل مع الإنذار بمعالجة السبب عن طريق:

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

حدوث توقف التنفس

يعطي الجهاز إنذار في حالة:

- التوقف التنفس للمريض.
- مع البدء بالتنفس باستخدام (الأمبوباج)
- المريض غير متصل بالجهاز.
- يعطي الجهاز إنذار 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 فوراً.

الجهاز مسدود ولا يعطي للمريض

- يعطي الجهاز إنذار صوتي عالي وضوئي وقد يقوم بإيقاف الجهاز.
- التعامل مع الإنذار
- التأكد من فلتر الشهيق أو تغييره.



- التأكد من عدم وجود إنسداد في خط الشهيق.
- التأكد من أن المريض لا يعوض على الأنبوة.
- التأكد من عدم وجود سدد أو افرازات في الأنبوة.

خامساً: أجهزة الدياثيرمي

- تقوم أجهزة الدياثيرمي بعمل قطع وكي للمريض والجهاز مزود بأنظمة الإنذار ويقوم بعمل اختبار أوتوماتيكي لنظام الإنذار في حالة فصل الكهرباء وإعادة التشغيل .

- يعطي الجهاز إنذار في الحالات التالية:

- (REM ALARM INDICATOR) وذلك يحدث في حالة عدم توصيل كابل العزل الكترود رجوع المريض (PAD) بالمريض.
- يعطي 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 أعلى أمان للمريض.

التعرف على الإنذار

- يعطي الجهاز إنذار سمعي وضوئي.
- التعامل مع الإنذار

- يتم التأكد من توصيل العازل (الكترود رجوع المريض) (PAD بالمريض 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.



سادساً: أجهزة التخدير

- يقوم جهاز التخدير بـ تخدير المرضى، ويُلحق به جهاز تنفس صناعي. الجهاز مزود بأنظمة إنذار، ويقوم بعمل اختبار أوتوماتيكي لنظام الإنذار في حالة فصل الكهرباء وإعادة التشغيل يعطي الجهاز إنذار في الحالات التالية:
 - APNEA PRESSURE 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 بوصلات 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.
 - (IPPV) في حالة ضبط (APL-valve) في وضع (MAN) أثناء .
 - EX - VALVE LEAKAGE في حالة تسرب في الصمام الخاص بالتنفس.
 - FIO2 HIGH في حالة تجاوز تركيز الأكسجين الحد الأدنى (القيمة) المضبوط عليها الجهاز.
 - SENSOR INOP في حالة عدم معايرة حساس الأكسجين أو حدوث خطأ بالمعايرة.
 - FIO2 LIMIT percentage21 > FIO2 LIMIT 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.



- 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 إنذار 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 (IPVV).
- battery low
- يتم توصيل الكهرباء (كابل الباور).
- battery powered
- يتم توصيل الكهرباء (كابل الباور)



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).

(FLOW) ○ 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 •

- تراجع 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).



- 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.

سابعاً: أجهزة صدمات القلب

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

يعطي الجهاز إنذار في الحالات التالية:

- في حالة عدم توصيل واللكتروdes اتغير موصلة جيدة بالمريض CONNECT THE ELECTRODES.
- NO energy selected يعني أن لم يتم تحديد الشحنة بعد.
- يعطي بعض الرسائل التي توضح أعطال بالجهاز وأنه لا يعمل.



التعرف على الإنذار

- يعطي الجهاز إنذار سمعي وتنظر 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 الأجهزة الطبية.
- الأطباء.
- التمريض.

النماذج

- كارت الصيانة الدورية.
- نموذج المرور اليومي على الأجهزة الطبية.
- نموذج متابعة الإنذارات الحرجية

الاختصارات

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



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



كارت الصيانة

رقم الجهاز:

اسم الجهاز :

شركة الصيانة:



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

د/ إيمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي

مستشفى
صيدناوي



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 مسؤولية التمريض المسئولة عن المريض.
- عنونة القساطر عالية الخطورة مثل (intrathecal, epidural, Arterial)
- تجنب استخدام القساطر ذات منافذ الحقن لهذه التطبيقات.
- اختبار القبول عند الشراء وتقدير 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 للقسطر والأنابيب سواء 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 المفكرة. ولا ينتج عن ذلك وقوع ضرر للمريض.



أنواع الأنابيب والقسطر على سبيل المثال وليس الحصر

- القساطر الوريدية الطرفية والمركبة.

- أنبوبة الصدر.
- الرايل.
- الأنبوة الحنجرية.
- القسطرة البولية.
- أنبوبة كل خارجية.
- درنقة (أنابيب التصريف).
- الوصلة الشريانية.
- وصلات الغسيل البريتوبي.
- **توصيلات جهاز التنفس الصناعي**
- قسطره بروتكاس
- الشق الحنجري
- وصلات الأكسجين.

إجراءات العمل

- يوجد نموذج التأكيد من سلامة الوصلات بكل قسم لجميع القساطر والأنابيب موضحا فيها:
 - التأكيد 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 والقسطر بحيث تبعد عن بعضها**
- تقوم مسؤول القسم بمتابعة التمريض وتقيمه 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.



- يقوم الطبيب بالتأكد من الإدخال السليم ومن أن الوصلة أو القسطرة تعمل جيداً وفي المكان السليم على سبيل المثال وليس الحصر التصوير بالأشعة كما في تركيب القسطرة الوريدية المركزية.
 - يقوم الطبيب بثبت الوصلة أو القسطرة التي تم تركيبها بما يضمن عدم فكه 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 انفakan للوصلة أو القسطرة الإبلاغ فوراً لطلب المساعدة
 - تقوم الممرضة المسؤولة بمتابعة التركيبات والوصلات المتصلة بالمريض وملحوظة أي انفakan أو تغير في مكان تركيب الوصلات وتسجيل ذلك يومياً 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 طبقاً لسياسة 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 المسؤول عن التركيب بتمييز الوصلة عالية الخطورة باللون الأحمر
- انواع الوصلات

اسم الوصلة	المستأول عن التركيب
القسطر الوريدية الطرفية	الأطباء والتمريض
القسطر الوريدية المركزية	الأطباء
انبوبه صدريه	الأطباء



الأطباء	انبوبه حنجرية
الأطباء	انبوبه كلوية
الأطباء والتمريض	توصيلات جهاز التنفس الصناعي
الأطباء	درنقة
الأطباء	القسطرة البولية
الأطباء	انبوبه شق حنجري
الأطباء	قسطره معدية

- في حالة انفاسك أي من الوصلات أو القساطر يتم كتابة تقرير حدوث واقعة طبقياً سياسة رفع تقرير عن واقعة.
- أثناء عملية التسلیم والتسلیم (Handover) بين نوبتجيات التمريض، أو عند نقل المريض من قسم لأخر (مثل النقل من الإفاقة للقسم الداخلي)، يجب على الممرضة المسلمة والمستلمة القيام بتتبع ومراجعة (Reconciliation) لجميع الوصلات والقساطر الموجودة بالمريض (من المنشأ إلى الطرف) كجزء أساسي من عملية التسلیم، والتأكد من ثبيتها 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 =

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



المصدر:

- نموذج تجمعي 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 والأنبوب.

المسئول عن التنفيذ

- أعضاء هيئة التمريض.
- الأطباء.

النماذج

- نموذج متابعة التركيبات.
- دليل إرشادي لجميع القساطر والأنبوب.
- 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)



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

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
مستشفى:

جدول متابعة التركيبات

تاريخ الدخول: / /

التركيبات :

- | | | | |
|-------------------|-------------------|----------------|------------------|
| 4 - أنبوبة حنجرية | 3 - قسطرة بولية | CVP -2 | 1- كانيولا طرفية |
| 8- آخرى | 7- كانيولا شريانى | 6- أنبوبة رايل | 5- أنبوبة صدرية |

MR Nu 7



اسم المريض :

البيئة العامة للتأمين الصحي

رقم الملف الطبي للمريض:.....

فرع:

القسم المعالج :

المستشفى:

ملاحظات التمريض

		التاريخ:/...../.....		الوقت
		الشخص: الطبيب المعالج:		
التاريخ	الملاحظات	الوضع الحالي للمريض Situation		
				<input checked="" type="radio"/> واعي وداخل حيز الخطورة لفقدان الوعي
		<input type="radio"/> نعم	<input checked="" type="radio"/> لا	نوع الوصلات :
ما تم خلال الشيفت <u>Background</u>				
تقييم المريض <u>Assessment</u> يتم الرجوع لنموذج اعادة التقييم التمريضي اليومي				
توصيات الشيفت القائم <u>Recommendation</u>				
توقيع التمريض المسلم:		توقيع التمريض المسلم:
				التاريخ:/...../..... الوقت: MR.NR.1-1



اسم المريض:
رقم الملف الطبي للمريض:
القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى:

التقىيف الصحى للمريض

التاريخ: / / القسم :
تقييم مبدئي للاحتياجات التعليمية للمريض / الأسرة (هذا الجزء يملأ بمعرفة التمريض)
- التعليم: مؤهل عالى مؤهل متوسط يقرأ ويكتب أمى
- الحالة النفسية والقابلية للتعلم: يريد ويسجيب لا يريد ولا يستجيب
- عوائق للتقىيف :
 عضوية (السمع - الكلام) معرفة (مستوى الذكاء والاستيعاب)
- بناءً على المعلومات السابقة س يتم تقديم التقىيف لـ المريض الأسرة
- طريقة التقىيف : شفاهة مكتوبة
..... أخرى (اذكر)
- شرح من قبل كوادر أخرى . (حدد) :
.....

<u>شرح من قبل الطبيب</u>	<u>تم</u>	<u>التوقيع</u>
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 الغذائي ؟		
التأهيل الوظيفى (العلاج الطبيعي) عند الحاجة		
هل هناك حاجة لحضور برنامج تثقيفى اضافى ؟		
هل تم شرح تعليمات الخروج والمتابعة ؟		
هل تم شرح واستيعاب وفهم تعليمات الخروج والمتابعة ؟		
<u>شرح من قبل التمريض</u>		
هل تم شرح أهمية ارتداء اسوره 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 الغذائي و تقليل المخاطر مثل التدخين وأهمية الرياضة والنظام الغذائي		

تم شرح التقىيف الصحى :

توقيع المريض : الوقت : / التاريخ : /

MR.Inp.Dr.1-1



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																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (اختياري)</td> <td style="width: 50%;">Department: القسم</td> </tr> <tr> <td>Reported by Signature: توقيع المبلغ</td> <td>Date of Reporting: تاريخ التبلغ</td> </tr> </table>		Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (اختياري)	Department: القسم	Reported by Signature: توقيع المبلغ	Date of Reporting: تاريخ التبلغ												
Reported by Name (OPTIONAL): اسم المبلغ (اختياري)	Department: القسم																
Reported by Signature: توقيع المبلغ	Date of Reporting: تاريخ التبلغ																
INDIVIDUAL OR MEMBER OF STAFF INVOLVED (Tick One or More)																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Nurse</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Physician</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Administrative</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Patient</td> </tr> <tr> <td>ممرضة</td> <td>طبيب</td> <td>إداري</td> <td>مريض</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nursing Aid</td> <td><input type="checkbox"/> Technician</td> <td><input type="checkbox"/> Security</td> <td><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> <tr> <td>مساعد ممرض</td> <td>فني</td> <td>فرد امن</td> <td>أخرى</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Nurse	<input type="checkbox"/> Physician	<input type="checkbox"/> Administrative	<input type="checkbox"/> Patient	ممرضة	طبيب	إداري	مريض	<input type="checkbox"/> Nursing Aid	<input type="checkbox"/> Technician	<input type="checkbox"/> Security	<input type="checkbox"/> Other	مساعد ممرض	فني	فرد امن	أخرى
<input type="checkbox"/> Nurse	<input type="checkbox"/> Physician	<input type="checkbox"/> Administrative	<input type="checkbox"/> Patient														
ممرضة	طبيب	إداري	مريض														
<input type="checkbox"/> Nursing Aid	<input type="checkbox"/> Technician	<input type="checkbox"/> Security	<input type="checkbox"/> Other														
مساعد ممرض	فني	فرد امن	أخرى														
OCCURRENCE INFORMATION																	
Date of Incident تاريخ الحادث	Time of Incident وقت وقوع الحادث	Location/Unit الوحدة/المكان															
Name of Person Involved اسم الشخص المعن	Patient I.D: رقم الملف الطبي	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male														
Briefly describe the incident/ occurrence and attach the supporting data when applicable وصف ملخص للحدث مع الدعم بمستند إذا أمكن																	
Immediate Corrective Action taken: To be completed by involved/concerned department الإجراء التصحيحي المنفذ : يتم كتابته من قبل الشخص المسئول																	
Suggested Preventive Action: To be completed by the concerned Head of Department for follow up الإجراء التصحيحي المقترح : يتم كتابته من قبل رئيس القسم المختص																	
Name:-: Date: Time: Signature:																	
O . V . R . 1-2																	



يتم كتابة بواسطة الجودة

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع : _____

مستشفى : _____

CLASSIFICATION OF OCCURRENCE VARIANCE:		
PATIENT CARE ISSUES	SENTINEL EVENT	MEDICATION ERROR
<input type="checkbox"/> Complication following procedure	<input type="checkbox"/> Unanticipated death not related to the natural cause of illness	Medication's Name: _____ <input type="checkbox"/> Wrong Drug Wrong Dose <input type="checkbox"/> Wrong Time Wrong Route <input type="checkbox"/> Wrong Patient Missed Dose <input type="checkbox"/> Drug not given I.V.infiltration <input type="checkbox"/> Expired Drug
<input type="checkbox"/> Procedure delay	<input type="checkbox"/> Major permanent loss of function	
<input type="checkbox"/> Patient care delay	<input type="checkbox"/> Wrong-site of surgery	
<input type="checkbox"/> Use of Blood/Blood Products e.g. Blood Reaction	<input type="checkbox"/> Wrong-procedure / surgery	
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer Community : Hospital	<input type="checkbox"/> Wrong-patient surgery	<input type="checkbox"/> Delay in order to pharmacy <input type="checkbox"/> Delay in order to pharmacy
<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:
IPSGS	COMMUNICATION	DOCUMENTATION OR RECORDS
<input type="checkbox"/> Patient Identification	<input type="checkbox"/> Property loss – Staff : Patient	<input type="checkbox"/> Health record unavailable or delayed
<input type="checkbox"/> Fall or Found on Floor	<input type="checkbox"/> Behavioral – Staff : Patient	<input type="checkbox"/> Illegible entry or order
<input type="checkbox"/> Transfer/ Handover Communication	<input type="checkbox"/> Ethical	<input type="checkbox"/> Incomplete or inaccurate documentation
<input type="checkbox"/> Safe Surgery	<input type="checkbox"/> Patient Complaint	
<input type="checkbox"/> Reduce Risk of Infection (hand- hygiene guidelines)		
<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:
FMS	EQUIPMENT	PCI
<input type="checkbox"/> Fire Alarm : Theft	<input type="checkbox"/> Equipment use related	<input type="checkbox"/> Sharps /Needle Stick Injury
<input type="checkbox"/> Smoking Environmental		
<input type="checkbox"/> Breakdown of doors		<input type="checkbox"/> Isolation Violation
<input type="checkbox"/> Safety and Security		
<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:	<input type="checkbox"/> Others, Specify:
Others not classified above, Specify:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ This Event is considered: <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/> Adverse <input type="checkbox"/> Near Miss ▪ Risk Score / Degree of Harm/Injury: _____ نتائج تقييم خطورة الحدث _____ QUALITY DEPARTMENT RECOMMENDATION توصية إدارة الجودة _____		
Quality Manager Signature :		Date: _____ Time: _____
Follow-up Status of action taken: متابعة حالة الإجراء المتخذ		
<input type="checkbox"/> Appropriate & complete <input type="checkbox"/> Inappropriate & incomplete كامل وغير مناسب <input type="checkbox"/> كامل ومناسب <input type="checkbox"/> No further action required <input type="checkbox"/> ليس هناك إجراء مطلوب آخر		



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

د / إيمان سامي السيد
 مدیرة الجودة
 مستشفى صيدناوي

مستشفى
صيدناوي



السياسة

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

الغرض

- تقديم الإرشادات المناسبة للفريق الطبي عن كيفية التعامل مع المرضي في حالات التدھور السريع وتوقف عضلة القلب وذلك للحفاظ على 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 المركزية.

التعريفات

نموذج الإنذار المبكر لتدھور المرضي: (NEWS)

- هو أداة تستخدم للاكتشاف المبكر لتدھور حالة المريض الطبية طبقاً لمؤشرات إكلينيكية محددة.

إجراءات العمل

- يتم اختبار نظام الاستدعاء بشكل مفاجئ من قبل مدير القسم/ مسؤول 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:



- 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 طبقاً 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 العنيات المركزية:
يطبق نظام الاستجابة السريعة بالأقسام الداخلية ولا يطبق في العنيات المركزية 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 آخر تقييم.
- تقوم بحساب مجموع الدرجات التي يتم الحصول عليها بناء على مجموع العناصر الموجودة بالنماذج:
 - ضغط الدم الانقباضي.
 - درجة الحرارة.
 - نسبة تشبع الأكسجين.
 - معدل ضربات القلب.
 - درجة الوعي.
 - معدل التنفس.
- 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:



- 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 المركزية فورا وإعادة التقييم كل 20 دقيقة ولمدة ساعة واستدعاء الطبيب المعالج في نفس اللحظة.
- يضاف درجتين للطفل المستخدم نيبولايزر، التشفير واستمرار الترجيع بعد الجراحة.

استدعاء فريق الاستجابة السريعة:

- تقوم الممرضة أو أحد أفراد الفريق الطبي بالاتصال بالسويتتش لعمل نداء CODE RRT استدعاء فريق الاستجابة السريعة(ويذكر القسم ورقم الغرفة المراد الانتقال إليها).
- يقوم موظف السويتش بتفعيل النداء مرتين لمدة 3 مرات وبين كل مرة 30 ثانية على 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 المركزية.
- يتكون فريق الاستجابة السريعة من طبيب الرعاية المركزية، طبيب القسم، ممرضة الرعاية المركزية، الممرضة المسئولة عن الحالة.
- الإجراءات التي يتخذها فريق الاستجابة السريعة:
 - يتم تقييم حالة المريض ومراجعة نموذج الإنذار المبكر لتدهور المريض.



○ أخذ ملخص عن حالة المريض الطبية (التشخيص الطبي، الحساسية، التاريخ المرضي، الأدوية الحالية وآخر جرعة تلقاها المريض آخر وجة تلقاها المريض، التدخلات التي تمت فعلياً 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 المركزية) إذا كانت تحول إلى قسم الرعاية المركزية 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 في المستشفى =

$$\frac{\text{عدد المرات التي تم وصول فريق التدخل السريع في الوقت المحدد وفقاً للسياسة خلال الشهر}}{\text{عدد مرات استدعاء فريق التدخل السريع في خلال نفسه الشهر}} \times 100$$

○ 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 لتدور المرض.

المسئول عن التنفيذ

- الأطباء.
- التمريض.
- موظف السوئيش.

النماذج

- نموذج الإنذار المبكر لتدور المرضي 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 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



نموذج لجنة المضاعفات والوفيات (رعايات)

التاريخ:

2

المستشفى

الفروع:

النوع:	الرقم الطبي:	اسم المرض:
وقت الوفاة:	تاريخ الوفاة:	وقت الدخول:
القسم الذي تمت به الوفاة:		التاريخ عند الدخول:
الطبيب المعالج:	الطبيب الاستشاري:	التشخيص النهائي:
وفيات أقل من 24 ساعة	APACHE SCORE	طريقة الدخول:
<input checked="" type="radio"/> لا	<input checked="" type="radio"/> نعم	<input checked="" type="radio"/> طوارئ <input type="radio"/> زيارة
وقت التحويل:	أقسام أخرى:	تاريخ تحويل الحالة للرعاية: (في حالة تحويل المريض)
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:



اسم المريض:
 رقم الملف الطبي للمريض:
 القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي
 فرع:
 المستشفى :

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

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

• اذا كان مجموع الدرجات لأكثر من علامة حيوية تساوى (٤-٠) ** تقوم الممرضة المسئولة عن المريض باعادة تقييم المريض كل ٦ ساعات
• اذا كان مجموع الدرجات لأكثر من علامة حيوية لأكبر من أو يساوى ٧ • اذا كانت درجة ملاحظة حيوية واحدة تساوى (٣) *تقوم الممرضة المسئولة بنتفعيل RRT ثم تقوم بإبلاغ الطبيب المعالج
• اذا كان مجموع الدرجات لأكثر من علامة حيوية تساوى (٦-٥) ** ويتم ابلاغ الطبيب المعالج لاعادة تقييم المريض تقوم الممرضة المسئولة عن المريض باعادة تقييم المريض كل ساعة

The assigned nurse should call RRT directly based on any of the following: • تقيام الممرضة المسئولة بتفعيل فريق RRT في الحالات الآتية:

• اختناق	Airway
معدل التنفس اقل من ٨ او أعلى من ٢٥ في الدقيقة (أقل من سن ٣ الى ٦ سنوات)	Breathing
تغير حاد في ضغط الدم الانقباضي ليصبح أقل من 90 mmHg او يقل عن 40mmHg عن الضغط المعتاد	Circulation
تغير حاد في معدل ضربات القلب ليصبح اقل من ٤٠ او أعلى من 130bpm او تغير في نظم القلب	Disability
• تشنجات جديدة او غير متوقعة • تفاعلات الادوية (رعشة - دوخة - غثيان - قيء - احمرار بالجلد - الحكة) • تفاعلات الدم او مشتقاته (صداع - احمرار الوجه - الحكة - انخفاض الضغط - رعشة - سخونية - الم في الصدر) • تغير واضح في لون جلد المريض (شحوب او بداية ازرقاق في الوجه او الفم او الأطراف) • نزيف حاد	Others



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

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع: المستشفى :

نموذج تقرير فريق التدخل السريع Rapid Response Team

وقت الوصول	وقت الاستدعاء	وقت الاكتشاف	التاريخ:	المكان:	الشخص الذي استدعي الفريق:																				
			/ /																				
العلامات الحيوية قبل استدعاء الفريق (خلال اخر ٦ ساعات)																									
Date	Time	BP	HR	RR	Temperature																				
أسباب الاتصال بفريق RRT: <input type="checkbox"/> معدل ضربات القلب (اكثر من ١٣٠ او اقل من ٤٠) أو تغيير جديد في نظم القلب <input type="checkbox"/> ضغط الدم الانقباضي (اكثر من ٢٢٠ او اقل من ٩٠) <input type="checkbox"/> معدل التنفس (اكثر من ٢٥ او اقل من ٨) <input type="checkbox"/> تغير مفاجئ في درجة الوعي <input type="checkbox"/> تشنجات جديدة أو غير متوقعة <input type="checkbox"/> نزيف حاد <input type="checkbox"/> اختناق <input type="checkbox"/> درجة الحرارة اقل من ٣٥ درجة أو اكبر من ٣٩,١ درجة <input type="checkbox"/> اخري 																									
<u>Patient History:</u>			<u>Assessment:</u>																						
<u>Patient follow up within (4 hrs) of RRT activation:</u> Follow up (4 hrs.):			<u>Intervention/Investigation :</u> needed																						
<u>Vital Signs</u> <u>: ميلأ بواسطة طبيب المعالج</u> <table border="1"><thead><tr><th>Time</th><th>BP</th><th>HR</th><th>RR</th><th>Temp.</th></tr></thead><tbody><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr></tbody></table>			Time	BP	HR	RR	Temp.	<u>Medication / supplies:</u>		
Time	BP	HR	RR	Temp.																					
.....																					
.....																					
.....																					
<u>Outcome:</u> يملا بواسطة طبيب الرعاية <input type="checkbox"/> Stay at the room <input type="checkbox"/> Transfer to ICU <input type="checkbox"/> Transfer to OR <input type="checkbox"/> Activate Code Blue team																									
..... طبيب الرعاية: التوقيع: طبيب الحاله: ممرض العنايه: ممرضة الحاله: التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع:			<u>Recommendation:</u> يملا بواسطة طبيب الرعاية																						

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

MR.Inp.Dr.1-2



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

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع: المستشفى

(Pediatric Rapid Response Team Report)

نموذج تقرير فريق التدخل السريع للأطفال

وقت الوصول	وقت الاستدعاء	وقت الاكتشاف	التاريخ:	المكان:	الشخص الذي استدعي الفريق:		
			/ /		
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 to 1 Month)	Infant (1 to 12 Month)	Toddler (1 to 3 Years)	Preschool (3 to 6 Years)	School Age (6 to 12 Years)	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 :							
<input type="checkbox"/> تغير مفاجئ في درجة الوعي <input type="checkbox"/> تشنجات جديدة أو غير متوقعة <input type="checkbox"/> نزيف حاد <input type="checkbox"/> اختناق <input type="checkbox"/> درجة الحرارة أقل من ٣٥ درجة أو أكتر من ٣٨,٥ درجة <input type="checkbox"/> أخرى..... 							
<u>Patient History:</u> 				<u>Assessment:</u> 			
<u>Patient follow up within (4 hrs) of RRT activation:</u> Follow up (4 hrs.):				<u>Intervention/Investigation : needed</u> 			
<u>Vital Signs :</u> يملأ بواسطة ممرض العناية				<u>Medication / supplies:</u> يملأ بواسطة طبيب الرعاية			
Time	BP	HR	RR	Temp.			
<u>Outcome:</u> يملأ بواسطة طبيب الرعاية							
<input type="checkbox"/> Stay at the room <input type="checkbox"/> Transfer to ICU <input type="checkbox"/> Transfer to OR <input type="checkbox"/> Activate Code Blue team							
طبيب الرعاية: التوقع: طبيب الحاله: ممرض العناية: ممرضة الحاله: التوقع:				<u>Recommendation:</u> يملأ بواسطة طبيب الرعاية			

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

MR.Inp.Dr.1-2



اسم المريض:
 رقم الملف الطبي للمريض:
 القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي
 فرع:
 المستشفى :

PEWS(pediatric Early Warning Score

نموذج الإنذار المبكر لتدحرج الأطفال

Score	القلب Cardiovascular	التنفس Respiratory	السلوك Behavior
0	<ul style="list-style-type: none"> ■ لون البشرة وردي ■ اعادة امتلاء الشعيرات الدموية ١-٢ ثانية 	<ul style="list-style-type: none"> ■ تنفس طبيعي ■ لا توجد صعوبة بالتنفس ■ يتنفس هواء الغرفة 	<ul style="list-style-type: none"> ■ الطفل يلعب وينام بشكل طبيعي
1	<ul style="list-style-type: none"> ■ لون بشرة باهت ■ اعادة امتلاء الشعيرات الدموية ٣ ثوانى 	<ul style="list-style-type: none"> ■ صعوبة تنفس بسيطة ■ اكسجين ٢ لتر/ دقيقة او % ٣٠ ■ معدل التنفس ١٠ اكثر من المعدل الطبيعي 	<ul style="list-style-type: none"> ■ الطفل مضطرب او مزعج
2	<ul style="list-style-type: none"> ■ لون البشرة رمادي (داكن) ■ اعادة امتلاء الشعيرات الدموية ٤ ثوانى ■ زيادة ضربات القلب الى ٢٠ اكثر من المعدل الطبيعي 	<ul style="list-style-type: none"> ■ صعوبة متوسطة في التنفس ■ اكسجين ٤ لتر/ دقيقة او % ٤٠ ■ معدل التنفس ٢٠ اكثر من المعدل الطبيعي 	<ul style="list-style-type: none"> ■ الطفل مزعج بشكل اكبر ■ يشعر بالألم
3	<ul style="list-style-type: none"> ■ لون بشرة داكن جدا ■ اعادة امتلاء الشعيرات الدموية ٥ او اكثر ■ لون البشرة مبقع ■ زيادة ضربات القلب الى ٣٠ اكثر من المعدل الطبيعي او نقص ضربات القلب 	<ul style="list-style-type: none"> ■ صعوبة شديدة في التنفس ■ اكسجين ٥ لتر في الدقيقة او % ٥٠ ■ معدل التنفس ٣٠ اكثر من المعدل الطبيعي 	<ul style="list-style-type: none"> ■ الطفل في حالة خمول شديد ■ عدم الاستجابة للألم بشكل جيد
	Total	يتم اضافة 2 للطفل المستخدم Nebulizer, التشفيف او استمرار الترجيع بعد الجراحة	

The action of the Assigned Nurse according to the patient's score

الأجراءات التي يتبعها التمريض عند تقييم الطفل طبقاً للدرجة التقى

0-2	<p>يشير الى عدم التغير في حالة الطفل واستمرارية الخطة الطبية الموضوعة كما هي ويتم اعادة التقييم كل ٦ ساعات</p> <p>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.</p>
3-4	<p>يشير الى ان حالة الطفل تسوء ولكن لا يحتاج لمساعدة فورية ويمكن ان تتغير الخطة الطبية ويتم عمل متابعة لحالة واعادة التقييم كل ٦٠ دقيقة ولمدة ساعتين ويتم استدعاء الطبيب المعالج خلال ١٠ دقيقة</p> <p>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.</p>
5	<p>يشير الى ان حالة الطفل متدهورة وخطيرة ويجب تقديم المساعدة للطفل فوراً ويتم تفعيل كود RRT ويتم اعادة التقييم كل ٣٠ دقيقة ولمدة ساعتين ويتم استدعاء الطبيب المعالج خلال ١٠ دقائق</p> <p>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.</p>
6+	<p>يشير انه لابد من تدخل سريع وفوري للطفل ويتم تفعيل كود RRT ويتم تحويله الى الرعاية المركزية ويتم اعادة التقييم كل ٢٠ دقيقة ولمدة ساعة ويتم استدعاء الطبيب المعالج في نفس اللحظة</p> <p>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</p>



نموذج العلامات الحيوية للقسام الداخلي

نموذج الإنذار المبكر EWS

الهيئة العامة للتأمين الصحي

مستشفى

اسم المريض :

رقم الملف :



النوع / الساعة	العلامات الحيوية	score
	معدل التنفس	20-12
	قل من أو يساوي 1/اكثر من او يساوي 2.5	11 - 9
	قل من او يساوي 1/اكثر من او يساوي 2.1	24 - 21
SP02	أكبر من او يساوي 96%	0
	أقل من او يساوي 94%	1
	أقل من او يساوي 92%	2
	أقل من او يساوي 91%	3
التنفس	أقل من او يساوي 40/اكثر من او يساوي 40	90 - 51
	أقل من او يساوي 39%	110 - 91 / 50 - 41
	أقل من او يساوي 38%	130 - 111
	أقل من او يساوي 37%	131
حرارة	36.1 - 38	0
	39 - 38.1 / 36 - 35.1	1
	أكبر من او يساوي 39%	2
	أقل من او يساوي 35.5%	3
ضغط الدم الاقتبسي	صافط الدم	0
	199-111	110-101
	أقل من او يساوي 200 / اكبر من او يساوي 220	100 - 91
	أقل من او يساوي 90/اكبر من او يساوي 110	3
متغيرات أخرى	AVPU	0
	واعي	3
	مسحوب الكلام / غير واعي	3
	score	score
	توقيع الممرضة	توقيع الممرضة

يتم إضافة درجتين لو المريض موصول بالدوكسيجين*

(-) يعاد تقييم المريض كل 6 ساعات

(٧.٥) تقوم ممرضة العناية بالإنعاش بطلب القسم لتقديم المريض
يعاد تقييم المريض بواسطة الممرضة كل ساعة

أكبر من او يساوي ٦ او ٣ في اي جزء
RRT
تقديم المريض
تم تقديم باستخدام طبيب القسم





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		



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





السياسة

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

الغرض

- وضع معايير لبدء وانتهاء الإنعاش القلبي الرئوي
- وضع آلية متفق عليها للتنسيق بين الفريق الطبي في المستشفى أثناء الكود بلو
- تحديد مسؤوليات وأدوار كل عضو أثناء الإنعاش القلبي الرئوي
- ضمان كفاءة وفاعلية الإنعاش 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 الضرورية لبدء تدابير دعم الحياة المقدمة وضمان توحيد عربات الطوارئ في جميع أنحاء المستشفى.
- تسهيل 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 الأزرق(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



- التوقف القلبي الرئوي: هو فقدان 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 التهوية أثناء الإنعاش القلبي
 الرئوي
- فريق الكود بلو: هو فريق متعدد التخصصات ذو مسؤوليات محددة سلفا
 للستجابة لنداء الكود بلو لعمل الرعاية الطارئة الأولى والإنعاش القلبي
 الرئوي

إجراءات العمل

- تم وضع القواعد التنظيمية للنداء لحالات الطوارئ القلبية الرئوية هي كالتالي:
 - كود بلو (الكود بلو للبالغين)
 - كود بلو أطفال (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 اكمال جميع محتوياتها
 دوريًا باستخدام قائمة التحقق من استكمال المستلزمات والأدوية
- تم تكوين فريق للكود بلو مدرب على مدار 24 ساعة/7 أيام و تم وضع مهام
 الفريق ومهام كل عضو في الفريق، بحيث يكون فريق الكود بلو مسؤولا
 عن :
 - الاستجابة للفور لجميع نداءات الكود
 - الاستجابة الموحدة للكود على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع
 - إجراء الإنعاش القلبي الرئوي وفقاً لبروتوكولات دعم الحياة المتقدمة
 (ACLS) للبالغين أو بروتوكولات دعم الحياة المتقدمة للأطفال (PALS).
- تجهيز وتوفير خدمات الإنعاش القلبي الرئوي:



- تقوم المشرفة المسئولة في كل قسم بمراجعة محتويات السطح ومحتويات الكراش والتأكد من أن جميع الأجهزة 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 الأقل.
- 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 التنفسى 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 "الកود 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 الإنعاش القلبي الرئوي
- الحفاظ على ممر الهواء مفتوح



- 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 أو إلى مستشفى آخر
- طبيب القسم
 - المشاركة في عملية CPR
 - ترتيب عملية نقل وتوفير سرير بالعناية إذا لزم الأمر
 - إخبار أهل المريض بحالة المريض
 - استكمال الملف الطبي في حال وفاة المريض وكتابة تقرير الوفاة
- مشرفة تمريض القسم ومهامها:
 - الالشراف على اداء تمريض الكود بلو الآخرين
 - توثيق كل عملية الكود بلو ووقت وصول 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



- كتابة نموذج الإبلاغ عن حادثة وتبليغ لجنة الانعاش القلبي الرئوي عن اي تأخير او سوء ادارة
- تنسيق وتواصل مع الأخصائي الاجتماعي لإبلاغ عائلة المريض عن الكود ونتائجها
- رئيسة تمريض القسم
 - تقوم بإعداد المعدات والمستلزمات الطبية في موقع الكود بلو.
 - إعداد وإدارة الأدوية وعربة الكرش كارد بالتشييك على عربة الكراش كارت الأدوية والمستلزمات وعمل جهاز الصدمات الكهربائية يومياً 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 الدمن مهامه:
 - يكون خارج منطقة الكود فوراً 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



➢ 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 اكتشاف مريض في حالة توقف قلبي رئوي بما يلي:

- التعرف على، وتقدير حالة التوقف
- التتحقق ما إذا كان الشخص واعي أو غير واعي؟
- 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 بالسوسيتش برقم(-----) خاص بالاكوا德 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 بالسوسيتش لتفعيل الكود بلو حيث تقوم بأخباره (اسم القسم-رقم الطابق-رقم الغرفة-نوع الكود بلو-اسم المبلغ).
 - يجب على الممرضة أو الطبيب المعالج أن يذكروا إذا كان مريض ألمومه أو طفل أثناء الاتصال بالسوسيتش للحصول على المساعدة في حالة مريض الألمومه (المرأة الحامل) او الأطفال.
 - يقوم التمريض بإحضار عربة الكراش كار الى حجرة المريض (يكون بها نموذج كود بلو).
 - يقوم عامل السوسيتش بتفعيل الكود بالنداء ثلاث مرات وكل مرة تكرر (كود بلو-كود بلو) باللغة العربية 30 ثانية بين كل نداء وآخر (حيث يوجد رقم خاص لخط السوسيتش خاص بالاكواد فقط) ويتم فيها:



- 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-توقيع من عامل السويتش
 - يجب أن تكون استجابة الفريق للنداء في دقيقتين وفي 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 الى 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 الإنعاش 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 والروحي لأهل المتوفى إذا أمكن ذلك
 - فك أي توصيلات بالمتوفى



- استكمال نموذج الانعاش القلبي الرئوي بواسطة مشرفة التمريض ويتم توقيعه من قائد الفريق وباقى 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 (وبحسب أوامر قائد الفريق) في حال وجودها
 - حالة 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 اي 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



ملحوظة

- يتم تفعيل نداء بالكود بلو لإدارة الانعاش القلبي الرئوي في جميع أنحاء المستشفى باستثناء الرعاية الحرجة وجرحات العمليات، حيث تتم إدارة الانعاش القلبي الرئوي بالموقع التالي 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 ومشربة العمليات أعضاء الفريق
 - وحدة العناية المركزة (ICU) حيث يوجد أخصائي العناية هو قائد الفريق والطبيب المقيم هو طبيب القسم وتمريض (مشربة القسم - تمريض القسم) أعضاء الفريق
 - عناية المبتسررين (NICU) حيث يتواجد أخصائي عناية المبتسررين قائد الفريق-طبيب المقيم طبيب القسم -مشربة 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 مشربة 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 السوئيتش شهرياً 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



- تضع وتراجع وتعتمد سياسات وإجراءات الانعاش القلبي الرئوي والتي توجه لكيفية العناية بحالات التوقف القلبي
 - تراجع وتقيم جميع تقارير الانعاش القلبي الرئوي
 - تراقب وتطور مؤشرات لتقدير عمليات ونتائج الكود بلو
 - تنظم برنامج إجباري على الانعاش القلبي
- التدريب
- ❖ الشئون الطبية
 - ❖ فريق الجودة
 - ❖ مسؤول التدريب التمريضي
 - ❖ المسئول عن التنفيذ



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 deterioration**
- **CSS.01 Critical care**
- **MMS.05 Emergency medication**



نموذج مراجعة عربة الكراش ترولى طبقاً لنموذج محتويات عربة الكراش ترولى

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

التوقيع	الموعد	النوع
8 م حتى 8 ص	2 ظ حتى 8 م	8 ص الى 2 ظ





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		



سياسات الجراحة والتخدير والتهيئة



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

د/ ايمان سامي السيد
مدیرة الجودة
مستشفى صيدناوى



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 بإخبار الطبيب القائم بالجراحة ليقوم بوضعها بحاجة الاستلام بمشاركة المريض.



• الإجراءات التداخلية والجراحات التي يتم فيها تمييز مكان الإجراء:

نوع الإجراء التداخلي	مكان العلامة
الأشعة التداخلية	يتم وضع علامة على مكان الإجراء
جراحات الأعضاء الثانوية	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 التعين 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 =

عدد ملفات المرضى الذين تم توثيق وضع علامة مميزة مكان العملية خلال الشهر × 100

عدد ملفات مرضى العمليات والتدخلات 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

SH.G.S.R.14 S.A.S 05 :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.07 Time-out/sign-out,
- WFM.12 Clinical Privileges,
- PCC.07 Patient and family education process,
- SAS.03 Assessment before surgery and invasive procedures.



المسنون،
فرع،
الهيئة العامة الصحية



..... أسم المريض :

الهيئة العامة للتأمين الصحي

..... رقم الملف الطبي للمريض:

فَرْعَوْن

..... : القسم المعالج

المستشفى:

كشف تحضير المريض قبل إجراء العملية

.....القسم:الغرفة:

العملية الجراحية : تعلم مكان العملية : يمين يسار لا

٢٠ / / تاريخ اجراء العملية :

اجراءات التحضير بالقسم



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

د/ ايمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي



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 القرارات 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 الأسلالك والمفاتيح والأدوات الكهربائية والالكترونية يومياً بواسطة قسم الأجهزة الطبية ويتم توثيق ذلك بقائمة الفحص اليومي للأجهزة الطبية.
- تقوم مشرفة العمليات بالتأكد من استلام الآلات وباكتنات الجراحة المختلفة طبقاً 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.



- 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 الكهربائية 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 التأكيد 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 إليها بالتدخل الجراحي.
 - تقوم رئيسة تمريض العمليات بعمل طلب لمدير المستشفى بتوفير المستلزمات التي تحتاج إليها للتدخل الجراحي بعد توقيع رئيس قسم العمليات عليه.
 - بعد الموافقة عليه من مدير المستشفى يتم تحويل الطلب إلى مدير التموين الطبي بالمستشفى.
 - يقوم مدير التموين الطبي بتنفيذها من على سيسistem 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.



- تقوم رئيسة تمريض العمليات بإخبار الطبيب المعالج ورئيس قسم العمليات بتوافر المستلزمات أو الأجهزة المطلوبة للتدخل الجراحي بعد استلامها من مخزن المستشفى الطبي لتحديد ميعاد التدخل الجراحي.
- بالنسبة للأجهزة (إيجار) فيتم ذلك عن طريق إدارة فرع القاهرة، حيث يقوم بدراسة الأسعار و اختيار الأنسب.
- تقوم الممرضة المسئولة عن استلام المريض 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، و مطابقة 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.
- ثم تقومان بالتوقيع في نموذج القائمة التفقدية للجراحة الآمنة (جزء عند الوصول للعمليات - الدخول).
- تقوم الممرضة المسئولة عن الاستلام بغرفة التحضير باستلام المريض طبقاً لقائمة عند الدخول بنموذج القائمة التفقدية للجراحات الآمنة موضحاً ما يلي:
- التأكد من وجود أسورة المريض توضح بيانات المريض (الاسم رباعي، الرقم الطبي).
- تقييم المريض بواسطة الجراح.
- تحديد موضع العملية بعلامة واضحة مميزة.



- 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) طبقاً لتوصية طبية للمريض.
 - التأكد من توافر الدم في حاله طلبه.
-
- بعد التحقق المسبق وقبل البدء بالإجراء الجراحي مباشرةً (و قبل 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 التتحقق المتبعة عند التعين وكجزء من برامج التدريب الدورية لضمان الوعي الكامل بها.
= sign in
- خلال الشهر $\frac{\text{عدد ملفات المرضى الذين تم استكمال نموذج الجراحة التفقدية الامنة}}{\text{عدد ملفات مرضي العمليات التداخلية والجراحية خلال نفسه الشهر}} \times 100$
- المصدر: الملف الطبي.
 - الهدف: %100
-
- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية التتحقق قبل العملية الجراحية.
- المسئول عن التنفيذ
- الأطباء.
 - طبيبة التخدير.
 - أفراد هيئة التمريض بالعمليات.
 - أفراد قسم الصيانة.



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 التدافي.
- والموافقة على عمل الفحوصات بالصبغة.
- طلب صرف دم
- تقييم ما قبل التخدير

الاختصارات

SH.G.S.R.15 S.A.S 06 :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.



اسم المريض :
 رقم الملف الطبي للمريض:
 القسم المعالج :



البنية العامة الصحية
فرع:
المستشفى

القائمة التفقدية للجراحة الامنة	العملية الجراحية: Sign Out قبل مغادرة العمليات
--	---

الوقت المستقطع لضمان سلامة المريض	<p><input type="checkbox"/> يتم تقييم المريض بواسطة الجراح والتخدير قبل بدء العملية</p> <p><input type="checkbox"/> يتأكد فريق العمل من الآتي</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> اسم المريض <input type="checkbox"/> الأجراء الجراحي <input type="checkbox"/> موضع الإجراء <input type="checkbox"/> اسم الجراح <p><input type="checkbox"/> تم تحديد موضع العملية بعلامة مميزة</p> <p><input type="checkbox"/> لا ينطبق</p>
التشخيص : مكان العملية : () وقت الوصول للعمليات : Sing In عند الوصول للعمليات	<p><input type="checkbox"/> أكد على المريض لما يلى</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> هوية <input type="checkbox"/> موضع الجراحة <input type="checkbox"/> اسم المريض <input type="checkbox"/> موافق المريض <input type="checkbox"/> تم تقييم المريض بواسطة الجراح <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

التوقيع	التوقيع
الجراح: طبيب التخدير: المرضة الممنولة: الوقت:	الجراح: طبيب التخدير: المرضة الممنولة: مرضعة العينات: مرضعة القسم: الوقت:



نموذج متابعيه غرفه العمليات شهر ()

غوفه رقم														
الأرضيات														
الحاشية														
جهاز التخدير														
المنظار الخمجي														
بدائل مجهزة														
شفاط														
كتفولت المعملات														
لكرنيليزه معملات														
لشنفحة الألات														
المستشفى														
الشركات														
تفقيه الألات														
تخدير														
الجراحة														
الخود														
الغرفة														
الكتاب														
استئصالات														
القلام بالمرور														
مكثور التخدير														
15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1



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

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع: المستشفى :

High Risk Consent

إقرار الموافقة على إجراء عملية جراحية خطيرة

أقر أنا : بأنني قد وافقت على إجراء عملية

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

التي قد تحدث اثناء العملية الجراحية والتي قد تصل الى مستوى عالي من الخطورة مما قد يهدد استمرار الحياة وابديت قولي بذلك.

كذلك اوقف على اجراء أي عمليات بديلة تتصح الحاجة اليها اثناء سير الجراحة او نقل دم.

..... المقر بما فيه: الشاهد ان وجد:

.....التوقيع:الرقم القومي:

التوقيع: الرقم القومي:

صلة القرابة:

.....**اسم طبيب المعالج :**

التوقيع :

التخصص :

التاريخ : / / الوقت :

اسئلة طب المعالج

الملف قديع

الشخص

الوقت.



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

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع: المستشفى :

إقرار الموافقة على التخدير

أقر أنا : بأننى قد وافقت على اعطاء المخدر (العام / النصفي / الموضعي) لأجراء عملية لـ (نفسي / أبني / أبنتى / زوجى / زوجتى / والدى / والدتى / أخي / اختى) علما بأنه قد قام اطباء التخدير ببيان المضاعفات التي قد تحدث نتيجة اعطاء المخدر مثل
.....

وأدبیت قبولی بذلک.

..... المقر بما فيه:
..... رقم القومي:..... التوقيع :..... الشاهد ان وجد:
..... التوقيع:..... رقم القومي:..... صلة القرابة:
..... اسم طبيب التخدير:..... التوقيع:..... التاریخ:..... الوقت:



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

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع: المستشفى :

إقرار الموافقة على عملية جراحية

..... أقر أنا : بأنني قد وافقت على إجراء عملية ..

لـ (نفسى / أبنتى / أبنتى / زوجى / زوجتى / والدى / والدتي / أخي / اختى) علما بأنه قد تم شرح طبيعة العملية والهدف منها وبيانها كما قام الأطباء المعالجون ببيان المضاعفات المترتبة على العملية الحرارحة مثل:

وأبديت قيوله بذلك.

ذلك أوفق على إجراء اي 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:.....
..... صلة القرابة:.....
..... الرقم القومي:.....
..... التوقيع:.....

اسم طبيب المعالج :
التاريخ :
التوقيع :
النوع :
الشخص :
الوقت : / /



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

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع: المستشفى :

إقرار الموافقة على إجراء تدالى

..... بأنني قد وافقت على اجراء أقر أنا :

ل (نفسى / أبنتى / أبى / زوجى / زوجتى /) والتي تستلزم حالتى (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 بموافقتى على اجراء ميراه الاطباء ضروريا اثناء الاجراء.

وَهُذَا اقْرَارٌ مِنِي بِذَلِكَ

..... الشاهد أن وجد: المقر بما فيه:

..... التوقيع : الرقم القومي:

الرقم القومي: التوقيع:

صلة القرابة:

..... اسم طبيب المعالج :

..... التوقيع :

التخصص :

التاريخ : / / الوقت :



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

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع: المستشفى :

إقرار رفض إجراء تدaxلى

..... اقر أنا :
..... يائمه، قدر فضلت

لـ (نفسى / أبى / أبنتى / زوجى / زوجتى /) والتي تستلزم حالتى (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 على المستشفى اي مسؤولية حدوث مضاعفات تحدث لي بناءا على رفضه هذا.

و هذا اقرار منه، بذلك

..... الشاهدان وجد: المقر بما فيه:
..... التوقيع: الرقم القومي:
..... الرقم القومي: التوقيع:
..... صلة القرابة:

اسم طبيب المعالج :
التاريخ :
التوقيع :
الختام :
الوقت : / /



اسم المريض:
رقم الملف الطبي للمريض:
نوع المرض:
القسم المعالج:

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع: المستشفى :

Blood Order and Delivery Form

السن : تاريخ الدخول : تاریخ الطلب : ساعة الطلب :
النوع : الوزن : رقم التأمين : القانون : الجهة :

To Be Filled By Physician (الطبيب)

Diagnosis:.....

Cause Of Transfusion:.....

Previous pregnancy(yes/No)

Hb : g/dl Platelets..... $\times 10^3$ INR.....

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

The Request Is: **Urgent** **Re**

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

الطيب المعالج : الممرضة المسلمة: المدير المناوب:

- ٤٠ يستمر حجز وحدات الدم للعمليات لمدة ٨ ساعات ثم يلغى الحجز تلقائياً إلا إذا طلب الطبيب استمرارية الحجز أما الحجز للأقسام فيستمر لمدة ساعة ويلغى تلقائياً.
 - ٥٠ لا يتم تسليم أكثر من وحدة كرات دم حمراء مكثفة للحالة الواحدة كل مرة إلا في ظروف خاصة جداً وبعد مناقشة الطبيب المعالج.
 - ٦٠ إذا تأجل نقل أي مكون دم لأي سبب لمدة أكثر من ٢١ ساعة حتى لو كان قد تم فتح الوحدة يجب أحادته إلى بنك الدم لحفظه بطريقة سلية لحين اتخاذ قرار بخصوصه.
 - ٧٠ إستيفاء بيانات النماذج الخاصة بكل من الطبيب والممرضة للإبلاغ عن التفاعلات السلبية في حالة حدوثها وأرسالها إلى بنك الدم.
 - ٨٠ يجب التأكيد من توافق الدم قبل دخول المرض العدلية.

النموذج من أصل وصورتين



اسم المريض :
 رقم الملف الطبي للمريض :
 القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي
 فرع :
 مستشفى :

(صحيفه التدبير) Pre- Anesthetic Assessment (Physician)

Wt :Kg HT:.....Cm Age : ... Sex :

Diagnosis:..... Surgeon /Unit:

Proposed Operation:

Elective Emergency

History

<input type="radio"/> Smoking	<input type="radio"/> Respiratory Disease	<input type="radio"/> Edema L.L.
<input type="radio"/> Allergy	<input type="radio"/> Jaundice	<input type="radio"/> Cyanosis
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Renal Problem	<input type="radio"/> Neurological
<input type="radio"/> Cardiac Disorder	<input type="radio"/> Myoc. Infraction	<input type="radio"/> Right Handed
<input type="radio"/> Chest Pain	<input type="radio"/> Dyspnea	<input type="radio"/> Left Handed
<input type="radio"/> High BP	<input type="radio"/> Palpitation	<input type="radio"/> Stroke
<input type="radio"/> Previous operation	<input type="radio"/> Other	<input type="radio"/> 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: 1 2 3 4 5 E(Emergency operation)

Consent: Yes No Signed by :..... Ready for Operation: Yes No

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

Please Give: 1.

2.

3.

The patient is a safe candidate for anesthesia: YES NO :

Plan for anesthesia: The patient is a safe candidate for anesthesia Type

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

MR An.1.1



..... أسم المريض :

الهيئة العامة للتأمين الصحي

رقم الملف الطبي للمريض:

فرع:

..... : القسم المعالج

المستشفى:

كشف تحضير المريض قبل إجراء العملية

..... الغرفة: القسم:

التشخيص :

العملية الجراحية : لانطيق يسار يمين تعليم مكان العملية :

٢٠ / / تاريخ اجراء العملية :

اجراءات التحضير بالقسم



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

د/ ايمان سامي السيد
 مديرية الجودة
 مستشفى صيدناوي



السياسة

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

الغرض

تحقيق أمان المريض بالتأكد من المريض الصحيح والمكان الصحيح للتدخل الجراحي والتدخلات الأخرى.

إجراءات العمل

باستخدام نموذج القائمة التفقدية للجراحة الآمنة يتم تنفيذ ما يلي:

1. قبل شق الجلد

- تقوم الممرضة المناولة بعد بدء تخدير المريض بقول **TIME OUT** بصوت واضح ومسموع وتسأل الطبيب الجراح وطبيب التخدير عن الآتي:
 - هوية المريض (الاسم ورقم الملف) وتنأك من أسوره وملف المريض.
 - التأكد من نوع العملية المخطط لجرياعها.
 - التأكد من موضع العملية المخطط لجرياعها.
 - التأكد من اسم الجراح.
 - **التأكد من جاهزية المعدات والجهزة**
- يتم التأكيد 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 التأكيد من هوية المريض من أسوره وملف المريض.
 - ✓ التأكيد من نوع التدخل الجراحي المخطط لجرياعه.
 - ✓ التأكيد من موضع التدخل الجراحي المخطط لجرياعه.
- في حالة إعطاء مخدر موضعي للمريض يتم عمل time out قبل الإجراء مباشرة.



- التعامل مع التعارضات : لا يجوز بـعـد الإجراء الجراحي او التـداخـلي قبل حل أي تـعارض أو ارتـبـاك يـثـيرـه أي من أـعـضـاءـ الفـرـيقـ

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 عـدـ الـآـلـاتـ وـالـفـوـطـ وـالـإـبـرـ وـالـأـدـوـاـتـ، وهذا متطلب أساسـيـ لـمـنـعـ بـقـاءـ الأـدـوـاـتـ دـاـخـلـ جـسـمـ المـرـيـضـ
- تـوثـيقـ العـيـنـاتـ الـمـسـتـخـرـجـةـ: وـضـعـ الـلـاـصـقـاتـ الصـحـيـحةـ عـلـىـ الـعـيـنـاتـ الـمـرـسـلـةـ لـلـفـحـصـ الـبـاـثـولـوـجـيـ (إـذـاـ وـجـدـتـ) بـعـدـ اـخـذـ الـعـيـنـةـ، ويـجـبـ أنـ تـضـمـنـ الـلـاـصـقـاتـ اـسـمـ الـمـرـيـضـ وـنـوـعـ الـعـيـنـةـ وـالـعـضـوـ الـمـسـتـخـرـجـ مـنـ الـعـيـنـةـ وـالتـارـيخـ وـالـوقـتـ
- تسـجـيلـ أيـ مشـاـكـلـ ظـهـرـتـ فـيـ الـمـعـدـاتـ وـالـأـجـهـزـةـ.
- اـكـتـمـالـ توـثـيقـ إـلـيـرـاءـ: التـأـكـدـ مـنـ كـتـابـةـ الـجـراـحـ لـتـقـرـيرـ الـعـمـلـيـةـ، وـأـنـ نـمـوذـجـ التـخـدـيرـ وـالـإـفـاقـةـ كـامـلـ اـكـتـمـالـ أـوـامـرـ وـتـعـلـيمـاتـ النـقـلـ وـالـخـرـوجـ مـوـقـعـةـ مـنـ طـبـبـ التـخـدـيرـ
- تـقـومـ الـمـسـتـشـفـيـ بـتـبـعـ وـجـمـعـ وـتـحـلـيلـ الـبـيـانـاتـ وـالـإـبـلـاغـ عـنـهـاـ فـيـ عـمـلـيـةـ اـنـتـهـاءـ الـمـهـلـةـ.

مؤشر الأداء: نسبة استكمال نموذج الوقت المستقطع في العمليات =
عدد استكمال نموذج القائمة التفقدية للجراحة الآمنة (الوقت المستقطع) $\times 100$

عدد ملفات مرضى العمليات والتدخلات الجراحية خلال نفس الشهر

- المصدر:
- ✓ الملف الطبي.
- ✓ سجلات أقسام العمليات والتدخلات الجراحية الأخرى.
- الهدف: %100
- يعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية الوقت المستقطع.



المسؤول 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.

.....
اسم المريض :

الهيئة العامة للتأمين الصحي

.....
رقم الملف الطبي للمريض:

فرع:

.....
القسم المعالج :

المستشفى:

OPERATIVE REPORT.....
النوع : (ذكر / أنثى) التخصص :
.....
..... نوع العملية : / / تاريخ الدخول :

Date:// Start time of 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 : If Yes :.....	Yes: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> No		
Post-operative diagnosis.....			
Specimen /s sent to pathology:	Blood loss (... ml)	Transfusion units used (..... ml)	Classification <input type="checkbox"/> Minor <input checked="" type="checkbox"/> Major <input type="checkbox"/> Moderate <input checked="" type="checkbox"/> Skill
Name : Signature			



الصحي العامة الهيئة زعيم المستشفى

مستندی
صیدناؤی

المقالمة التقليدية للطهارة

الشخص
مكان العملية
يمعن
يسير لا يعطي
()
مکان العملية
يتم
إجراءات العملية
.....
وقت الوصول للعملية
.....
 عند الوصول للعمليات In Time Out قبل شقة الحشد /

فیصل محدثہ الحمیاۃ



اسم المريض :
 رقم الملف الطبي للمريض :
 القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي
 فرع :
 مستشفى :

INTRA OPERATIVE ANESTHESIA RECORD (PHYSICIAN)

Date :	OR no. :	Age & Sex :	Weight :	Kg
Pre-Op. Diagnosis :		Operation :	<input type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> Emergency	
Anesthesiologists :	/	Surgeons :		
OR Time : In ()	Out ()	Position :	Tourniquet :	
Patient condition changed from the pre-anesthesia assessment : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
If Yes :				
GCS :		Pulse :	Blood Pressure :	
Immediate pre-anesthesia assessment : 00		Time : 00	SpO2	
Level of Consciousness				
Skin Color				
SPO2				
EtCO2				
O2/N2O				
Iso/Sevo				
CVP	Temp.	BP	P	00
20	40	200	200	00
18	38	180	180	00
16	36	160	160	00
14	34	140	140	00
12	32	120	120	00
10	30	100	100	00
8	28	80	80	00
6	26	60	60	00
4	24	40	40	00
2	22	20	20	00
0	20	10	10	00
General Anesthesia <input type="checkbox"/>				
Regional Anesthesia <input type="checkbox"/>				
Sedation <input type="checkbox"/>				
Local Anesthesia <input type="checkbox"/>				
Induction of Anesth.				
Medications & Fluids Bolus Increments Total				
<input type="checkbox"/> General An. <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Cuff <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal Size : <input type="checkbox"/> Easy <input type="checkbox"/> Diff <input type="checkbox"/> Regional An. Type : Needle Size : Space : Monitor - Standard <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Auto NIBP <input type="checkbox"/> Oximeter <input type="checkbox"/> Capnography I.V Cannula Type : Size : Site : Unusual Events <input type="checkbox"/> No Yes Post - Op Condition <input type="checkbox"/> Awake <input type="checkbox"/> Unconscious BP : HR : RR : Discharge to <input type="checkbox"/> PACU <input type="checkbox"/> ICU At : Signature : Anesthesiologists Signature : Date & Time :				

MR An. 1.2



اسم المريض:

الهيئة العامة للتأمين الصحي

رقم الملف الطبي للمريض:

فرع:

القسم المعالج:

المستشفى:

Post Anesthesia Care Unit (Nursing Record) (PACU)

عناية الافاقه

وقت دخول الافاقه: Time: التاريخ

Operation: العملية Duration of Surgery: مدة العملية

Anesthesiologist: Surgeon: طبيب التخدير طبيب الجراح

Anesthesia: General. Epidural Spinal OthersAirway: المسلح الهوائي ETT Extubated لا يوجد أنبوب O.P Airway ممر هوانيLevel of Consciousness: Awake Sedated Stuporous ذهول Drowsy Comatose غيبوبة

Iv Line الكاتيون

1 2 3

Drains NGT Port Vac بورتوفاك Chest Tube Foleys Catheter قسطرة فولي

Recovery Score: درجة الافاقه

	Time الوقت	Pre-Op Data مقابل العملية	اشاء الافاقه			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 Otherml

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

Leave to: أخرى O Others O Ward رعاية القلب O CCU الرعاية O ICU الداخلية يمكن الذهاب إلى

Instruction: التعليمات

Time of Transfer وقت الخروج

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

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

MR. An. 1-1



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

د/ ايمان سامي السيد
مدیرة الجودة
مستشفى صيدناوى



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

- تأكد 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 وبالتالي:
 - 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 البريتوبي 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 البريتوبي“.



- ترفع الممرضة المناولة تقريرها للجراح بصوت عال عن نتائج العد.
- تقوم ممرضتنا المناولة والمعقمة قبل البدء في إغلاق الجلد بإجراء عد بصوت عال معا لكل الأدوات التي استخدمت بعد إغلاق الغشاء البريتواني 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 في عد الأدوات:
 - يتم إخبار 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.



○ الهدف: 100%

- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية عد الأدوات والمستلزمات الجراحية.

المسؤول عن التنفيذ
• الأطباء وأفراد هيئة التمريض.

النماذج
• نموذج عد الآلات والمستلزمات الجراحية.

الاختصارات

SH.G.S.R.17 S.A.S 09 :Sednawy Hospital GAHAR safety Requirements

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



..... سم المريض :



الهيئة العامة للتأمين الصحي

..... رقم الملف الطبي للمريض:

فرع:

..... : المُعَالِجُ لِقَسْمٍ

المُعْتَشِفُ:

Operating Room Count Sheet (Nursing Form)

نماذج احصاء عدد آلات ومستلزمات عملية جراحية

Age العمر : M F النوع: sex

..... الجراح المساعد: الجراح:

Type of Surgery : **نوع العملية :** **رقم الغرفة :**

التوقيع: الطبيب الجراح :

..... التوقيع: الممرضة المعقمة:

..... التوقيع: المرضية المناولة:

التاريخ : الوقت:

التاريخ : الوقت :

MR.Op.1-1



سياسات إدارة وسلامة الدواء



SH.G.S.R.19 M.M.S.10			رقم السياسة
التوافق الدوائي			عنوان السياسة
1	رقم الإصدار	12/1/2025	تاريخ إعداد
30/1/2025	تاريخ اعتماد	1/9/2025	تاريخ تفعيل
3	عدد الصفحات	1/9/2028	تاريخ المراجعة
جميع الأقسام الطبية بالمستشفى			نطاق التفعيل
اعتماد	مراجعة	إعداد	
مدير المستشفى د/ وسام وهيبة	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	الصيدلي الأول د/ انجي الكاشف	

د/ ايمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي



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 للمرضى عند (الدخول، نقل المريض من قسم إلى آخر، 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 عنأخذ الدواء أو حدوث تداخلات علاجية بين الأدوية مما قد يؤدي إلى تأثير حاليه الصحية أو تأجيل عمليته الجراحية التي أدخل المستشفى من أجلها.

إجراءات العمل

عند الدخول:

- يقوم الطبيب بأخذ التاريخ الدوائي للمرضى بالكامل وتسجيله بنموذج (التاريخ المرضي 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 المرضي والفحص الإكلينيكي).

- يقوم صيادلة الصيدلية الداخلي المدربين بعمل توافق بين الدواء الموصوف للمرضى 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 إعطائها.
 - الأدوية المعدلة.
 - التفاعلات الدوائية.



- إذا وجد أي تعارض ينبغي الرجوع الى الطبيب.
عند النقل من قسم إلى قسم:

 - يقوم الطبيب في القسم المنقول إليه المريض بمراجعة الملف الطبي للمرضى ونحوه 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. وفي هذه الخطوة يجب على الصيدلي تقييم:
 - الأدوية المضافة حديثاً.
 - الأدوية التي توقف إعطاؤها.
 - 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) للمرضى 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 والتتوقيع. في هذه الخطوة يجب على الصيدلي تقييم:
 - الأدوية المضافة حديثاً.
 - الأدوية التي توقف اعطاؤها.
 - الأدوية المعدلة.
 - التفاعلات الدوائية.

المسئول عن التنفيذ

- الأطباء.

- الصيادلة



النماذج

Medication Sheet •

- نموذج التاريخ المرضي والفحص الإكلينيكي للمريض.
- نموذج النقل الداخلي أو الخارجي (Transfer form)
- صحيفه الدخول والخروج

الاختصارات

- GAHAR: general authorization of health accreditation & regulations

• المراجع: -

- دليل الهيئة العامة للعتماد 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.



قائمة أفضل تاريخ دوائي ممکن والتواافق الدوائي

اسم المريض: رقم الملف: التاريخ: / / 20

المريض لديه حساسية من: هل يتناول المريض أدوية حاليا: نعم لا ولا يحتاج إلى إجراء تواافق دوائي غير متاح معلومة عما يتناوله من أدوية حاليا

مصدر المعلومات عن التاريخ الدوائي:

المريض نفسه نموذج الأوامر الدوائية وصفات أخرى مع المريض أهل المريض أدوية جلبها المريض معه

ملحوظة:* يتم تسجيل كافة أدوية المريض سواء كانت مزمنة او تؤخذ عند اللزوم ويسجل كذلك العوامل الصبغية للأشعة والأدوية العشبية والمكمّلات الغذائية-غير مصرح بصرف أدوية من الصيدلية باستخدام هذا النموذج- يتم مراجعة قائمة الأدوية الحالية مع ما سجله الطبيب المعالج في نموذج الأوامر الدوائية.

القرار	آخر جرعة تناولها المريض	قائمة الأدوية الحالية يذكر اسم الدواء وطريق إعطائه والتكرار	م
<input type="checkbox"/> استمرار <input type="checkbox"/> إيقاف <input type="checkbox"/> تعديل الجرعة لـ			1
<input type="checkbox"/> استمرار <input type="checkbox"/> إيقاف <input type="checkbox"/> تعديل الجرعة لـ			2
<input type="checkbox"/> استمرار <input type="checkbox"/> إيقاف <input type="checkbox"/> تعديل الجرعة لـ			3
<input type="checkbox"/> استمرار <input type="checkbox"/> إيقاف <input type="checkbox"/> تعديل الجرعة لـ			4
<input type="checkbox"/> استمرار <input type="checkbox"/> إيقاف <input type="checkbox"/> تعديل الجرعة لـ			5
<input type="checkbox"/> استمرار <input type="checkbox"/> إيقاف <input type="checkbox"/> تعديل الجرعة لـ			6
<input type="checkbox"/> استمرار <input type="checkbox"/> إيقاف <input type="checkbox"/> تعديل الجرعة لـ			7
<input type="checkbox"/> استمرار <input type="checkbox"/> إيقاف <input type="checkbox"/> تعديل الجرعة لـ			8
<input type="checkbox"/> استمرار <input type="checkbox"/> إيقاف <input type="checkbox"/> تعديل الجرعة لـ			9
<input type="checkbox"/> استمرار <input type="checkbox"/> إيقاف <input type="checkbox"/> تعديل الجرعة لـ			10

اسم القائم بعملية التواافق الدوائي: التخصص: طبيب صيدلي اكلينيكي

توقيع الطبيب والتاريخ: توقيع الصيدلي والتاريخ:



الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى :

اسم المريض:

رقم الملف الطبي للمريض:

القسم المعالج :

التاريخ المرضي والفحص الা�كيليني

Temperature: B.P Pulse: R.R:

/ / تاريخ الدخول :

Pain: No Yes Specify:

	Normal	Abnormal	Mention
GENERAL APPEALANCE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Skin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
HEAD & NECK			
Eyes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ears	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mouth & Pharynx	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tongue & Teeth	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Thyroid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
L.N	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CHEST			
Inspection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Palpation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Percussion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Auscultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
HEART			
Inspection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Palpation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Percussion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Auscultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ABDOMEN			
Inspection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Palpation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Percussion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Auscultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Neurological Findings			
Cranial Nerves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Motor System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sensory System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Reflexes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Musculoskeletal			
Muscles & Bone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Joints	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Extremities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nutritional Status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychological Status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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

MR.Inp.Dr 2-2

2- Looks poorly nourished

4- Pregnant / Lactating with medical complications



الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى :

اسم المريض:

رقم الملف الطبي للمريض:

القسم المعالج :

Personal HistoryDate: / / Time: Sex: Male Female
Age:Patient Information: Child Adult If Adult Complete the Following:Marital Status: M S D W Children: Yes NoSpecial Habits: Yes No if Yes: Smoking Coffee Alcohol

Other Diseases:

Allergy :	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes	Mention :.....
Adverse drug reaction :	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes	Mention :.....

Complaints:

.....

Present History:

.....

Past History (hospital admission & surgery):

.....

Psychosocial History / Drugs intake:

History By Systems	Normal	Abnormal	Mention
General	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Respiratory System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiovascular System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gastrointestinal System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Genitourinary System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Endocrine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Neurological System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Current medications (before admission)		
Drug	Dosage / frequency	Duration of therapy

Signature:

Date:

Time:.....

MR.Inp.Dr 1-2



اسم المريض:

الهيئة العامة للتأمين الصحي

رقم الملف الطبي للمريض:

فرع:

القسم المعالج :

المستشفى :

[.]

Personal HistoryDate: / / Time: Sex: Male Female

Age:

Patient Information: Child Adult If Adult Complete the Following:Marital Status: M S D W Children: Yes NoSpecial Habits: Yes No if Yes: Smoking Coffee Alcohol

Other Diseases:

Allergy :	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes	Mention :.....
Adverse drug reaction :	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes	Mention :.....

Complaints:

.....

Present History:

.....

Past History (hospital admission & surgery):

.....

Psychosocial History / Drugs intake:

History By Systems	Normal	Abnormal	Mention
General	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Respiratory System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiovascular System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gastrointestinal System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Genitourinary System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Endocrine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Neurological System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Current medications (before admission)		
Drug	Dosage / frequency	Duration of therapy

Signature:

Date:

Time:.....

MR.Inp.Dr 1-2



الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى:

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

MEDICATION SHEET

..... التشخيص: الطبيب المعالج : تاريخ الدخول :

DRUG ALLERGIES	WEIGHT	Height	AGE

ONCE ONLY OR PRE-MEDICATION PRESCRIPTION

التعليمات :

- ١- صحة النداء صحة ملائمة ٥ أيام متى يتوقف وتداءه صالحها يتم مراعاة الوجه المرضي و يكتب النداء بخط واضح و مفروض و يدون عن اختصارات متنوعة.
 - ٢- تضمين صحة ملائمة ٥ أيام متى يتوقف وتداءه صالحها يتم مراعاة الوجه المرضي و يكتب النداء بخط واضح و مفروض و يدون عن اختصارات متنوعة.
 - ٣- تضمين صحة ملائمة ٥ أيام متى يتوقف وتداءه صالحها يتم مراعاة الوجه المرضي و يكتب النداء بخط واضح و مفروض و يدون عن اختصارات متنوعة.
 - ٤- تضمين صحة ملائمة ٥ أيام متى يتوقف وتداءه صالحها يتم مراعاة الوجه المرضي و يكتب النداء بخط واضح و مفروض و يدون عن اختصارات متنوعة.
 - ٥- تضمين صحة ملائمة ٥ أيام متى يتوقف وتداءه صالحها يتم مراعاة الوجه المرضي و يكتب النداء بخط واضح و مفروض و يدون عن اختصارات متنوعة.



اسم المريض:
 رقم الملف الطبي للمريض:
 القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع:

المستشفى :

Regular Drug Prescriptions and Administration

تاريخ الدخول : / / التسخيص:
 الطبيب المعالج:

Drugs		Time	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.
			<input type="checkbox"/> Med Is not available <input type="checkbox"/> Pt. refused Med <input type="checkbox"/> Other 		
			<input type="checkbox"/> Med Is not available <input type="checkbox"/> Pt. refused Med <input type="checkbox"/> Other 		

MR.Inp.Dr.2,3-4



الهيئة العامة للتأمين الصحي

فَرِعَّا

المحتوى

..... اسم المريض:

رقم الملف الطبي للمريض:

..... : القسم المعالج

Intravenous Fluid

Prescription and Administration Record:

MR.Inp.Dr.4-4



أسم المريض :

الهيئة العامة للتأمين الصحي

رقم الملف الطبي للمريض:

فرع:

القسم المعالج :

المستشفى:

نموذج تحويل داخلي
Transfer Form

نوع :	تاريخ الدخول :
	رقم التأمين :
.....	: التشخيص ملخص الحالة
التاريخ : الساعة :	القسم المحول منه :
.....	القسم المحول اليه :
.....	١ - تسليم الملف :
.....	٢ - نتائج المعمل :
.....	الأشعات
.....	: Vital Signs
.....	سبب التحويل :
.....	الطبيب المحول :
ساعة التسلیم	التمريض المحول
تاريخ التسلیم	التمريض المستلم

Mr.Dis.sh.1-1



اسم المريض:
رقم الملف الطبي للمريض:
القسم المعالج :

الهيئة العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفى :

صحيفة الدخول والخروج

تاریخ المیلاد:	/ /	الرقم القومي:	رقم المستشفى الموحد :	البيانات التأمينية
<input type="checkbox"/> إصلاح عمل القانون التابع له: <input type="checkbox"/> ق ٧٩ <input type="checkbox"/> ق ٣٢ <input type="checkbox"/> ق ٩٩ <input type="checkbox"/> ق ٢٣ <input type="checkbox"/> ق ٨ <input type="checkbox"/> أراميل <input type="checkbox"/> خاص <input type="checkbox"/> بالحالة <input type="checkbox"/> هيئات متعاقدة <input type="checkbox"/> طوارئ				
المبلغ المدفوع : رقم الإيصال : المستشفى المربوط عليها : العيادة المربوط عليها : الحالة الاجتماعية : عنوان المريض : اسم من يمكن الرجوع اليه : تم تحويله من قبل: <input type="checkbox"/> استقبال <input type="checkbox"/> العيادة <input type="checkbox"/> أخرى				
<input type="radio"/> دخول سابق <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	محال من الشرطة : <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	قسم الشرطة : <input type="radio"/> العمل <input type="radio"/> المنزل <input type="radio"/> الطريق	Hadath في : <input type="radio"/> العمل <input type="radio"/> المنزل <input type="radio"/> الطريق	الطبيب المعالج / الأمر بالدخول: <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> مرافق
التخصيص المبتدئ : تاریخ الدخول: / / ساعة الدخول: / / مدة الإقامة: يوم طبيب القسم: اعتماد الدخول/كاتب الدخول: التشخيص النهائي :- التشخيصات المصاحبة:- /الإجراءات / العمليات :- الفحوصات :- العلاج أثناء الإقامة بالمستشفى :- الحالات عند الخروج: <input type="radio"/> وفاه بعد ٤ ساعه <input type="radio"/> وفاة قبل ٤ ساعه <input type="radio"/> لم تتحسن <input type="radio"/> تحسن <input type="radio"/> شفاء				
Autopsy <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No				
رجاء مرضى لمدة يوم <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا اعتماد الخروج : مدير عام المستشفى الإسم : التاريخ وال الساعة : MR.Ad.1-1				



SH.G.S.R.19 M.M.S.04			رقم السياسة
تخزين الدواء			عنوان السياسة
1	رقم الإصدار	12/1/2025	تاريخ إعداد
30/1/2025	تاريخ اعتماد	1/9/2025	تاريخ تفعيل
2	عدد الصفحات	1/9/2028	تاريخ المراجعة
جميع الأقسام الطبية بالمستشفى			نطاق التفعيل
اعتماد	مراجعة	إعداد	
مدير المستشفى د/ وسام وهيبة	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	الصيدلي الأول د/ انجي الكاشف	

د/ ايمان سامي السيد
مديره الجودة
مستشفى صيدناوى



السياسة

- تلتزم المستشفى بالحفاظ على ظروف تخزين مناسبة (درجة حرارة، ضوء، رطوبة) في مناطق تخزين الأدوية لحماية استقرار الأدوية على مدار 24 ساعة يومياً 7 أيام أسبوعياً، 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 والحفظ عليها نظيفة ومنظمة.
- يتم تخزين الأدوية المؤثرة على النفسية والمخدرات وفقاً للقوانين والأنظمة المعمول بها.
- يتم فحص الأدوية في الصيدليات ومناطق رعاية المرضى بشكل دوري (مرة شهرياً على الأقل) للتأكد من مطابقتها لشروط التخزين المناسبة.
- يتم تمييز الأدوية أو المحاليل عند انتقالها من العبوات الأصلية الخاصة بها إلى حاوية أخرى.
- يقوم عضو الفريق الطبي المسؤول (الممرضة، الطبيب) بتمييز الأدوية والأوعية الخاصة بها عند وضعها في وعاء ليس عليه بيانات الدواء مثل السرنجة أو زجاجة محلول عن طريق وضع ملصق تعريفي.



أولاً: تعريف زجاجات المحاليل:

اسم المريض:	
الرقم الموحد:	
الدواء وتركيزه:	
المحلول:	
وقت التحضير:	المعدل:
التاريخ:	صالح للاستخدام حتى:
	التوقيع:
	تحذيرات خاصة:

ثانياً: 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

- الصيادلة.
- هيئة التمريض.
- الأطباء.

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.



SH.G.S.R.20 M.M.S.06			رقم السياسة
الأدوية عالية الخطورة وعالية التركيز			عنوان السياسة
1	رقم الإصدار	12/1/2025	تاريخ إعداد
30/1/2025	تاريخ اعتماد	1/9/2025	تاريخ تفعيل
4	عدد الصفحات	1/9/2028	تاريخ المراجعة
جميع الأقسام الطبية بالمستشفى			نطاق التفعيل
اعتماد	مراجعة		إعداد
مدير المستشفى د/ وسام وهيبة	لجنة الجودة د/ ايمان سامي		الصيدلي الأول د/ انجي الكاشف

د/ ايمان سامي السيد
 مديرية الجودة
مستشفى صيدناوي



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 طبقاً 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 المركزية دون تخفيفها.

الغرض

- ضمان التعامل بالحرص الواجب مع الأدوية ذات الخطورة العالية والأدوية والأملاح عالية التركيز حرصاً 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 ما هي 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 مطلقاً بدون تخفيف حيث أن استخدامها بدون تخفيف يسبب أخطاراً جسيمة ويمكن أن تؤدي بحياة المريض.

إجراءات العمل

- يقوم الصيدلي الأول بمساعدة الصيادلة بالمستشفى سنوياً 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.



- يقوم الصيدلي الأول بتوزيع القائمة على جميع الأقسام العلاجية والوحدات بالمستشفى.
- يتلزم جميع مقدمي الخدمة الطبية بمعرفة التفاصيل العلاجية الخاصة بالأدوية المدرجة بالقوائم المذكورة لضمان استخدامها بالطريقة الصحيحة حرصاً 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 إعطائهما.
- عند إعداد وتحضير هذه الأدوية يكون في مكان ذو إضاءة جيدة وبعيداً 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 الخطيرة في الصيدلية يقوم الصيدلي بوضع بطاقة عليها علامة مميزة (حمراء على الأدوية الخطيرة) 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 الخطيرة 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 الخطيرة 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.



- 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 =
 $\frac{\text{عدد وصفات الأدوية عالية الخطورة وعالية التركيز التي بها أخطاء دوائية لعينة محددة خلال شهر}}{\text{إجمالي عدد الوصفات الدوائية لنفس العينة خلال نفسه الشهر}} \times 100$

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 =
 $\frac{\text{عدد المرضى الذين تعرضوا للنتائج العكسية الدوائية من الأدوية عالية و التركيز خلال شهر}}{\text{إجمالي عدد الوصفات الدوائية في خلال الشهر}} \times 100$

المصدر:

- نموذج الأحداث الغير متوقعة.
 - سجلات قسم الصيدلية الإكلينيكية.
- الهدف: صفر%

- المسؤول عن التنفيذ
- هيئة التمريض.
 - الصيادلة.
 - الأطباء
 - 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.



SH.G.S.R.21 M.M.S.07			رقم السياسة
الأدوية المتشابهة في الشكل و النطق			عنوان السياسة
1	رقم الإصدار	12/1/2025	تاريخ إعداد
30/1/2025	تاريخ اعتماد	1/9/2025	تاريخ تفعيل
3	عدد الصفحات	1/9/2028	تاريخ المراجعة
جميع الأقسام الطبية بالمستشفى			نطاق التفعيل
اعتماد	مراجعة	إعداد	
مدير المستشفى د/ وسام وهيبة	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	الصيدلي الأول د/ انجي الكاشف	

د/ ايمان سامي السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوي



السياسة

- تلتزم مستشفى صيدناوى بفصل وتمييز الأدوية المتشابهة أسماء ونطقاً مع استخدام ملصقات مصممة خصيصاً 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 أسماء ونطقاً على أن تكون مسؤولة 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 بطاقة عليها علامة خضراء في حالة الأدوية المتشابهة شكلها (سواء في الشكل الخارجي أو في طريقة الكتابة) وبطاقة عليها علامة صفراء في حالة الأدوية المتشابهة نطقاً في أماكن التخزين.
- يقوم الصيدلي بتمييز جميع الأدوية (الأمبولات ، المحاليل) قبل الصرف.
- كما يقوم الصيدلي بالتنبيه على 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 في عملية التعامل مع الأدوية LASA



- يتم تدريب جميع مقدمي الخدمة (الأطباء، الصيادلة، هيئة التمريض) بشكل دوري (سنويًا 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 =

عدد وصفات الأدوية المتشابهة الشكل والنطق التي بها أخطاء دوائية لعينة محددة خلال شهر × 100
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 =

عدد المرضى الذين تعرضوا للنتائج العكسية الدوائية من الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق خلال شهر × 100
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



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.