رقم السياسة	SH.GSR.02.ICD.18		
عنوان السياسة	الأوامر الشفهية والتليفونية		
تاريخ إعداد	٢٠٢٦/٠٣/٠١	رقم الإصدار	٢
تاريخ تفعيل	٢٠٢٦/٠٤/٠١	تاريخ اعتماد	٢٠٢٦/٠٤/٠١
تاريخ المراجعة	٢٠٢٩/٠٤/٠١	عدد الصفحات	١٠
نطاق التفعيل	جميع الأقسام الاكلينيكية ب المستشفى		

إعداد	مراجعة	اعتماد
مدير الشؤون العلاجية د/ محمد مختار رئيسة التمريض م/ هيام محمود فريق الجودة د/ باسل محمد - م/ ولاء سيد	لجنة الجودة د/ ايمان سامي	مدير المستشفى د/ وسام وهيبه

د/ إيمان سامى السيد
مديرة الجودة
مستشفى صيدناوى

السياسة

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

الغرض

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

التعريفات

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

الأوامر التليفونية: هي أوامر تعطي عبر الهاتف بين مقدمي الرعاية الطبية وتكون في الحالة الطارئة لإنقاذ مريض

إجراءات العمل

١) الحالات التي يسمح ب الأوامر التليفونية:

- عند إبلاغ النتائج الحرجة (المعمل –الأشعة)
- تواجد الطبيب في قسم الطوارئ لمناظرة حالة طارئة (الحوادث، ...)
- في حالة استدعاء فريق التدخل السريع **RRT** فريق الإنعاش القلبي الرئوي **CODE BLUE**

- حالة أن يكون الطبيب يؤدي إجراء عالي التطهير او متعقم
- في حالة عدم وضوح اختصار مكتوب بأحد نماذج الملف الطبي او كتابة اختصار ممنوع (راجع سياسة استخدام الاختصارات والرموز الطبية)
- يتم قبول الطلبات التليفونية فقط عندما يكون الأطباء الأساسيون غير متاحين لكتابة الطلب (مشغول في الحالات العاجلة أو في **OR**) والتأخير سيضعف رعاية المرضى.

٢) الأوامر شفهية:

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

٣) لا يُسمح بالأوامر الشفهية والتليفونية إلا في الحالات الأكثر إلحاحًا حيث يتعذر على الطبيب المعني كتابة الأمر أو يكون الدواء مطلوبًا للمريض في حاجة عاجلة وغير مخططة (طبيب يتعامل مع حالة توقف قلبي رئوي)

٤) يمنع قبول الأوامر الشفهية او الهاتفية في الحالات الاتية

- **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.**
- **أمر التقييد**

٥) يتم قبول الامر الشفهي من الطبيب المعالج القائم على الحالة فقط

٦) داخل العمليات يتم تسجيل الأوامر الشفهية في نماذج العمليات

٧) أوامر الدواء عبر التليفون

- تقوم الممرضة المسئولة بالاتصال بالطبيب المعالج، ويجب أن تقدم المعلومات التالية للطبيب:
  - تحديد المريض (اسم المريض، الرقم الموحد).
  - تشخيص المريض.
  - نبذة عن تاريخ المريض (الحساسية، الادوية التي يخضع لها المريض، جميع المعلومات ذات الصلة).
  - شرح حالة المريض.
- يجب على الممرضة أن تكتب على الفور الدواء وجميع توصيات الطبيب في نموذج الأوامر الشفهية و تسجيله في ملف المريض الطبي.
- تقوم الممرضة بإعادة قراءة الترتيب على الطبيب المعالج والطبيب معطى الأمر يؤكد صحة ترتيب القراءة.
- نموذج طلب الدواء عبر التليفون يشمل:
  - اسم المريض.
  - رقم الملف الطبي
  - اسم الطبيب
  - اسم الدواء.
  - شكل جرعات.
  - التركيز.
  - الجرعة.
  - طريقة الإعطاء.
  - وقت الإعطاء.
  - تاريخ/ وقت تلقي الأمر.
  - اسم وتوقيع الممرضة التي تلقت الأمر
- 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.
- ❖ يجب التوقيع على نموذج طلب الدواء عبر التليفون في السجل الطبي للمريض في أقرب وقت ممكن من قبل الطبيب في نوبة عمله/ عملها وبحد أقصى ٢٤ ساعة.
- ❖ يجب أن يسجل وقت أمر الدواء الذي طلبه الطبيب في نموذج طلب الدواء عبر التليفون.

٨) أوامر الفحوصات التليفونية:

- ❖ تقوم الممرضة المسئولة باستدعاء الطبيب المسئول عن الحالة، ويجب أن تقدم المعلومات التالية للطبيب:
- ❖ تحديد المريض (اسم المريض، رقم الموحد).
- ❖ تشخيص المريض.
- ❖ نبذة عن تاريخ المريض (الحساسية، الادوية التي يخضع لها المريض، جميع المعلومات ذات الصلة).
- ❖ 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 المعطى من قبل الطبيب.
  - ○ سبب إعطاء الأمر شفهي.
  - ○ تاريخ ووقت تنفيذ الأمر (بواسطة الممرضة).

٩) يقوم الطبيب بالتوقيع على نموذج الأوامر الشفهية او نموذج الكود بلو في أسرع وقت ممكن خلال نفس الشيفت وبحد أقصى قبل انتهاء الشيفت

المسؤول عن التنفيذ

- ❖ الأطباء
- ❖ فنيي المعمل
- ❖ الصيادلة
- ❖ التمريض

المراقبة والتقييم

- KPI: يتم عمل كارت لمؤشر له علاقة بعملية مرتبطة بالسياسة مع متابعة تحقيق الهدف المراد و نسبته الناتجة من قيمة المؤشر عند القياس لضمان التحسين المستمر
- تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل والإبلاغ عن البيانات المتعلقة بعملية الأوامر الشفهية والهاتفية.
- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية الأوامر الشفهية والهاتفية .

النماذج / المرفقات

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

معايير ذات صلة

ICD.19 Critical results; ACT.08 Handover communication

المراجع

دليل معايير اعتماد المستشفيات -الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية (GAHAR)، إصدار ٢٠٢٥. (معيار ICD.18).

الهيئة العامة للتأمين الصحى

فرع : .....

مستشفى : .....

Code Blue Report

اسم المريض:

رقم الملف الطبى:

Date: Time: Unit/department:

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

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

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

MR . Code . Blue 1-2

الهيئة العامة للتأمين الصحى

فرع : .....

مستشفى : .....

Nursing Supervisor Notes:

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

Team Leader Report:

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

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

No: ☐ Time of death:

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

MR . Code . Blue 2-2

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

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

نموذج تقرير فريق التدخل السريع Rapid Response Team

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

العلامات الحيوية قبل استدعاء الفريق (خلال اخر ٦ ساعات)

Temperature	RR	HR	BP	Time	Date

أسباب الاتصال بفريق RRT:

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

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

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

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

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

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

Vital Signs يملأ بواسطة ممرض العناية :

Time	BP	HR	RR	Temp.

Outcome: يملأ بواسطة طبيب الرعاية

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

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

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

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

MR.Inp.Dr.1-2

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

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

(Pediatric Rapid Response Team Report)

نموذج تقرير فريق التدخل السريع للأطفال

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

العلامات الحيوية قبل استدعاء الفريق (خلال اخر ٦ ساعات)

Date	Time	BP	HR	RR	Temperature

Normal vital signs according to age

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

أسباب الاتصال بفريق RRT :

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

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

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

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

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

Vital Signs : يملأ بواسطة ممرض العناية

Time	BP	HR	RR	Temp.

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

Outcome: يملأ بواسطة طبيب الرعاية

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

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

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

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

MR.Inp.Dr.1-2

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

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

نموذج تلقى الاوامر الشفهية والتليفونيه
receiving verbal and Telphone order form

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

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

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

MR.BL.reac. 1-1

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

نموذج التبليغ عن النتائج الحرجة

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

MR.BL.reac. 1-1