رقم السياسة	SH.GSR.09.CSS.03		
عنوان السياسة	تفادي التوصيل غير السليم للقساطر والأنابيب		
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	٧
نطاق التفعيل	جميع الاقسام بالمستشفى		
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

- 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 غير الفريق الطبي فصل أو تركيب أو إعادة تركيب أي نوع من أنواع الأنابيب أو القساطر ويعد تثقيف المريض وذويه بذلك مسئولية التمريض المسئولة عن المريض.
- اختبار القبول عند الشراء وتقييم المخاطر (تحليل نمط الفشل والتأثيرات "FMEA" لتحديد احتمالية حدوث أخطار في التوصيل عند شراء قساطر وأنابيب جديدة

الغرض

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

التعريفات

- تتبع الوصلة: أي تتبع الوصلة من المريض حتى نقطة الانتهاء من الوصلة للمريض
- التوصيل الخاطئ للقساطر والأنابيب: سوء توصيل او انفصال الوصلات المتصلة بالمريض
- أنواع الأنابيب والقساطر على سبيل المثال وليس الحصر
  - القساطر الوريدية الطرفية والمركزية.
  - أنبوبة الصدر.
  - الرايل.
  - •الأنبوبة الحنجرية.
  - القسطرة البولية.
  - أنبوبة كلى خارجية.
  - درنقة (أنابيب التصريف).
  - الوصلة الشريانية.
  - وصلات الغسيل البريتوني.
  - توصيلات جهاز التنفس الصناعي
  - قسطره بورتاكاس
  - الشق الحنجري
  - وصلات الأكسجين.

إجراءات العمل

١. يلتزم العاملون بضرورة تمييز القساطر عالية الخطورة، تجنب استخدام القساطر ذات منافذ الحقن في تطبيقات تلك القساطر.

- القساطر عالية الخطورة

اسم الوصلة	المسئول عن التركيب
القساطر الوريدية الطرفية	الأطباء والتمريض
القساطر الوريدية المركزية	الاطباء
انبوبه صدريه	الأطباء
انبوبه حنجريه	الأطباء
انبوبه كلويه	الأطباء
درنقه	الأطباء
القسطرة البولية (فولي)	الأطباء
انبوبه شق حنجري	الأطباء
قسطرة شريانية	الأطباء
قسطرة نخاعية	الأطباء
قسطرة ابيديورال	الاطباء

٢. يتم التنبيه على أهمية عدم الحقن بالقساطر المذكورة وعدم استخدام قساطر بها منافذ حقن في التطبيقات التي تستوجب قساطر عالية الخطورة

٣. في حالة تركيب أي من الوصلات عالية الخطورة يقوم أعضاء الفريق الطبي المسؤول عن التركيب بتمييز الوصلة عالية الخطورة باللون الأحمر

٤. يتم كتابة القائم بالتركيب على الوصلات الداخلية للمريض واي من الوصلات خارجه من المريض يتم كتابة اسم المريض رباعي ورقم الموحد والقائم بالتركيب

٥. يوجد نموذج التأكد من سلامة الوصلات بكل قسم لجميع القساطر والأنابيب موضحا فيها:

- التأكد من سلامة التركيب.
- ميعاد نزع الوصلة أو الحالات التي يجب فيها نزع الوصلة أو تغييرها بأخرى.

٦. يقوم مشرف التمريض بتدريب جميع التمريض عن كيفية التعامل مع جميع الوصلات والتأكد من إتقان المهارات التمريضية.

٧. تقوم الممرضة بترتيب الوصلات والقساطر بحيث تبعد عن بعضها

٨. تقوم مشرفة القسم بمتابعة التمريض وتقييمه والتأكد من قدرته على التعامل الآمن مع جميع الوصلات المتصلة بالمريض.

٩. يقوم الطبيب قبل تركيب الوصلة أو القسطرة بفحصها من الجزء الذي يتم به الإدخال حتى نهاية الوصلة للتأكد من سلامة الوصلة.

١٠. يقوم الطبيب بإتباع إجراءات التركيب السليمة طبقا لنوع الإجراء وسياسات مكافحة العدوى.

١١. يقوم الطبيب بالتأكد من الإدخال السليم ومن أن الوصلة أو القسطرة تعمل جيدا وفى المكان السليم على سبيل المثال وليس الحصر التصوير بالأشعة كما في تركيب القسطرة الوريدية المركزية.

١٢. يقوم الطبيب بتثبيت الوصلة أو القسطرة التي تم تركيبها بما يضمن عدم فكها وسهولة التعامل معها.

١٣. 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).

١٤. في حالة وجود أكثر من درنقة خارجة من الجرح يكتب المكان الذي تخرج منه هذه الدرنقة وتحديد (يمين أو يسار)

١٥. إعلام المريض أو ذويه أو أي من العاملين في غير الفريق الطبي في حالة وجود أي انفكاك للوصلة أو القسطرة الإبلاغ فورا لطلب المساعدة

١٦. تقوم الممرضة المسؤولة بمتابعة التركيبات والوصلات المتصلة بالمريض وملاحظة أي انفكاك أو تغير في مكان تركيب الوصلات وتسجيل ذلك يوميا بنموذج متابعة التركيبات والوصلات.

١٧. يتوجب على الممرضة تتبع كل الوصلات للتأكد من عدم وجود أي ثنيات والتأكد من صحة التركيب قبل إعطاء أي دواء وقبل وبعد عمل أي إجراء طبقا للسياسة الخاصة بكل نوع.

١٨. في حالة انفكاك أي من الوصلات أو القساطر يتم كتابة تقرير OVR طبقا لسياسات الجودة

١٩. أثناء عملية التسليم والتسلم بين نوبتجيات التمريض، أو عند نقل المريض من قسم لآخر (مثل النقل من الإفاقة للقسم الداخلي)، يجب على الممرضة المسلّمة والمستلمة القيام بتتبع ومراجعة (Reconciliation) لجميع الوصلات والقساطر الموجودة بالمريض (من المنشأ إلى الطرف) كجزء أساسي من عملية التسليم، والتأكد من تثبيتها وتوصيلها بشكل صحيح وتوثيق ذلك.

٢٠. 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.

المسؤول عن التنفيذ

- الأطباء
- أعضاء هيئة 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 بتفادي التوصيل غير السليم للقساطر والأنابيب
- تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية تفادي التوصيل غير السليم للقساطر والأنابيب

النماذج / المرفقات

- نموذج متابعة التركيبات.
- نموذج أحداث غير متوقعة.
- نموذج التثقيف الصحي
- نموذج ملاحظات التمريض

معايير ذات صلة

ACT.08 Handover communication; OGM.10 Supply Chain Management.

المراجع

دليل معايير اعتماد المستشفيات - الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية(GAHAR) ، إصدار ٢٠٢٥ . معيارCSS.03

الهيئة العامة للتأمين الصحى
فرع:
المستشفي :

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

التثقيف الصحى للمريض

التاريخ : / / القسم : .....

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

-التعليم :

☐ مؤهل عالى ☐ مؤهل متوسط ☐ يقرأ ويكتب ☐ أمى

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

-عوائق للتثقيف :

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

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

- طريقة التثقيف : ☐ شفاهة ☐ مكتوبة

☐ أخرى (اذكر) .....

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

.....

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

تم شرح التثقيف الصحي :

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

MR.Inp.Dr.1-1

الهيئه العامة للتأمين الصحي
فرع:
المستشفي:

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

ملاحظات التمريض

التاريخ :...../...../.....
التشخيص :.....القسم:..... الطبيب المعالج :.....

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

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

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

نموذج الأحداث غير المتوقعة

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

OCCURRENCE VARIANCE REPORT (OVR)

(.....) OVR Code No.

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

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

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

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

OCCURRENCE INFORMATION

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

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

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

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

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

O.V.R. 1-2

الهيئة العامة للتامين الصحي
فرع:
مستشفى :

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

جدول متابعة التركيبات

تاريخ الدخول: / /

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

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

MR Nu 7