استمارة طلب الاعتراف باختصاص العناية المشددة بالغين

اسم المشفى		الدولة	
المحافظة		المدينة	
البلدة		الهاتف	
الموقع		الايميل	

ملاحظة: يتم تعبئة الاستمارة بخط اليد على مسؤولية إدارة المشفى علماً ان هناك لجان تحقق من المعلومات الواردة.

المعلومات العامة للاعتراف بالمركز التدريبي

أولا: الموارد المادية والبشرية الموجودة بالمركز:							
عدد الأسرة الموجود بالمشفى							
عدد أسرة الإسعاف		عدد اسرة جناح قبول المرضى					
عدد أسرة العناية الإجمالية		عدد أسرة العناية الداخلية		عدد أسرة العناية الجراحية			
عدد غرف العمليات		عدد الحواضن		عدد أسرة المخاض			
الخدمات التشخيصية والعلاجية							
وجود قسم صيدلية	صيدلية داخلية		صيدلية خارجية		توثيق الكتروني للصادر و الوارد		
الخدمات الشعاعية	أشعة بسيطة		أمواج فوق صوتية		طبقي محوري		رنين مغاطيسي
الخدمات المخبرية	التعداد الدموي		تحاليل الكيمياء		تحاليل الشوارد		بنك دم
خدمات اخرى							

الاختصاصات الموجودة بالمشفى و نسبة التغطية (يرفق صورة عن جدول العيادات و المناوبات للاختصاصات المذكورة)

اسم الاختصاص	عدد الأطباء الاختصاصيين	عدد ايام التغطية الأسبوعية في المشفى	وجود عيادة للاختصاص او غير موجود	عدد أيام الدوام الأسبوعي للعيادة

ثانياً: إحصائيات المشفى العامة			
عدد مراجعي المشفى (الشهري)		عدد مراجعي العيادات (الشهري)	
عدد مراجعي الإسعاف (الشهري)		عدد العمليات الكلي (الشهري)	

ثالثاً: الإمكانيات التعليمية والتدريبية بالمركز:	
توفر مكتبة طبية	
توفير اتصال بالإنترنت للمتدربين	
توفر قاعة محاضرات واحدة على الأقل مجهزة بالوسائل المناسبة	
رابعاً: إمكانيات المتابعة والإشراف على البرامج التدريبية بالمركز	**نعم / لا**
إمكانية توفر مشرف على البرنامج التدريبي وفق معايير الهيئة في القسم المعني، ومتابعة تنفيذ أعماله	
الالتزام بمعايير المجلس المختص ومنهاجه لمتابعة العملية التدريبية	
الالتزام بالجانب التعليمي للمركز التدريبي كالجولات على المرضى، التدريب السريري بشكل يومي	
تطبيق برنامج محاضرات علمية أكاديمية بشكل دوري	
تطبيق نادي المجلات العلمية Journal Club بشكل شهري على الأقل	
تطبيق مناقشة الامراضيات والوفيات Morbidity and mortality meeting بشكل شهري على الأقل	
تطبيق جلسة مناقشة حالات مرضية مميزة بشكل شهري على الأقل	
أن تكون إدارة المشفى مستعدة للتعاون مع المجلس العلمي بما يخص العملية التدريبية والتعليمية	
أن تلتزم إدارة المشفى بتسهيل حضور المدربين والمتدربين للمؤتمرات والدورات التعليمية	
خامساً: الإمكانيات الإدارية :	**نعم / لا**
وجود هيكلية إدارية و تنظيمية واضحة و مكتوبة للمشفى	
وجود قسم موارد بشرية مع توصيف وظيفي للكوادر	
وجود استقرار إداري و مالي للمشفى لمدة سنة كحد أدنى	
وجود نظام مراقبة و تقييم لجودة التدريب الطبي	
وجود سياسات و إجراءات واضحة و مكتوبة طبية (بروتوكولات وقائية وعلاجية حسب الاختصاص)	
وجود قسم للسجلات و الديوان لحفظ ملفات المرضى	
خامساً الخدمات اللوجستية بالمشفى:	**نعم / لا**
وجود سكن للاختصاصيين و المقيمين مع إمداد غذائي. (غرف مناوبة)	
توفر مصدر طاقة عالي الجودة مع مصدر بديل احتياطي: نوع مصدر الكهرباء — كهرباء نظامية	
طاقة شمسية	
مولدات ديزل	
ذكر عدد المولدات إن وجدت	
توفر مصدر مياه نقية: نوع مصدر المياه الموجود: (بئر ماء – صهاريج مياه – ماء من الشبكة)	
توفر محرقة طبية	

المعلومات الخاصة للاعتراف باختصاص العناية المشددة بالغين بالمركز التدريبي

أولا: الموارد البشرية الموجودة بالمركز التدريبي:

الاختصاصين المشرفين في العناية (يرفق صورة عن شهادات الاختصاصين المذكورة)

الاختصاص	اسم الاختصاصي	عدد سنوات الخبرة	عدد ايام التغطية الأسبوعية

الكوادر التمريضية و الفنية في العناية

عدد التمريض الكلي / المناوبين	
عدد الفنيين الكلي / المناوبين	

ثانياً: إحصائيات الاختصاص المراد الاعتراف به (احصائية آخر شهر كمثال)

عدد قبولات العناية المركزة (الشهري)	
لمحة عن قبولات العناية المشددة	

ثالثاً: الموارد المادية المتوفرة بالمركز التدريبي:

قسم العناية المركزة:			نعم	لا
تتضمن العناية التجهيزات والمعدات التالية بالحد الأدنى	اسرة عناية	العدد:		
	جهاز رشف مفرزات	العدد:		
	أجهزة مراقبة الكترونية	العدد:		
	جهاز اشعة نقال			
	جهاز تخطيط قلب كهربائي			
	جهاز إيكوغرافي يحوي بروب قلبي خاص بالعناية			
	مضخات لحقن السوائل الوريدية	العدد:		
	توصيلات أكسجين واسطوانات بعدد كافي			
	جهاز غازات دم			
	عربة انعاش crash cart مع جهاز إزالة الرجفان داخل العناية			
	أجهزة التنفس الاصطناعي	العدد:		
	أجهزة تهوية غير باضعة CPAP,BiPAP	العدد:		
	جهاز القنية الأنفية عالية جريان الأكسجين	العدد:		
	أجهزة ديال دموي	العدد:		

تجهيزات أخرى	نعم	لا
طبقي محوري بالمشفى او متوفر في المنطقة بحيث لا يبعد أكثر من 3 كم عن المشفى		
بنك دم بالمشفى او متوفر في المنطقة بحيث لا يبعد أكثر من 3 كم عن المشفى		
جهاز تنظير قصبي		

تاريخ ملء الاستمارة: / / 20 اسم مدير المشفى وتوقيعه