



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية					رمز السياسة:
MOH	POL	D	QI	01	
عدد الصفحات: 11 صفحة					الطبعة: الثانية
الوحدة التنظيمية: مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة					
الجهة المعنية بتنفيذ السياسة: جميع الكوادر العاملة في المديريات المركزية ومديريات الصحة والمستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة.					
الإعداد:		رئيس شعبة المراجعة السريرية: لمى عصفور رئيس وحدة الجودة/مستشفى الحسين السلط الجديد: رفيدة ابداح قسم إدارة معلومات الملف الطبي: م. ق داليا زياد			
تاريخ الإعداد:	التوقيع:	التدقيق والمراجعة:			
٢٠٢٠/١٢/٢	[Signature] [Signature] [Signature]	مدير مديرية طب الاسنان: د. أيمن النعيمات رئيس قسم تطوير وإدارة السياسات: د. نجود فارس رئيس قسم سلامة المرضى: د. عبدالله الكساسبة رئيس قسم الاعتماد وإدارة الجودة: رلى الزعانين رئيس وحدة الجودة/مستشفى الزرقاء الحكومي: ريم العوده رئيس وحدة الجودة/مستشفى الطفيلة الحكومي: حسام الرواشدة			
تاريخ التدقيق:	التوقيع:	التدقيق من ناحية ضبط الجودة: مدير مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة: الدكتور صفاء العوران			
٢٠٢٠/١٢/٢	[Signature] [Signature] [Signature]	[Signature] [Signature]			
تاريخ اعتماد:	التوقيع:	الاعتماد : الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية			
٢٠٢٠/١٢/٩	[Signature]	[Signature]			

ختم الاعتماد

تتم مراجعة السياسة كل سنتين على الأقل من تاريخ اعتماد آخر طبعة :		
مبررات مراجعة السياسة	تاريخ الاعتماد	رقم الطبعة
موعد تحديث السياسة بناء على سياسة تطوير وإدارة الوثائق الإجرائية	2022/08/08	الأولى

ختم النسخة الأصلية





وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز السياسة:					اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية
MOH	POL	D	QI	01	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 11 صفحة

موضوع السياسة:

يلتزم جميع العاملين في المديريات المركزية ومديريات الصحة والمستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة بالإبلاغ الدقيق وفي الوقت المناسب عن جميع الحوادث، سواء كانت حوادث فعلية أو وشيكة الحدوث، والتي تقع أثناء قيامهم بمهامهم الوظيفية. بحيث يتم الإبلاغ والمعالجة ضمن إطار واضح ومحدد للإجراءات، بما يضمن توفير بيئة عمل آمنة وداعمة تشجع على الإبلاغ دون خوف، وتكفل سلامة الموظف النفسية والوظيفية وكذلك سلامة متلقي الخدمة واعتماد مبدأ التعلم والتحسين المستمر، والابتعاد عن النهج العقابي كوسيلة أساسية للتعامل مع الحوادث.

الفئات المستهدفة:

جميع العاملين بدوام كامل أو جزئي في المديريات المركزية والمستشفيات ومديريات الصحة والمراكز الصحية والمرضى والمرافقين والزوار والطلاب والمتدربين والمتطوعين في المنشأة الصحية.

الهدف من السياسة/المنهجية:

1. التعريف بماهية الحوادث وتصنيفها من حيث شدتها والتي يمكن أن تؤدي إلى إلحاق الضرر بالمريض، الموظف، الزائر، المقاول، المبنى أو المعدات.
2. ضمان سلامة العاملين والمرضى والزوار.
3. تحديد والمسؤوليات والإجراءات الصحيحة والواجب اتباعها عند وقوع حادث.
4. تعزيز الصدق والعدالة والإنصاف في التعامل مع الحوادث.
5. التعلم من الأخطاء من خلال تقارير الحوادث وتفايدها بالطرق المناسبة مستقبلاً.
6. تعزيز ثقافة خالية من اللوم لتشجيع الموظفين على التبليغ عن الحوادث العرضية.
7. تحسين جودة وسلامة الخدمات الصحية المقدمة.
8. توضيح قوائم الحوادث السلبية والوشيكة من خلال نموذج التبليغ عن الحوادث العرضية.

MASTER COPY

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز السياسة:					اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية
MOH	POL	D	QI	01	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 11 صفحة

التعريفات:

1. المنشأة الصحية: المديريات المركزية ومديريات الصحة والمستشفيات والمراكز الصحية التي تقدم خدمات صحية وتتبع لوزارة الصحة.
2. الحادث العرضي (Incident): أي حدث أو ظرف يلحق الضرر أو يحتمل أن يلحق الضرر بالمريض أو بموظف أو بممتلكات ذات صلة بالمنشأة الصحية والذي يكون نتيجة لسلوك إنسان أو فشل النظام أو كليهما.
3. الضرر: أي إصابة جسدية أو نفسية مؤقتة أو دائمة.
4. مؤشر الخطر (Risk Index): مؤشر يستخدم لتصنيف الحادث بناءً على شدة الحادث والضرر المترتب عليه، ويقسم إلى خمس مستويات:
 - 4.1 مؤشر الخطر (Risk Index 0): الحادث وشيك الحدوث (Near Miss Incident) الذي كاد أن يقع ويسبب أذى ولكن تم اكتشافه قبل وقوعه.
 - 4.2 مؤشر الخطر (Risk Index 1): الحادث قليل الضرر (Low Harm) الذي أصاب المريض / الموظف أو الزائر ولم يتسبب بأذى أو تسبب بأذى بسيط.
 - 4.3 مؤشر الخطر (Risk Index 2): الحادث متوسط الضرر (Moderate Harm): حادث تسبب بأذى مؤقت ويحتاج إلى مراقبة ومتابعة وقد يحتاج المصاب لنقل إلى قسم آخر مثل العناية الحثيثة.
 - 4.4 مؤشر الخطر (Risk Index 3): الحادث شديد الضرر (Severe Harm) الذي يتسبب بأذى شديد ويحتاج إلى تدخل علاجي ونقل المريض للعناية الحثيثة.
 - 4.5 مؤشر الخطر (Risk Index 4): الحادث الجلل أو الجسيم (serious accidents) / sentinel event الذي ينتج عنه وفاة غير متوقعة أو أضرار جسيمة ودائمة لوظيفة من وظائف الجسم وهي لا تتعلق بالمسار الطبيعي للمريض أو وضعه الصحي، ومن الأمثلة على الحدث الجلل أو عالي الخطورة:
 - 4.5.1 الوفاة غير المتوقعة أو فقدان دائم لوظيفة الجسم.
 - 4.5.2 بقاء أدوات (أجسام غريبة) محتجزة داخل جسم المريض بعد عملية جراحية أو أي إجراء جراحي.
 - 4.5.3 الجراحة في المكان الخطأ أو الموقع الخطأ أو المريض الخطأ.
 - 4.5.4 تحلل في دم المريض الناتج عن نقل الدم الخطأ أو عدم توافق الدم.

MASTER COPY

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز السياسة:					اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية
MOH	POL	D	QI	01	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 11 صفحة

4.5.5 خطف طفل أو رضيع.

4.5.6 انتحار المريض في المنشأة.

4.5.7 تسليم رضيع للعائلة الخطأ.

5. منهجية تحليل الجذور (Root Cause Analysis): أسلوب تحقيق منهجي يسعى لفهم الأسباب الكامنة وراء الحادث أو المشكلة باستخدام مجموعة محددة من الخطوات والأدوات المرتبطة بها بحيث يفحص العوامل المسببة للحادث، مع التركيز على سبب وكيفية الحدوث للعثور على السبب الأساسي للمشكلة والاعتمادات اللازمة لضمان عدم تكرارها مرة أخرى.

6. اللجنة أو الفريق المؤقت: Ad hock Team or /Ad hock committee هي لجنة أو فريق يشكله مدير المنشأة أو من ينوب عنه من الأشخاص ذوو العلاقة وحسب طبيعة الحادث لدراسة الحادث والأسباب الجذرية له (Root cause analysis) خلال 24 ساعة من حدوثه.

7. الحوادث التي يجب الإبلاغ عنها وتشمل على سبيل المثال لا الحصر:

7.1 الحادثة السريرية - أي حدث غير متوقع يحدث أثناء تقديم الرعاية الصحية للمريض، وقد يؤدي إلى ضرر أو كان يمكن أن يؤدي إلى ضرر، بما في ذلك الأخطاء، شبه الأخطاء، الأحداث الضارة، أو أي انحراف عن سير العمل الآمن.

7.2 الأحداث الروتينية والتي تشمل: المواقف أو الأنشطة اليومية المتكررة التي تحدث بشكل اعتيادي ضمن بيئة الرعاية الصحية، دون أن تتسبب في أي خطأ أو خطر مباشر على سير العمل أو سلامة المرضى. تمثل هذه الأحداث جزءًا من العمليات التشغيلية المعتادة، وتستخدم غالبًا كمؤشرات على الانسيابية التشغيلية ومدى الالتزام بالإجراءات والبروتوكولات المعتمدة.

7.3 حادث المعدات - موقف يتعلق بحادث كاد أن يؤدي إلى نتيجة محتملة أو سلبية بسبب معدات معينة.

7.4 حادث شخصي - أي حادث يؤثر على فرد لا يرتبط بشكل مباشر بالعلاج السريري كالحوادث التي تنطوي على التعرض للدم وسوائل الجسم، أو المخاطر الأخرى المرتبطة بالعمل.

7.5 العنف أو الإساءة أو التحرش - أي حادث ينطوي على إساءة لفظية، أو سلوك غير اجتماعي، أو تحرش عنصري أو جنسي، أو اعتداء جسدي سواء أدى إلى إصابة أم لا.

MASTER COPY

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز السياسة:					اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية
MOH	POL	D	QI	01	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 11 صفحة

7.6 حادث حريق - أي حادث مهما كان صغيراً، ينطوي على حريق أو أنظمة تحذير من الحرائق (بما في ذلك الإنذارات الكاذبة).

7.7 حادث أمني - أي حادث مؤسف ينطوي على سرقة أو فقدان أو إتلاف ممتلكات شخصية أو ممتلكات المنظمات، أو اقتحامات، أو إنذارات كاذبة (ليست إنذار حريق).

7.8 أي حادث قد يؤدي إلى الدعاية أو التقاضي أو فقدان ثقة الجمهور وغيرها.

المسؤوليات:

1. إدارة المنشأة الصحية:

1.1 ضمان وجود الآليات لتحديد الحوادث والإبلاغ عنها والتحقيق فيها وتحليلها من أجل تعلم الدروس ومنع تكرارها في المستقبل.

1.2 إيجاد بيئة خالية من اللوم لتشجيع الكوادر على توثيق الحوادث العرضية (أو بيئة عادلة لا يؤدي الإبلاغ عن الحادث فيها إلى اتخاذ إجراءات تأديبية إلا في الظروف القصوى، على سبيل المثال: عندما يكون هناك انتهاك للقانون أو الإهمال الجسيم أو سوء السلوك المهني) وتوفير السلامة النفسية فيما يتعلق بالإبلاغ عن الحوادث العرضية.

1.3 إيجاد الطريقة المناسبة لنشر ثقافة الإبلاغ عن الحوادث العرضية وكيفية الإبلاغ عنها وخاصة للأفراد من غير الموظفين.

1.4 دعم التحقيقات وتشكيل اللجان المناسبة لمعرفة الأسباب الكامنة للحوادث.

1.5 اتخاذ الإجراءات الوقائية والتصحيحية الموصى بها من قبل اللجان.

1.6 الإبلاغ عن الإجراءات الإدارية لرئيس / مسؤول الوحدة / القسم المعني بها.

2. الشخص الذي شاهد أو تعرض للحادث: الإبلاغ الدقيق وفي أسرع وقت للمسؤول المباشر عن أي حادث أو خطر أو ضرر مرتبط بعملهم وتعبئة نموذج الإبلاغ عن الحوادث العرضية واتخاذ الإجراءات التصحيحية الفورية بحيث تتناسب مع وقت وقوع الحادث لمنع المزيد من الأضرار أو تبليغ الشخص المسؤول لاتخاذ الاجراء الصحيح.

3. رئيس أو مسؤول القسم / الشعبة / الوحدة:

التأكد من كتابة تقرير الحادث العرضي واتخاذ الإجراءات السريعة الكفيلة بتقليل أي مخاطر محتملة الحدوث.

MASTER COPY

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز السياسة:					اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية
MOH	POL	D	QI	01	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 11 صفحة

4. وحدة الجودة / منسق الجودة:

1. تثقيف وتشجيع الكوادر على الإبلاغ عن الحوادث المرضية من خلال عقد الاجتماعات الدورية.

2. استلام وتجميع الحوادث العرضية.

3. دراسة الحالات المتكررة للوقوف على أسبابها ومنع حدوثها.

5. اللجنة او الفريق المؤقت (Ad hock Team or /Ad hock committee) :

1. دراسة الحادث وتحليل الأسباب الجذرية لحدوثه (Root cause analysis).

2. تقديم خطة عمل للجنة الجودة بالإجراءات التصحيحية والدروس المستفادة من التحليل الجذري لأسباب المشكلة خلال شهر من تشكيل اللجنة كحد أقصى.

3. كتابة تقرير عن الحادث وتقديمه لوحدة الجودة.

الأدوات:

لا يوجد

الإجراءات:

1. تقوم إدارة المنشأة بإيجاد آلية مناسبة يتم فيها نشر نموذج الإبلاغ لتعبئته من قبل الموظفين وإصدار نشرات توعوية لتثقيف المراجعين والمرضى حول أماكن تواجد هذه النماذج وطريقة تعبئتها وإرشادهم إلى ما يجب إبلاغ العاملين في المستشفى حوله إذا ما تعرضوا أو شاهدوا حادث عرضي.

2. يقوم الشخص المعني الذي يشاهد أو يتعرض للحادث العرضي أو يتم إعلانه به أو كادر القسم/الوحدة بما يلي:

2.1 التأكد من سلامة المصاب "إذا كان الحادث يتعلق بشخص" وضمان وجوده في بيئة آمنة بعيداً عن الخطر.

2.2 تقييم الشخص المصاب أو الممتلكات المتضررة على الفور، لتحديد مدى الإصابات وتحديد الاجراء الطارئ أو العاجل.

2.3 تبليغ الطبيب المعني بالحالة لاتخاذ الاجراء المناسب (إحالة إلى اختصاص آخر، أو طلب فحوصات مخبرية أو شعاعية أو غيرها) أو في حالة حدوث أخطاء من جانب المريض.

2.4 التبليغ عن الحادث من خلال تعبئة نموذج الحادث العرضي حسب التعليمات الواردة فيه بحيث تكتب جميع المعلومات بخط واضح ومقروء وبدقة وشمولية وذكر الحقائق وليس الآراء، في مدة لا تتجاوز 24 ساعة من وقوع الحادث.

MASTER COPY

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز السياسة:					اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية
MOH	POL	D	QI	01	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 11 صفحة

2.5 تسليم النموذج لرئيس القسم أو رئيس الشعبة التي يعمل بها في مدة لا تتجاوز 24 ساعة.

2.6 الإبلاغ عن أي جهاز / معدات أدت إلى وقوع الحادث ووضع علامة واضحة عليها (لا تستخدمها حتى يتم إجراء الفحوصات المناسبة) والاحتفاظ به.

3. يقوم الطبيب المعني بالحالة بما يلي:

3.1 تقييم الحادث حسب شدته والضرر المصاب إن كان قد أثر على صحة الشخص واتخاذ الاجراء المناسب.

3.2 ابلاغ المريض و/أو أحد أفراد عائلته في أقرب وقت ممكن بالحادث وأي علاج قد يكون ضروريًا وقبل مشاركة وسائل الإعلام إذا كان هناك احتمال لاهتمام وسائل الإعلام.

4. يقوم رئيس القسم أو رئيس الشعبة بما يلي:

4.1 تقييم الحادث حسب شدته والضرر الذي أحدثه اعتمادًا على مؤشر الخطر (Risk Index) وذلك للحوادث غير المتعلقة بأشخاص.

4.2 تحديد أسباب الحادث بناء على التحليل واتخاذ أي إجراء مباشر للتقليل من الأضرار الناجمة عنه وفقًا للصلاحيات المخولة إليه.

4.3 إرسال التقرير بعد التأكد من استكمال البيانات وتوقيعه إلى وحدة الجودة مع الاحتفاظ بنسخة منه بملف خاص.

4.4 إذا كان الحادث يتعلق بجهاز معين، فيتم ترك جميع المفاتيح والضوابط كما كانت في وقت الحادث وإعادته إلى قسم الأجهزة الطبية أو الاتصال بقسم الصيانة بعد تفقده ليقوم مهندس الأجهزة الطبية بتقييمه وإصلاحه.

4.5 إذا كان الحادث يتعلق بمادة وهي جزء من مخزون، فيتم التحقق من المخزون المتبقي والسؤال عما إذا كان العيب قد نشأ نتيجة لسوء التخزين الأمر الذي قد يستلزم سحب المخزون بأكمله.

5. تقوم وحدة الجودة / منسق الجودة بما يلي:

5.1 عرض الحادث على اللجنة المعنية وذلك حسب تصنيف الحادث العرضي لدراسة الأسباب واتخاذ الإجراءات الوقائية أو التصحيحية اللازمة.

5.2 المساهمة في إجراء التحليل لأي حادث ناتج عن الأخطاء الطبية عالية الخطورة لمعرفة الأسباب الجذرية المسببة لها ومتابعة الإجراءات التصحيحية المقترحة وتقييم فاعليتها

MASTER COPY

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز السياسة:					اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية
MOH	POL	D	QI	01	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 11 صفحة

- 5.3 تقديم تقرير دوري للجنة الإدارة والقيادة ولجنة تحسين الجودة فيما يتعلق بالحوادث العرضية للمساهمة في اتخاذ أي قرار متعلق بسلامة المرضى والزوار والعاملين.
- 5.4 إعداد تقرير دوري وعرضه على لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى ولجنة الإدارة والقيادة كل ثلاث شهور يتضمن نسبة الحوادث العرضية ومدى تكرارها وشدها ومدى تأثيرها على سلامة المرضى والعاملين والزوار وتقديم خطط تصحيحية للحوادث الأكثر حدوثاً وإدراجها ضمن خطط تحسين الجودة.
6. إذا تسبب الحادث بأذى للشخص سواء أكان (مريض / موظف / زائر / طالب / متدرب / عامل) يتم عرض المصاب فوراً على الطبيب المعني لتقييمه وتقديم العلاج اللازم له
7. في الحوادث الجسيمة (Sentinel events):
- 7.1 يقوم مسؤول/ رئيس القسم / الوحدة أو رئيس وحدة الجودة أو المناوب الإداري في الورديات المسائية والليلية بتبليغ مدير المنشأة على الفور وبالسرية الممكنة لاتخاذ الإجراءات التصحيحية المباشرة وتقديم الدعم اللازم للمصاب / المصابين.
- 7.2 يقوم مدير المنشأة أو المناوب الإداري بتشكيل اللجنة أو الفريق المؤقت خلال 24 ساعة من التبليغ عن الحادث الجسيم (Ad hock Team / Ad hock Committee).
- 7.3 تقدم اللجنة أو الفريق المؤقت خطة عمل للإجراءات لوحدة الجودة.

الملحقات/ المرفقات:

1. نموذج منهجية التحليل الجذري لأسباب المشكلة.
2. تقرير مؤشر الخطر (Risk Index).
3. نموذج الإبلاغ عن الحوادث العرضية.

المراجع:

1. منظمة الصحة العالمية.
2. Sherwood Forest Hospital Policy version 8., Feb 2024
3. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management, 2021

MASTER COPY

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز السياسة:

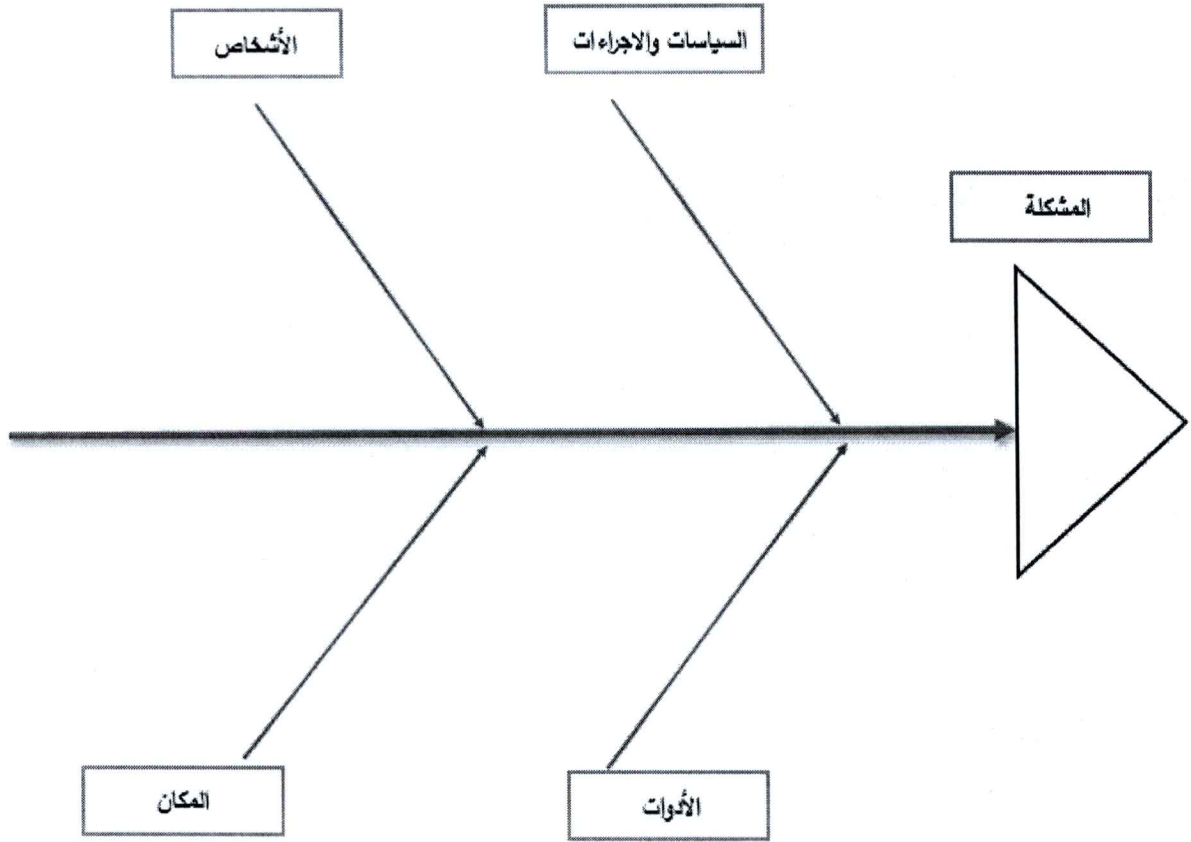
اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية

MOH POL D QI 01

الطبعة: الثانية

عدد الصفحات: 11 صفحة

منهجية التحليل الجذري لأسباب المشكلة



MASTER COPY

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز السياسة:					اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية
MOH	POL	D	QI	01	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 11 صفحة

تقرير مؤشر الخطر

INCIDENT REPORTS RISKS INDEX

Risk index 4:

حدث تسبب الأذى الكبير أو الإعاقة أو الموت للمريض يحتاج إلى تدخلات علاجية للإبقاء على حياة المريض. يحتاج إلى إبلاغ الإدارة العليا مباشرة وتحقيق معمق بالحدث لمعرفة الاسباب الجذرية وخطة تصحيحية ووقائية مفصلة، كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر والشركاء في العمل.

Error occurred that resulted a major patient harm / required intervention necessary to sustain life / or contributed to patient's death, and in this case the Managing Director or his deputy to be notified directly. In-depth investigation, full root cause analysis and a formal action plan will be required. Action plan must occur plus feedback to staff and lessons learned to be shared within the unit and throughout the hospital and to relevant external stakeholders.

Risk index 3:

حدث تسبب بأذى متوسط ويحتاج إلى تدخل علاجي له، يتم التحقيق به من خلال رئيس القسم وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه، كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر.

Error occurred that resulted a minor harm and required intervention to be done. It will be investigated by the head of the department, and it may require Root Cause-analysis to find the real cause behind the incident, and an action plan will be initiated accordingly to identify strategies to be implemented to reduce the risk of similar events from occurring in the future. Must be investigated at senior level and an action plan developed. Action must occur plus feedback to staff/patients and lessons learned to be shared within the unit and through the hospital.

Risk Index 2:

حدث تسبب بأذى مؤقت ويحتاج إلى مراقبة ومتابعة وقد يحتاج إلى نقل المريض للمستشفى، يتم اتخاذ الاجراءات الوقائية والتصحيحية المناسبة من قبل رئيس المركز. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال الادارة العليا وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه، كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر.

MASTER COPY

h4
رئيس
8
9
Abdel
7
10



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز السياسة:					اسم السياسة: إدارة الحوادث العرضية
MOH	POL	D	QI	01	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 11 صفحة

Error occurred that resulted a temporary harm and required monitoring or transfer to higher level of care. They require On-spot action only, as long as they do not harm patients / visitors, but if they turn to become high volume, so here a credible Root Cause-analysis is needed to find the real cause(s) behind the incident. Formal investigation requirement to be considered although may not be necessary. Action and feedback to staff /patients to occur as necessary. Incidents to be subject of aggregate review to identify trends/problem.

Risk Index 1:

حادث وصل المريض أو الموظف أو الزائر ولكن لم يتسبب بأذى ومن الممكن أن يسبب الأذى في المستقبل، ويحتاج إلى عمل تحليل لمعرفة الأسباب للمشكلة، يتم اتخاذ الإجراءات الوقائية والتصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم أو الدائرة. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال رئيس القسم وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه، كما يتم تحديد الدروس المستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر

Error occurred reached the patient but did not cause harm, however, it has the potential to cause significant patient harm in the future. They need Root Cause- analysis to know their causes to prevent their reoccurrence. No formal detailed investigation likely to be required, although 'closing of the loop' and feedback of staff/patients should occur as necessary. Incidents to be subject of aggregate review in order to identify trends/problem.

Risk Index 0 Near Miss:

حادث ناتج عن انحراف في تنفيذ العمليات، لم يصل المريض أو الموظف أو الزائر ولم يتسبب بأذى ومن الممكن أن يسبب الأذى في المستقبل، ويحتاج إلى عمل تحليل لمعرفة الأسباب للمشكلة، يتم اتخاذ الإجراءات الوقائية والتصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال رئيس المركز الصحي وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه، كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر

Any process variation that did not affect the outcome, but for which a recurrence carries a significant chance of a serious adverse outcome. No formal detailed investigation likely to be required, although 'closing of the loop' and feedback of staff/patients should occur as necessary. Incidents to be subject of aggregate review in order to identify trends/problem

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

نموذج التبليغ عن الحادث العرضي (لغايات استخدام الجودة)

الجهة المتضررة :- ☐ مريض ☐ مراجع ☐ مرافق مريض ☐ زائر ☐ موظف ☐ أدوات ☐ غير ذلك ☐
اسم الشخص المتضرر من أربع مقاطع : الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐
العمر : رقم الملف الطبي / الرقم الوظيفي اسم الطبيب الاخصائي المشرف :
العنوان : هاتف : التشخيص الحالي :
القسم / الوحدة : رقم الغرفة / السرير :
تاريخ الحادث العرضي : الوقت : مكان وقوع الحادث العرضي :

نوع الحادث

السجل الطبي	سقوط المريض	دواء/ علاج	اشعة
☐ توقف النظام ☐ فقدان السجل الطبي ☐ تلف السجل الطبي ☐ عدم الالتزام بالتوثيق ☐ اختيار المريض الخطأ ☐ اختيار المسار الخاطئ لإدارة الحالة ☐ اختيار التشخيص الخاطئ للمريض ☐ اختيار العلاج الخاطئ ☐ اختيار جرعة الدواء أو طريقة الإعطاء الخاطئة ☐ أخرى	☐ سقوط من السرير ☐ سقوط الحمام ☐ سقوط من الكرسي ☐ وجد المريض على الأرض ☐ سقوط عن الأجهزة ☐ سقوط من الطاولة أو النقلة ☐ غير معروف السبب	☐ الجرعة غير دقيقة ☐ عدم إعطاء الجرعة ☐ خطأ في طريقة إعطاء الدواء ☐ تكرار العلاج ☐ خطأ صرف الدواء من الصيدلية ☐ الدواء غير موجود ☐ أخطاء علاجية أخرى ☐ أخطاء التوثيق أو وضع الملصقات على الأدوية.	☐ تفاعلات عكسية. ☐ الخطأ بتحديد اسم المريض أو رقم الملف. ☐ إعطاء الدواء دون أمر الطبيب ☐ خطأ في كتابة الوصفة ☐ الدواء غير صحيح ☐ خطأ في نسخ وصفة العلاج ☐ أخطاء الشطب أو الكشط على الوصفات. ☐ حوادث أخرى
☐ عنونة خاطئة ☐ خطأ فني ☐ عينة غير مناسبة ☐ خطأ نسخي ☐ تأخير في توصيل العينات ☐ طلب فحص غير مكتمل ☐ مشكلة سحب الدم ☐ عدم تطابق العينات مع الطلب ☐ انسكاب العينة	☐ خطأ مخبري ☐ مضاعفات سحب الدم ☐ تأخير في التعامل مع العينة ☐ ضياع عينة ☐ عدم وجود طلب ☐ مشكلة في تبليغ النتائج ☐ خلط بين العينات ☐ لا يوجد توقيع أو نقص معلومات ☐ حوادث أخرى	☐ حوادث متعلقة بالتخدير ☐ حوادث غير متوقعة للمريض ☐ تأخير أو إلغاء الاجراء ☐ التحضير غير الملائم ☐ حوادث متعلقة بالتعقيم ☐ عدم موافقة المريض ☐ حوادث أخرى ☐ المريض الخطأ ☐ المكان الخطأ ☐ الاجراء الخاطئ	☐ ضياع صور الأشعة ☐ ضياع تقرير الأشعة ☐ خطأ في التصوير ☐ انزال مريض بدل مريض ☐ تأخير اجراء فحص ☐ خطأ في التحضيرات ☐ حفظ الصور في مكان خاطئ ☐ حوادث أخرى
☐ السرقة ☐ النصب والاحتيال ☐ الاعتداء ☐ حوادث أخرى	☐ أوامر خاطئة ☐ أخطاء بتبليغ النتائج ☐ أخطاء بحفظ الملفات ☐ أخطاء توثيق ☐ حوادث أخرى	☐ غسيل ☐ تدبير منزلي ☐ حوادث متعلقة بوسائل الاتصال ☐ (هواتف، أجهزة النداء الآلي). ☐ حوادث أخرى	☐ الاسقف والجدران ☐ الاجهزة الطبية ☐ انقطاع المياه ☐ المصاعد الكهربائية ☐ اجهزة التنبيه ☐ تسرب المياه ☐ الابواب، الشبابيك والاثاث ☐ انقطاع الكهرباء
	☐ حوادث أخرى لم تذكر أعلاه	☐ إعطاء الدم ☐ زمرة خطأ ☐ خطأ نسخ المعلومات ☐ خطأ عنونة أو ترميز ☐ عدم تغيير أنابيب وصل الدم ☐ توقيت خاطئ ☐ حوادث أخرى	☐ تفاعلات نقل الدم ☐ عدم توثيق ☐ استعمال مواد مضافة غير مناسبة ☐ تسرب الدم خارج الوريد ☐ رفض نقل الدم ☐ تلف أو خروج الانابيب

MASTER COPY

اسم الشخص المبلغ (اختياري):

- (في حالة الإصابة) : الإجراءات الطبية الفورية المتخذة وحالة الشخص المصاب بعد إجراءات التصحيح

اسم الطبيب المعالج: التوقيع التاريخ والوقت:

تصنيف الحادث حسب شدته على المتضرر

حدث ناتج عن انحراف في تنفيذ العمليات، لم يصل المريض أو الموظف أو الزائر ولم يتسبب بأذى ومن الممكن أن يتسبب بأذى في المستقبل، ويحتاج إلى عمل تحليل لمعرفة الأسباب للمشكلة، يتم اتخاذ الإجراءات الوقائية و التصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم أو الدائرة. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال مدير الدائرة وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه، كما يتم تحديد الدروس المستفادة من الحادث وتعميمها على الكوادر.	☐	المستوى 0 Near miss
حادث وصل المريض أو الموظف أو الزائر ولكن لم يتسبب بأذى ومن الممكن أن يتسبب بأذى في المستقبل، ويحتاج إلى عمل تحليل لمعرفة الأسباب للمشكلة، يتم اتخاذ الإجراءات الوقائية و التصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم أو الدائرة. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال مدير الدائرة وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه، كما يتم تحديد الدروس المستفادة من الحادث وتعميمها على الكوادر.	☐	المستوى 1 Index1
حادث تسبب بأذى مؤقت بسيط ويحتاج إلى مراقبة ومتابعة ويحتاج إلى إدخال المريض المستشفى أو نقله إلى لقسم آخر مثل العناية الحثيثة، يتم اتخاذ الإجراءات الوقائية و التصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم أو الدائرة. ويحتاج إلى عمل تحليل لمعرفة الأسباب للمشكلة، وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال مدير الدائرة وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه، كما يتم تحديد الدروس المستفادة من الحادث وتعميمها على الكوادر.	☐	المستوى 2 Index2
حادث تسبب بأذى متوسط ويحتاج إلى تدخل علاجي له، يتم التحقيق به من خلال مدير الدائرة وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه، كما يتم تحديد الدروس المستفادة من الحادث وتعميمها على الكوادر.	☐	المستوى 3 Index3
حادث تسبب بأذى كبير أو إعاقة أو الموت للمريض ويحتاج إلى تدخلات علاجية لبقاء المريض على قيد الحياة، يحتاج إلى إبلاغ الإدارة العليا مباشرة و تحقيق معقق بالحادث لمعرفة الأسباب الجذرية وخطة تصحيحية ووقائية، كما يتم تحديد الدروس المستفادة من الحادث وتعميمها على الكوادر والشركاء بالعمل.	☐	المستوى 4 (الحادث الجلل) Index 4

- إجراءات رئيس القسم/مدير الدائرة :

..... الاسم: التوقيع: التاريخ والوقت:

- إجراءات وحدة الجودة :

..... الاسم: التوقيع التاريخ والوقت: