وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

| اسم السياسة: إعداد تقارير الأشعة | رمز السياسة: MOH POL D RAD 09 |
|---|---|
| عدد الصفحات : 8 | الطبعة: الأولى |

| الوحدة التنظيمية: مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة | | |
|---|---|---|
| الجهة المعنية بتنفيذ السياسة: أقسام الأشعة في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة | | |
| الاعداد: مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة<br>فنية أشعة رنا المحتسب | التوقيع: | تاريخ الاعداد: ١ / ٩ / ٢٠٢٥ |
| التدقيق والمراجعة:<br>رئيس اختصاص الأشعة التشخيصية | التوقيع: | تاريخ التدقيق: ١٥ / ١٠ / ٢٠٢٥ |
| التدقيق من ناحية ضبط الجودة: مدير مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة | التوقيع: | تاريخ تدقيق ضبط الجودة: ٨ / ١٠ / ٢٠٢٥ |
| الاعتماد: عطوفة الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية | التوقيع: | تاريخ الاعتماد: ٢٠ / ١٠ / ٢٠٢٥ |

وزارة الصحة
مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة
السياسات والإجراءات
Policies & Procedures
٢٠ تشرين أول ٢٠٢٥
معتمد
Approved

ختم الاعتماد

| تتم مراجعة السياسة كل سنتين على الأقل من تاريخ اعتماد آخر طبعة : | | |
|---|---|---|
| رقم الطبعة | تاريخ الاعتماد | مبررات مراجعة السياسة |
| | | |
| | | |

ختم النسخة الاصلية



MASTER COPY

| اسم السياسة: إعداد تقارير الأشعة | رمز السياسة: MOH POL D RAD 09 |
|---|---|
| عدد الصفحات : 8 | الطبعة: الأولى |

**موضوع السياسة:**

توحيد منهجية إعداد تقارير الأشعة في طريقة موحدة ودقيقة وخلال فترة زمنية مناسبة بما يرفع جودة الخدمات الصحية المقدمة ويحافظ على سلامة متلقي الخدمة.

**الفئات المستهدفة:**

1- أطباء الأشعة
2- فنّيو الأشعة.
3- الأطباء المحوّلون.
4- ضابط ارتباط الجودة.
5- مسؤولو تكنولوجيا المعلومات ونظام الحوسبة الصحية (حكيم).

**الهدف من السياسة / المنهجية:**

1- ضمان إعداد تقارير دقيقة، واضحة، وشاملة تعكس نتائج الفحوصات / الصور الشعاعية بدقة.
2- تسهيل اتخاذ القرار السريري بناءً على نتائج الفحوصات الشعاعية.
3- تعزيز التواصل بين أقسام الأشعة والجهات المحوّلة.

**التعريفات:**

1- **تقرير الأشعة:** وثيقة رسمية يكتبها طبيب الأشعة تحتوي على نتائج تحليل الفحوصات/ الصور الشعاعية وتقييمها السريري.

2-**Picture Archiving and Communication System (PACS):** هو نظام أرشفة وتواصل للصور، يُستخدم لتخزين ومراجعة الصور الطبية.

3-**Radiology Information System (RIS):** نظام معلومات الأشعة المستخدم في جدولة وتوثيق الإجراءات.

4- **القوالب الموحدة للتقارير (Structured Templates):** تقرير الأشعة المتكون من العناصر الآتية على الأقل:

4-1 معلومات التعريف بالمريض (الاسم من أربع مقاطع والرقم الوطني /التسلسلي)



MASTER COPY

| اسم السياسة: إعداد تقارير الأشعة | رمز السياسة: MOH POL D RAD 09 |
|---|---|
| عدد الصفحات : 8 | الطبعة: الأولى |

4-2 تاريخ ووقت طلب الفحص واسم الطبيب المحول.

4-3 التاريخ السريري من الطبيب المعالج (Clinical History) وسبب الفحص (Reason of Study) .

4-4 نمط و تقنية الفحص (مثل نوع الفحص و عدد الأوضاع وأنواعها، التصوير بالمادة الملونة، أي تقنيات خاصة.....).

4-5 النتائج وتشمل: التفسير، التوصيات، ملخص نهائي ويمنع وضع ( As Above or As Previous ).

4-6 تاريخ ووقت النتائج.

4-7 اسم طبيب الأشعة الذي أعد التقرير مع توقيعه الرقمي.

4-8 اختصاصي الأشعة المدقق للتقرير بشكله النهائي (Verified by)

**المسؤوليات:**

1- طبيب الأشعة:

1-1 كتابة التقرير خلال الزمن المحدد بدقة والالتزام بعناصر كتابة وتوثيق التقرير.

1-2 توضيح النتائج والتوصيات.

1-3 التواصل الفوري مع الفريق السريري في الحالات الحرجة.

2- فنيي الأشعة:

2-1 التقاط الصور بجودة عالية وفقًا للبروتوكولات المعتمدة.

2-2 توثيق البيانات بدقة في نظام المعلومات.

3- الطبيب المعالج:

3-1 تقديم معلومات سريرية دقيقة مع طلب التصوير كما هو مبين في سياسة طلب إجراء فحوصات الأشعة.

3-2 مراجعة التقارير ومتابعة التوصيات والنتائج.

4- ضابط ارتباط الجودة:

4-1 تدقيق جودة التقارير وفقًا لمعايير الاعتماد.

4-2 متابعة مؤشرات الأداء المتعلقة بالتقارير.

5- موظفو تكنولوجيا المعلومات ونظام الحوسبة الصحية:

5-1 ضمان جاهزية الأنظمة التقنية.(RIS/PACS)



MASTER COPY

| اسم السياسة: إعداد تقارير الأشعة | رمز السياسة: MOH POL D RAD 09 |
|---|---|
| عدد الصفحات : 8 | الطبعة: الأولى |

5-2 الحفاظ على سرية وأمان بيانات التقارير.

5-3 توفير آلية لحفظ واسترجاع الصور والتقارير عند الحاجة.

**الأدوات:**

1- نظام معلومات الأشعة (RIS).

2- نظام أرشفة الصور (PACS).

3- السجلات الطبية الإلكترونية (EMR).

4- بروتوكولات التصوير الشعاعي.

5- القوالب الموحدة للتقارير (Structured Templates)

**الإجراءات:**

1- يُسلّم متلقي الخدمة طلب الأشعة لاستقبال قسم الأشعة

2- يقوم موظف استقبال الأشعة بتفعيل الطلب على النظام المحوسب والتأكد من استيفاء الطلب للشروط القانونية.

3- يقوم فني الأشعة باستلام الطلب من مكتب استقبال قسم الأشعة وإعادة التأكد من استيفاء الطلب للشروط القانونية.

4- يدقق أخصائي الأشعة المعني الطلبات حيث يضع البرتوكولات المناسبة للفحص ان تطلب الأمر.

5- بعد الانتهاء من التصوير يقوم فني الأشعة بإرسال الصور إلى نظام PACS

6- يتم معاينة الصور من قبل طبيب الأشعة حسب نوع الفحص وإعداد التقرير حسب النموذج المعتمد والمدة الزمنية الخاصة بوضع متلقي الخدمة ونوع التقرير.

7- في حال وجود أي خطأ أو نواقص في التقرير يقوم طبيب الأشعة بواحد مما يلي:

7.1 التواصل مع مندوب شركة الحوسبة الصحية لفتح تذكرة بهذا الخصوص، ثم فتح خاصية تعديل (Amended) التقرير، ثم كتابة تقرير حوادث بالحادثة من قِبل قسم الأشعة.

7.2 استخدام خاصية (Add addendum) حيث يتم الاحتفاظ من خلالها بالتقرير القديم.

******* لغايات فهم وتطبيق هذه السياسة فإن جميع المصطلحات والألفاظ الواردة بصيغة الجمع تحمل نفس المعنى لصيغة الفرد وجميع الألفاظ الواردة بصيغة المذكر تحمل نفس المعنى لصيغة المؤنث *******



MASTER COPY

| اسم السياسة: إعداد تقارير الأشعة | رمز السياسة: MOH POL D RAD 09 |
|---|---|
| عدد الصفحات : 8 | الطبعة: الأولى |

**النماذج / المرفقات:**

1- نموذج مراجعة جودة التقرير Quality of Report Checklist

2- نموذج الزمن المستغرق لإعداد التقارير بحسب نوع الفحص الشعاعي وحسب الأولوية.

Summarized table of **reporting time frames by modality**, reflecting global best practices.

3- قائمة التحقق من الامتثال لتقارير الأشعة

Radiology Report Compliance Checklist

4- نموذج تقرير الأشعة (Structured Report Template). الكتروني او ورقي.

5- نموذج الالتزام بتعبئة عناصر التقرير (لقياس التزام الطبيب المحول وطبيب الأشعة بتعبئة العناصر كل حسب مسؤوليته)

**مؤشرات الأداء:**

1- نسبة التقارير المكتملة لكل Modality حسب المدة الزمنية المتفق عليها (TAT)

2- نسبة الأخطاء أو التناقضات في تقارير الأشعة.

3- عدد البلاغات الفورية في الحالات الطارئة.

4- نتائج تدقيق الجودة الشهري للتقارير .(Clinical Audit)

**المراجع:**

1- https://gravitas.acr.org/ppts?_gl=1*1lkzpoh*_gcl_au*OTE1NjQwOTc3LjE3NDU0MzQ5MTY.*_ga*MjEyNDMyODQwLjE3NDU0MzQ5MTY.*_ga_K9XZBF7MXP*MTc0NTkxMzMzNC4yLjEuMTc0NTkxMzY3OS4wLjAuMA

2- **ACR National Radiology Data Registry (NRDR)**

3- **https://gravitas.acr.org/PPTS/DownloadPreviewDocument?ReleaseId=2&DocId=74**



MASTER COPY

| اسم السياسة: إعداد تقارير الأشعة | رمز السياسة: MOH POL D RAD 09 |
|---|---|
| عدد الصفحات : 8 | الطبعة: الأولى |

## نموذج مراجعة جودة التقرير

## Clinical Audit of Report Checklist

| ☑ Item | Description | ✓ | Comments |
|---|---|---|---|
| 1 | Does the report include **complete patient details** (name, ID/medical number, gender, age)? | ☐ | |
| 2 | Is the **date and time of the examination** correctly stated? | ☐ | |
| 3 | Is the **referral reason / clinical information** clearly stated? | ☐ | |
| 4 | Is the **examination type / technique used** specified? | ☐ | |
| 5 | Does the report include a **comparison with previous studies** (if applicable)? | ☐ | |
| 6 | Are the **radiological findings** described clearly and systematically? | ☐ | |
| 7 | Is the **impression / final conclusion** clearly stated? | ☐ | |
| 8 | Are **clear recommendations** given (follow-up, additional imaging, etc.)? | ☐ | |
| 9 | Are **accurate and understandable medical terms** used throughout? | ☐ | |
| 10 | Are **unapproved abbreviations** avoided? | ☐ | |
| 11 | Is the **report signed by the interpreting radiologist**? | ☐ | |
| 12 | Was the report completed within the **recommended time frame** based on the type of examination? | ☐ | |
| 13 | Were **critical or urgent results communicated to the referring physician** (if applicable)? | ☐ | |
| 14 | Does the report follow the **standard structured report template**? | ☐ | |
| 15 | Are there any **spelling, grammatical, or factual errors**? | ☐ | |



MASTER COPY

| اسم السياسة: إعداد تقارير الأشعة | رمز السياسة: MOH POL D RAD 09 |
|---|---|
| عدد الصفحات : 8 | الطبعة: الأولى |

## نموذج الزمن المستغرق لإعداد التقارير بحسب نوع الفحص الشعاعي وحسب الأولوية.

**Summarized table of reporting time frames by modality, reflecting global best practices.**

| Modality | Type of Study | Recommended Reporting Time | Priority |
|---|---|---|---|
| **X-ray** | Routine | Within **1–2 working days** | Standard |
| **X-ray** | Emergency | Within **1 hour** | Urgent |
| **CT (Brain, Chest, Abdomen)** | Routine | Within **1–2 working days** | Standard |
| **CT (Brain, Chest, Abdomen)** | Trauma / Stroke / Head | Within **30–60 minutes** | Emergency |
| **MRI (Brain, Spine, Joints)** | Routine | Within **3–5 working days** | Standard |
| **MRI (Brain, Spine, Joints)** | Suspected stroke | Within **60 minutes** | Emergency |
| **Ultrasound (General ,Doppler, Abdomen)** | Routine | Within **1 working day** | Standard |
| **Ultrasound (General ,Doppler, Abdomen)** | Emergency | Within **1 hour** | Emergency |
| **Mammography** | Screening | Within **7–10 days** | Standard |
| **Mammography** | Diagnostic | Within **2 working days** | Semi-urgent |
| **Nuclear Medicine (Bone scan, PET-CT)** | Routine | Within **3–5 working days** | Standard |
| **Interventional Radiology** | Post-procedure reports | Within **24 hours** | Standard to urgent |



MASTER COPY

| اسم السياسة: إعداد تقارير الأشعة | رمز السياسة: MOH POL D RAD 09 |
|---|---|
| عدد الصفحات : 8 | الطبعة: الأولى |

# Radiology Report Compliance Checklist

| | item | Description | weight |
|---|---|---|---|
| Physician Compliance | **1. Patient Data** | Verify patient's full name, age, gender, and unique identifier. | /10 |
| | **2. Reason for Study** | Confirm the clinical indication or reason for the imaging study. Ensure it aligns with the referring physician's request. | /20 |
| | **3. Clinical History** | Include relevant medical, surgical, and family history that may impact interpretation. | /10 |
| | **Total** | | **/40** |
| Radiologist/Resident Compliance | **4. Report Content** | Ensure the report includes:<br>Detailed description of **findings**<br>Recommendations for further action . | /10 |
| | **5. Comparison** | If applicable, compare current findings with previous imaging studies. Note any significant changes or stability. | /5 |
| | **6. Impression/ diagnosis** | Provide a concise summary of key findings and diagnostic conclusions. ( as above ,as previous not acceptable ) | /10 |
| | **7. Primary Diagnostic Code** | If the Report **Verified.** | /10 |
| | **8. Primary Interpreting staff (if Applicable)** | The name of Resident or Radiologist | /5 |
| | **9. Report Status Verified Not Preliminary.** | **- Verified** by (Name of Radiologist)<br>- Confirm the report is electronically signed and dated by the interpreting radiologist. | /20 |
| | **Total** | | **/60** |



MASTER COPY