



وزارة الصحة

سیاسات و اجراءات

عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة						رمز البروتوكول:
MOH	SOP	HOS	PC	07		
عدد الصفحات: 24 صفحة						الطبعة: الثانية

الإعداد: قسم سلامة المرضى/ مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة	التوقيع: <i>Abdallah</i>	
التدقيق والمراجعة: مدير مديرية المهن الطبية المساندة مدير مديرية التمريض رئيس اختصاص التخدير والعناية المركزة رئيس قسم الاعتماد وإدارة الجودة رئيس قسم تطوير وإدارة السياسات رئيس شعبة المراجعة السريرية مندوب مديرية الصيدلة والصيدلة السريرية مندوب مديرية الصيدلة والصيدلة السريرية	التوقيع: <i>كريمة</i> التوقيع: <i>عبد</i> التوقيع: <i>Abd</i> التوقيع: <i>ف</i> التوقيع: <i>ح</i> التوقيع: <i>ه</i> التوقيع: <i>م</i> التوقيع: <i>س</i>	تاريخ التدقيق: 2025/9/3 حنان حمد سرطاني دانا الهزاع
التدقيق من ناحية ضبط الجودة: مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة	التوقيع: <i>حنان</i>	تاريخ تدقيق ضبط الجودة: 2025/9/22
الاعتماد: الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية	التوقيع: <i>عبد</i>	تاريخ الاعتماد: 2025/9/22

ختم الاعتماد

تتم مراجعة البروتوكول كل ثلاث سنوات على الأقل من تاريخ اعتماد آخر طبعة:		
رقم الطبعة	تاريخ الاعتماد	مبررات مراجعة السياسة

ختم النسخة الأصلية

MASTER COPY

وزارة الصحة
مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة
السياسات والإجراءات
Policies & Procedures
٢٢ أيار ٢٠٢٥
مُعتمد
Approved



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

موضوع البروتوكول:

ضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية وأمنة لجميع المرضى الموصولين بجهاز التنفس الاصطناعي (التهوية الميكانيكية).

الفئات المستهدفة:

كافة مقدمي الرعاية الصحية في وحدات العناية الحثيثة.

الهدف من البروتوكول:

1. تحديد الأدوار والمسؤوليات لكافة مقدمي خدمات الرعاية الصحية العاملين في وحدات العناية الحثيثة.
2. تعزيز التشاركية والمسؤولية في تقييم مرضى العناية الحثيثة.
3. تطوير الخطط العلاجية والخطط الوقائية من الأضرار المصاحبة لتقديم الخدمات الصحية في وحدات العناية الحثيثة.

التعريفات:

1. وحدات العناية الحثيثة: الأماكن التي يتم فيها تقديم خدمات صحية متقدمة للمرضى الذين يحتاجون إلى المراقبة الشديدة بسبب تعرضهم لمرض أو إصابة خطيرة أو احتمالية أن تسوء حالتهم الصحية بشكل سريع.
2. جهاز التنفس الاصطناعي: جهاز ميكانيكي متصل بالمريض يدعم الجهاز التنفسي والأوكسجين.
3. مقدم الرعاية الصحية في وحدات العناية الحثيثة: الكوادر الطبية والصحية المقدمة لخدمات الرعاية الصحية لمرضى العناية الحثيثة.
4. التقرحات السريرية: فقدان سلامة الجلد (البشرة) والأنسجة تحت الجلد بسبب عدم قدرة المريض على الحركة لفترة طويلة مما يتسبب في إعاقة أو تأخير تدفق الدم إلى ذلك الجزء مما يؤدي إلى نخر أو تآكل الأنسجة ومضاعفات ثانوية وغالبًا ما تظهر في المناطق التي تحتوي على بروزات عظمية (مناطق الإرتكاز).
5. تقييم الجلد: فحص الجلد من جميع الجهات بدءًا بالرأس وانتهاءً بالقدمين.

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:

عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة

MOH SOP HOS PC 07

الطبعة: الثانية

عدد الصفحات: 24 صفحة

6. نموذج تقييم مدى عرضة المريض للإصابة بالتقرحات (برادن) (Braden Risk Assessment Scale):

مقياس يتم من خلاله معرفة مدى عرضة المريض لمخاطر الإصابة بالتقرحات السريرية من خلال الحصول على علامات محددة.

7. نموذج تقييم مدى عرضة حديثي الولادة للإصابة بالتقرحات (Glamorgan Pressure Injury Risk Assessment): أداة تقييم مخاطر إصابة الأطفال حديثي الولادة بالتقرحات، ويتكون من ثلاث فئات بناءً على التقييم.

8. القياسات البشرية (Anthropometrics): العلم الذي يحدد المقاييس الجسدية لكمية العضلات ونسبة الدهون في الجسم.

9. البيانات الكيميائية الحيوية: قيم المختبر ذات الأهمية الخاصة المستخدمة في تقييم الحالة التغذوية وتشمل نتائج بروتينات المصل والخلايا الليمفاوية.

10. البيانات السريرية: الحقائق التي تخص صحة المريض مثل التاريخ الطبي والأمراض السابقة والحالية والإجراءات التشخيصية والعلاجات والأدوية الحالية.

11. البيانات الغذائية: الحقائق والأرقام التي تُقيم الحالة التغذوية للمريض وحاجته اليومية من العناصر الغذائية الهامة حسب وزنه وطوله ونشاطه البدني.

12. الألم (Pain): هو شعور غير مرغوب فيه ناتج عن انتقال السوائل العصبية الحسية من وإلى الدماغ وهو تفسير شخصي لعدم الراحة حيث تختلف شدته من مريض إلى آخر، وقد تكون الإستجابة له واعية أو غير واعية بما في ذلك الاستجابة العاطفية.

13. نموذج مقياس (PIPP) (Premature Infant Pain Profile): نموذج يستخدم لقياس شدة ألم المرضى حديثي الولادة المولودين قبل موعدهم (أقل من 37 أسبوع) اعتماداً على علاماتهم الحيوية وسلوكياتهم، ويحدد شدة الألم بإعطاء علامة (0 / 1 / 2 / 3). وتحدد درجة الألم من (0-21) (تشير درجة مجموع المقياس 0-6: لا يوجد ألم، وتشير درجة 7-12: ألم متوسط، ودرجة 13-21: ألم شديد).

14. نموذج مقياس (CRIES Pain Scale): نموذج يستخدم لقياس درجة ألم المرضى حديثي الولادة (منذ الولادة إلى عمر شهر) اعتماداً على علاماتهم الحيوية وسلوكياتهم، ويحدد شدة الألم بإعطاء علامة (0 / 1 / 2) (تشير درجة مجموع



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

المقياس إلى أن درجة 0: لا يوجد ألم، ودرجة 5: ألم متوسط، ودرجة 10: ألم شديد جداً وغير محتمل). وهو اختصار ل:

C: Crying; R: Requiring increased oxygen administration; I: Increasing (abnormal) vital signs; E: Expression (facial); S: Sleeplessness

15. نموذج مقياس (NIPS) (Neonatal Infant Pain Scale): نموذج يستخدم لقياس درجة ألم المرضى الأطفال من عمر (شهر إلى عمر سنة) اعتماداً على علاماتهم الحيوية وسلوكياتهم، ويحدد شدة الألم بإعطاء علامة (0 / 1 / 2). (تشير درجة مجموع المقياس إلى أن درجة 0: لا يوجد ألم، ودرجة 3-4: ألم متوسط، ودرجة 5-7: ألم شديد وغير محتمل).

16. نموذج مقياس (FLACC): نموذج يستخدم لقياس درجة ألم المرضى الأطفال من عمر (سنة إلى عمر ثلاث سنوات)، والمرضى الذين هم في غيبوبة أو لا يستطيعون التعبير عن شدة ألمهم بأحد الطرق الأخرى، حيث (FLACC). وهي اختصار إلى: (F): Face، (L): Leg، (A): Activity، (C): Cry، (C): Concealability or Comfort. (تشير درجة مجموع المقياس إلى أن درجة 0: لا يوجد ألم، ودرجة 5: ألم متوسط، ودرجة 10: ألم شديد جداً وغير محتمل).

17. نموذج مقياس (FACE) (Wong-Baker Pain Rating Scale): نموذج يستخدم لقياس ألم المرضى الأطفال الأكثر من ثلاث سنوات إلى عمر تسع سنوات ويحدد شدة الألم بتعبير الوجه. (يشير الوجه المبتسم إلى درجة 0: لا يوجد ألم، ويشير الوجه العابس إلى درجة ألم 5 أي أن الألم متوسط، ويشير الوجه الباكي إلى درجة ألم 10 أي أن الألم شديد جداً وغير محتمل).

18. نموذج مقياس (NRS) (Numeric Rating Scale): هو نموذج يستخدم لقياس درجة ألم المرضى الأطفال الأكثر من تسع سنوات والمرضى البالغين، ويحدد شدة الألم باستخدام الأرقام من (0-10). (تشير درجة 0: لا يوجد ألم، وتشير درجة 5: ألم متوسط، وتشير الدرجة 10: ألم شديد جداً وغير محتمل).

19. التقييد: استعمال إجباري أو بالإكراه لأدوات فيزيائية أو دوائية للحد أو منع حركة جزء من جسم المريض أو جسم المريض كله.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

النماذج (مرفقة على نظام الحوسبة الصحية "حكيم")

1. الملف الطبي الإلكتروني / الورقي.
2. نموذج توثيق تقرحات الفراش.
3. نموذج تقييم الألم للمرضى.
4. نموذج مقياس (Numeric Rating Scale)
5. نموذج مقياس (Wong-Baker Pain Rating Scale)
6. نموذج مقياس (FLACC)
7. نموذج مقياس (Neonatal Infant Pain Scale)
8. نموذج مقياس (CRIES Pain Scale)
9. نموذج مقياس (Premature Infant Pain Profile)

المسؤوليات والمهام:

أولاً: أخصائي العناية الحثيثة:

1. إدارة الفريق متعدد التخصصات اثناء الجولات اليومية على مرضى العناية الحثيثة وضمان التزام أعضاء الفريق بتنفيذها.
2. فحص المريض وتحديد الحالة المرضية واعداد الخطط والاجراءات العلاجية بمشاركة الفريق متعدد التخصصات في وحدة العناية الحثيثة.
3. التنسيق مع أطباء الاختصاصات الاخرى بما يلزم وحاجة المريض.
4. تقديم التوصيات بتحديد حاجة القسم من الكوادر الطبية والأجهزة والمعدات الطبية بالإضافة الى الحاجة من الدورات التدريبية.
5. التوثيق في ملف المريض الإلكتروني/الورقي في نهاية كل جولة يقوم بها الفريق متعدد التخصصات في الجزء المخصص له في الملف الطبي ويشمل على سبيل المثال لا الحصر: التاريخ المرضي والتشخيص، الفحوصات المخبرية والشعاعية، الخطة العلاجية، المشورة الطبية المقدمة للمريض والأهل.

MASTER COPY

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

ثانياً: ممرض العناية الحثيثة:

1. المشاركة بال جولات اليومية ضمن الفريق متعدد التخصصات في وحدة العناية الحثيثة.
2. وضع خطة الرعاية التمريضية والمشاركة بشكل مباشر في تنفيذ جميع الخطط العلاجية الموصوفة من قبل أعضاء الفريق متعدد التخصصات في وحدة العناية الحثيثة.
3. اخذ العلامات الحيوية للمريض وأخذ العينات الخاصة بالفحوصات المخبرية بما يتناسب وسياسة المستشفى ومتابعة الحصول على النتائج وتوثيقها في ملف المريض الطبي.
4. اعطاء الأدوية، ومراقبة مضاعفات العلاج بالمشاركة مع الصيدلاني السريري.
5. مراقبة التغيرات في صحة المريض والإبلاغ عنها.
6. مساعدة المريض في كيفية التعامل مع التوتر النفسي أو المشاكل الاجتماعية اثناء وجوده في قسم العناية الحثيثة.
7. التأكد من توفر المعدات والأدوات اللازمة وصلاحياتها والتي قد تلزم خلال جولة الفريق متعدد التخصصات.
8. التوثيق في ملف المريض الإلكتروني/الورقي في نهاية كل جولة يقوم بها الفريق متعدد التخصصات في الجزء المخصص له في الملف الطبي ويشمل على سبيل المثال لا الحصر: العلامات الحيوية، خطة الرعاية التمريضية، الفحوصات المخبرية والشعاعية المطلوبة، التحديث على تطورات حالة المريض، المشورة الطبية المقدمة للمريض والأهل.

ثالثاً: فني المعالجة التنفسية:

1. المشاركة بال جولات اليومية ضمن الفريق متعدد التخصصات وتقييم حالة المريض التنفسية من خلال مراجعة الملفات الطبية ونتائج الفحوصات المخبرية والأشعة السينية ونتائج فحص غازات الدم.
2. تقديم الرعاية التنفسية وتتضمن العلاج بالأكسجين وأجهزة التنفس الداخلية والخارجية وتقييمها بشكل مستمر.
3. تقديم المشورة لمرضى قسم العناية الحثيثة وعائلاتهم الذين يعانون من المشاكل التنفسية.
4. التأكد من توفر كافة المواد اللازمة لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات التنفس.
5. التوثيق في ملف المريض الإلكتروني/الورقي في نهاية كل جولة يقوم بها الفريق متعدد التخصصات في الجزء المخصص له في الملف الطبي ويشمل على سبيل المثال لا الحصر: التغيرات في العلامات الحيوية ونتائج الفحوصات

MASTER COPY

مستشفى
مستشفى
مستشفى
مستشفى
مستشفى



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:

عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة

MOH SOP HOS PC 07

الطبعة: الثانية

عدد الصفحات: 24 صفحة

المتعلقة بالحالة التنفسية للمريض، خطة الرعاية التنفسية، تطور حالة المريض التنفسية للمريض الواعي او الموصول بأي جهاز مساعدة تنفسية، المشورة الطبية المقدمة للمريض والأهل.

رابعاً: اختصاصي التغذية:

1. المشاركة بال جولات اليومية ضمن الفريق متعدد التخصصات وتقييم احتياجات المرضى الغذائية في وحدة العناية الحثيثة.
2. اعداد خطة تغذية لمريض العناية الحثيثة بناء على التشخيص المرضي والتاريخ المرضي والتأكد من ملاءمتها مع الخطط العلاجية الموصوفة من قبل الفريق متعدد التخصصات.
3. توعية المرضى وأسرهم بالحاجات الغذائية واحتياجات مرضاهم داخل قسم العناية الحثيثة وعند مغادرة القسم.
4. توثيق الخطط التغذوية الخاصة بمرضى العناية الحثيثة والتحديث عليها ويشمل على سبيل المثال لا الحصر المشورة الطبية المقدمة للمريض والأهل.

خامساً: الصيدلاني السريري:

1. المشاركة بال جولات اليومية ضمن الفريق متعدد التخصصات وتقديم الرأي الطبي فيما يتعلق باستخدام الأدوية المناسبة لوضع المريض وآثارها الجانبية والتفاعلات الدوائية والتأكد من وصف الجرعات الصحيحة بما يضمن الاستخدام الأمثل للدواء.
2. الاشراف المباشر ومراقبة طرق إعطاء العلاجات والحقن والمحاليل الطبية الموصوفة من قبل الفريق متعدد التخصصات.
3. مراقبة التأثير الدوائي من حيث الفعالية والآثار الجانبية ومراقبة التداخلات الدوائية والغذائية وإيجاد الحلول للمشاكل المتعلقة باستخدام الادوية وخصوصاً الأدوية المخدرة.
4. تثقيف المرضى وأسرهم بالخطة الدوائية وطرق تناول العلاجات خارج قسم العناية الحثيثة.
5. التوثيق في ملف المريض الإلكتروني/الورقي في نهاية كل جولة يقوم بها الفريق متعدد التخصصات في الجزء المخصص له في الملف الطبي ويشمل على سبيل المثال لا الحصر: العلاجات والمحاليل الموصوفة للمريض بما فيها



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	عدد الصفحات: 24 صفحة
الطبعة: الثانية					

- 1- الحماية الغذائية.
- 2- مقياس مستوى الوعي (Glasgow coma scale)
- 3- مقياس المخطط الكامل لعدم الاستجابة FOUR SCORE (Full Outline of UnResponsiveness)
- 4- مستوى الألم.
- 5- تسجيل نسبة الإدرار والإخراج (الكمية واللون والإتساق).
- 6- تسجيل نسبة السوائل التي أخذها المريض عن طريق الفم (الكمية واللون والإتساق).
- 7- تسجيل نسبة السوائل التي أخذها المريض عن طريق الوريد.
- 8- العناية الكاملة بنظافة المريض من حمام وكذلك نظافة الفم لمنع التقرحات الفموية.
3. يقوم الممرض القانوني المسؤول بمراقبة وتوثيق ما يلي كل 6 ساعات:
 - 1- قياس مستوى السكر بالدم وحسب الخطة العلاجية.
 - 2- إعطاء الدواء للمريض حسب أوامر الطبيب.
 4. يقوم الممرض القانوني المسؤول بمراقبة وتوثيق ما يلي كل 8 ساعات:
 - 1- متابعة ومراقبة تخطيط القلب على جهاز المراقبة (ECG).
 - 2- تقييم رد فعل البؤبؤ للضوء والحجم وتوثيق النتائج على الملف الطبي للمريض.
 - 3- تغيير مكان الربطة الخاصة بتثبيت أنبوب التنفس الاصطناعي أو الفتحة الرغامية بداية كل وردية وفي أي وقت مطلوب.
 5. يقوم الممرض القانوني المسؤول بمراقبة وتوثيق ما يلي يوميًا:
 - 1- حمام المريض.
 - 2- تغيير البياضات أو عند الحاجة لذلك.
 - 3- سحب الفحوصات الدورية وعند الحاجة حسب أوامر الطبيب.
- ثانياً: يقوم تمريض العناية الحثيثة بإبلاغ الطبيب عن الحالات الآتية على سبيل المثال لا الحصر:
 1. الفحوصات المخبرية غير الطبيعية.

MASTER COPY

مستند

مستند

مستند

مستند

مستند

مستند



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

2. ظهور تقرحات ناجمة عن الضغط أو كانت موجودة عند المريض وقت الدخول.
3. نزع الأنبوب الرغامي أو أنبوب فغر القصبة الهوائية المقصود وغير المقصود.
4. الضائقة التنفسية أو معدل التنفس السريع.
5. أي اختلال في الدورة الدموية.
6. عدم كفاية التخدير.

ثالثاً: فني المعالجة التنفسية:

- يقوم فني المعالجة التنفسية بمراقبة وتوثيق ما يلي كل ساعة:

- 1- المراقبة بشكل مستمر للأنبوب الرغامي من حيث مكانه والتشبيك عليه إذا كان هناك انسداد ناتج عن إفرازات المريض.
- 2- تقييم إعدادات جهاز التنفس الاصطناعي (Ventilator mode) بحيث تكون مناسبة لوضع المريض ويتم تغييرها عند الحاجة من قبل طبيب العناية المركزة.

-يقوم فني المعالجة التنفسية المسؤول بمراقبة وتوثيق ما يلي كل 4 ساعات:

- 1- تحديد نوع العلاج بالأكسجين.
- 2- سحب الإفرازات من الأنبوب الرغامي بحضور الطبيب المسؤول أو فني التنفسية إن وجد.
- 3- التأكد من رفع رأسية السرير بما لا يقل عن 30 درجة أو أعلى، إلا إذا كان هناك موانع طبية مع مراعاة تجنب نزول إفرازات الفم والأنف إلى رئتي المريض (VAP) Ventilator-associated pneumonia.
- 4- ارتفاع الصدر ونزوله وتمائله.
- 5- تقييم مستوى التخدير بناء على (SEDETION ASSESSEMENT SCALE: SAS و RAAS: RICHMOND AGITATION SCALE) وحاجة المريض له حسب أوامر الطبيب وعلامات تسرب الهواء من الأنبوب الرغامي (ETT) أو فتحة القصبة الهوائية وما حولها (يُشار إليها كأصوات القصبة الهوائية الخشنة أو الغرغرة) والتحقق من ضغط الكفة في الأنبوب، يجب أن يكون ضغط الكفة في أدنى ضغط لمنع تسرب الهواء.
- 6- تزامن الأنفاس مع جهاز التنفس الاصطناعي، وكذلك الأحجام والضغط.

المحرر

المراجع

العبد
Product



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:

عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة

MOH SOP HOS PC 07

الطبعة: الثانية

عدد الصفحات: 24 صفحة

- 7- مراقبة الأنبوب الرغامي ETT (أي سنتيميتير عند خط الفم) أو أنبوب فغر القصبة الهوائية (Tracheostomy) وجهاز مجرى الهواء في كل تقييم وأثناء الرعاية الروتينية.
- 8- التأكد من صحة وضع جهاز التنفس الاصطناعي وإعداداته حسب أوامر الطبيب
- 9- فحص الأنابيب والوصلات من وجود التسرب، ومراقبة الخلل أو العوائق المحتملة في القصبات والشعب الهوائية.
- 10- التأكد من تشغيل جميع الإنذارات، وتعيينها في المستويات المناسبة وعدم تغييرها إلا بأوامر الطبيب والتأكد من عملها بشكل صحيح.
- 11- تقييم تسرب الهواء أو الفصل المحتمل.
- 12- تقييم الجلد حول مجرى الهواء.
- 13- تقييم تقرحات الفم للمرضى الموصولين بأجهزة التنفس الاصطناعي.
- يقوم فني المعالجة التنفسية بمراقبة وتوثيق ما يلي يومياً:
- 1- مساعدة فني الأشعة عند تصوير الصدر بالأشعة السينية للمرضى على جهاز التنفس الاصطناعي.
- 2- التأكد من فعالية نظام الإنذار في جهاز التنفس الاصطناعي وإبقاؤه يعمل بشكل مستمر لتنبه الكادر الطبي بوجود خلل في نظام التنفس الاصطناعي.
- 3- تغيير مرشح مضاد الجراثيم (بين الأنبوب والدائرة) (HME Filter) كل 48 ساعة مع وضع التاريخ والوقت عليه وعند الحاجة.
- 4- سحب عينات غازات الدم حسب الأمر الطبي.

رابعاً: التقرحات السريرية:

1. يتم تقييم جلد المريض من مخاطر الإصابة بالتقرحات السريرية لكافة مرضى الدخول من خلال استخدام (Glamorgan Pressure Injury Risk Assessment /or/ Braden scale)
2. يتم عمل تقييم للجلد لكل مريض في مدة أقصاها 6 ساعات من الدخول ويتم إعادة التقييم إذا تم نقل المريض من قسم إلى آخر أو عند التغيير على حالة المريض ما يثير خطر الإصابة بالتقرحات السريرية.

MASTER COPY

م

م

م

م

م

م

م



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:

عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة

MOH SOP HOS PC 07

الطبعة: الثانية

عدد الصفحات: 24 صفحة

3. يتم وضع خطة للتعامل مع التقرحات السريرية عند المريض إن وجدت وتتضمن الخطة طرق الوقاية من الإصابة بتقرحات جديدة وطرق التعامل الجلد السليم والجلد المصاب بالتقرحات وتقليل المضاعفات.
4. يكون علاج التقرحات السريرية قائم على الأولويات ويشمل تقييم المريض على التاريخ المرضي، والفحص السريري، ووصف الجرح ومراحله، ومسببات الإلتهاب، والإحتياجات التنفسية والحالة التغذوية ونوع البكتيريا إن وجد.
5. استخدام نموذج برادن أو غلامورغان (حسب عمر المريض) لتقييم جلد المريض كامل وتحديد درجة وخطورة الإصابة بالتقرحات السريرية وتوثيق ذلك على الملف الطبي المريض
6. تقديم التثقيف اللازم عن التقرحات السريرية وطرق العلاج للمرضى وعائلاتهم باستمرار.
7. تقديم التعليم اللازم لكافة المرضى وعائلاتهم وأعضاء الفريق الطبي بما يخص طرق الوقاية من الإصابة بالتقرحات السريرية.
8. نقل كافة المعلومات بين الكادر الطبي على كافة الورديات عن وجود تقرحات سريرية ونتائج التقييم وتقييم الجلد وطرق العلاج وأي تطورات على الحالة وذلك بالتوثيق في ملف المريض الطبي من قبل الطبيب وتمريض العناية الحثيثة المسؤول عن المريض.
9. تقوم وحدة الجودة وبالتنسيق مع رؤساء الأقسام بتتبع عدد التقرحات الناجمة عن الضغط أثناء المعالجة في المستشفى والإجراءات المتخذة بشأنها، واستخدام نتائج القياس للتحسين والتطوير على خطة الوقاية من التقرحات السريرية.

خامساً: تقييم الحاجات الغذائية:

1. التوثيق في الملف الطبي عن نوعية تغذية المريض.
2. تثقيف المريض عن نوعية التغذية والإرشادات المتعلقة بالتغذية وخاصة للمرضى الذين يعانون من الضغط والسكري.
3. عمل إرشادات توعية بعد إحضار أي أطعمة من خارج المستشفى.
4. عمل تقييم للمرضى عن نوعية الطعام المقدمة.
5. تقييم تغذوي من قبل أخصائية التغذية للحالات التالية (المشخصين حديثاً بالسكري، مرضى الفشل الكلوي، أمراض القلب والأوعية الدموية، مرضى سوء التغذية، أمراض الكبد، التغذية الأنبوبية، التغذية الوريدية، الأطفال أقل من عمر سنتين (غير المعتمدين على الرضاعة الطبيعية)، مرضى نقص المناعة المكتسبة).

مستند

مستند

مستند

مستند

مستند

مستند



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

سادساً: تقييم الألم

1. يتم تقييم الألم لجميع المرضى من قبل الطبيب والممرض القانوني على النحو التالي:
 - 1.1 تقييم الألم لجميع المرضى عند الدخول على النموذج المخصص باستخدام أحد مقاييس تقييم الألم حسب عمر المريض وحالته الصحية.
 - 1.2 تقييم الألم لمرضى الدخول من العيادات الخارجية والطوارئ ومرضى التنظير ووحدة غسيل الكلى عند دخول الأقسام الداخلية حسب حالة المريض.
 - 1.3 تقييم الألم لجميع المرضى عند التحويل.
 - 1.4 التثقيف الصحي للمريض وعائلته على كيفية معالجة الألم والسيطرة عليه.
 - 1.5 تقييم الألم بعد كل إجراء طبي يتم عمله للمريض.
 - 1.6 تقييم الألم يشمل على درجة الألم، ونوع الألم، وموقع الألم، وتوقيت الألم (ساعة بدء الألم ومدته)، ومسببات الألم، ما يؤدي إلى زيادته وما يؤدي إلى تخفيفه، تأثير العلاجات السابقة، تأثير الألم على راحته وقدرته على النوم ونشاطه).
 - 1.7 يتم استخدام أدوات التقييم المذكورة في التعريفات: تتم عملية التقييم من الأطباء والممرضين القانونيين من أجل تقديم العلاج المناسب في إدارة الألم (الأطفال والمرضى الذين في غيبوبة FLACC، للأطفال FACE، المرضى البالغين NRS، الخداج من (0-2 أشهر) يستخدم نموذج (neonatal pain assessment scale).
 - 1.8 يمكن معالجة الألم بطرق أخرى مثل التداخل الجراحي، العلاج الطبيعي.
 - 1.9 توضع نتيجة التقييم حسب النماذج أعلاه وذلك بتحديد درجة الألم بالأرقام.
 - 1.10 يتم اعتماد الدليل الإرشادي المرفق وحسب نتيجة التقييم (درجة الألم) لتحديد المسكن.
 - 1.11 إذا أظهرت نتيجة التقييم وجود ألم عند المريض يتم ما يلي (يقوم الطبيب بكتابة الأمر الطبي لإعطاء المريض العلاج المناسب حسب الأمر الطبي يقوم الممرض / الممرضة القانوني بتنفيذ الأمر الطبي وبأسرع وقت ممكن من أجل راحة المريض).
 - 1.12 متابعة ومراقبة الأعراض الجانبية للأدوية المستخدمة لمعالجة الألم.
 - 1.13 تتم إعادة تقييم الألم من قبل الممرض / الممرضة القانوني.

منسوخة

4

عبدالله



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:

عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة

MOH

SOP

HOS

PC

07

الطبعة: الثانية

عدد الصفحات: 24 صفحة

- 1.14 تثقيف المريض وذويه عن الألم وطرق معالجته والأدوية التي يستخدمها المريض وتوثيق ذلك على نموذج تثقيف المريض وذويه (patient & family education).
- 1.15 إعادة تقييم الألم.
- 1.16 يتم إعادة تقييم الألم للمريض بحالة التغيير على حالته الصحية، وبحالة النقل، وبعد أي إجراء أو تدخل جراحي.
- 1.17 إعادة تقييم الألم يتم كالاتي (بعد إعطاء العلاج المسكن للألم بالوريد بعد ربع ساعة، بعد إعطاء العلاج المسكن للألم بالعضل بعد نصف ساعة، بعد إعطاء العلاج المسكن للألم بالفم بساعة).
- 1.18 إعادة التقييم للألم تحتوي ما يلي على الأقل (موقع الألم، نوع الألم، درجة الألم).
- 1.19 إذا تم إعطاء المريض علاج الألم عن طريق الوريد ولم تظهر عليه علامات التحسن خلال نصف ساعة من أخذ العلاج عندها يجب إبلاغ الطبيب بذلك لإجراء اللازم.
- 1.20 إذا تم إعطاء المريض علاج الألم عن طريق الفم ولم تظهر عليه علامات التحسن خلال ساعة عندها يجب إبلاغ الطبيب بذلك لإجراء اللازم.
- 1.21 تثقيف المرضى وعائلاتهم على كيفية معالجة الألم والسيطرة عليه والتكيف معه في الحالات المرضية المزمنة.
- 1.22 التوثيق على نموذج المعالجة وتقييم الألم.
- 1.23 الخطة العلاجية للطبيب الموثقة في الملف الطبي.

سابعاً: التقييد الطبي للمريض

1. يقيم الطبيب المعالج حالة المريض السريرية للتأكد من وجود احتمالية قيام المريض بإيذاء نفسه أو الآخرين أو صعوبة تقديم الخدمة العلاجية للحالات الموصولة على جهاز التنفس الاصطناعي.
2. يوثق الطبيب المعالج أمر التقييد في السجل الطبي مع تحديد ما يلي:
 - 2.1 سبب التقييد ونوع التقييد الذي يجب استعماله وعدد الأطراف التي يجب أن تقيد.
 - 2.2 فترة بقاء القيد والتي يجب ألا تتعدى اليوم الواحد.
 3. يشرح الطبيب آلية وأهمية التقييد للمريض أو لأهل المريض.

MASTER COPY

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:

عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة

MOH

SOP

HOS

PC

07

الطبعة: الثانية

عدد الصفحات: 24 صفحة

4. يقوم الممرض / الممرضة القانوني المسؤول بوضع المريض في الوضع الآمن والمريح قبل تقييده، ويتم التقييد في وضعية الإستلقاء على الظهر (In the supine position only) وللمرأة الحامل توضع على الجانب الأيسر (Left lateral recumbent position)

5. مراقبة المريض كل ساعتين مع التوثيق لما يلي:

5.1 وضع القيد إذا كان مناسباً أو بحاجة لتعديل

5.2 مراقبة الدورة الدموية مكان القيد.

5.3 تماسك جلد المريض وعدم إصابته بالجروح.

5.4 حماية خصوصية المريض.

5.5 حاجة المريض للأكل واستخدام دورة المياه.

5.6 تحديد مدى حركة المريض.

6. تقييم المريض من قبل الطبيب المعالج بعد 24 ساعة لتحديد إزالة القيد أو الإستمرارية به.

7. إزالة القيد لتقديم الرعاية الخاصة باحتياجات المريض مثل التغذية لا يعني إنتهاء فترة القيد.

8. يتم كتابة تقرير حادث عرضي في حال حدوث أي مضاعفات ناتجة من التقييد للمريض.

ثامناً: الدخول والخروج من وحدات العناية الحثيثة:

1. لا ينبغي إدخال المرضى الذين لا يعانون من حالات غير حرجة إلى وحدة العناية الحثيثة.

2. يجب أن يكون لدى المرضى أمر طبي مكتوب ليتم قبولهم في وحدة العناية الحثيثة تحت رعاية طبيب العناية الحثيثة أو من ينوب عنه.

3. تقع على عاتق طبيب وحدة العناية الحثيثة أو من ينوب عنه مسؤولية تحديد ما إذا كان المريض يستوفي شروط الإدخال إلى وحدات العناية الحثيثة وفي حالة وجود تعارض بشأن معايير الإدخال أو الخروج يقرر طبيب وحدة العناية الحثيثة المريض الذي يجب أن يحظى بالأولوية.

4. سيتم دائماً تسجيل المرضى الذين يتم قبولهم مباشرة من قسم الحوادث والطوارئ أو عن طريق النقل من قسم آخر داخل المستشفى أو مستشفى آخر على أنهم تحت رعاية الفريق الطبي المناوب.

MASTER COPY



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

5. يجب ترتيب قبول المرضى من قسم آخر داخل المستشفى و مستشفى آخر مع الطاقم الطبي والتمريضي لوحدة العناية الحثيثة قبل قبولهم.
6. طبيب وحدة العناية الحثيثة مسؤول بشكل مباشر عن الدعم المتقدم للمرضى المصابين بأمراض خطيرة (مثل علاج الجهاز التنفسي والقلب والأوعية الدموية) وسيعمل كقائد للفريق بالتشاور مع التخصصات المناسبة.
7. يتم خروج المرضى من وحدة العناية الحثيثة عندما يتم معالجة سبب الدخول ويجب أن تتم الموافقة على الخروج من قبل طبيب وحدة العناية الحثيثة.
8. يتم تخريج المريض من وحد الى قسم العناية المتوسطة او قسم اخر (حسب حالته وجنسه) لمدة 48 ساعة عالاقل قبل خروجه بشكل كامل من المستشفى.
9. عند الخروج من وحدة العناية الحثيثة، يجب إكمال ملخص الخروج في ملاحظات الحالة قبل الخروج من قبل هذا الفريق.

ثامناً: رعاية وتصنيف الحالات الحرجة (العناية الحثيثة)

1. تقديم الرعاية الطبية الحرجة من قبل فريق متعدد التخصصات لتلبية احتياجات المرضى ذوي الحالات الطبية الحرجة. يتضمن الفريق متعدد التخصصات في وحدة الرعاية الحرجة على سبيل المثال لا الحصر: (طبيب عناية حثيثة، ممرض عناية حثيثة، صيدلي سريري، معالج تنفسي أو من ينوب عنه، اختصاصي تغذية، أخصائي اجتماعي، وأخصائي علاج طبيعي).
2. التأكد من توفر الأطباء المؤهلين 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
3. توفير عدد كافي من التمريض القانوني.
4. يعمل مقدمي الرعاية الصحية داخل وحدة العناية الحثيثة حديثي التعيين أو من يتم نقلهم الى الوحدة تحت مراقبة من المسؤول عنه كل حسب اختصاصه.
5. يتطلب وجود أمر طبي بالحالات المرضية التي يتم إدخالها للقسم وحسب معايير الدخول والخروج المعتمدة في القسم.
6. تعريف مقدمي الرعاية الصحية في وحدات العناية الحثيثة بمعايير تدهور الحالة الصحية للمريض مع احتمال حدوث توقف القلب على سبيل المثال لا الحصر:

MASTER COPY



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة					رمز البروتوكول:
MOH	SOP	HOS	PC	07	
عدد الصفحات: 24 صفحة					الطبعة: الثانية

- 6.1 اضطرابات التنفس والعلامات الحيوية غير مستقرة مع فقدان للوعي تدريجي.
- 6.2 اضطرابات في كهربية القلب مثل الرجفان البطيني أو الأذيني.
- 6.3 فقدان الوعي مع عدم الاستجابة من المريض الناتج عن أسباب متعددة.
- 6.4 حالات التسمم من الأدوية أو غيرها مصحوبة بإضطرابات فسيولوجية وفقدان للوعي.
- 6.5 وجود أعراض لحالات الصدمة القلبية أو الناتجة عن العدوى أو الناتجة عن فقد السوائل (مثل فقدان الوعي هبوط الضغط، صعوبة التنفس، وغيرها).
- 6.6 DIABETIC KETOACIDOSIS WITH LOSS OF CONCIUOUSNESS
7. تعريف الكادر الطبي بمعايير الإدخال والخروج من وحدة الرعاية الحرجة والتي تستند على: العلامات الفسيولوجية والتشخيص والحالة الصحية للمريض. كما يتطلب تحديد متى ومن يتخذ قرار الإدخال والخروج بين مستويات الرعاية الحرجة.
8. مراجعة الحالات التي تم ادخالها لوحدة العناية الحثيثة بشكل يومي وفي حالة وجود حالات غير مطابقة يتم الطلب من الطبيب المعالج توضيح السبب للدخول، وفي حالة عدم مطابقته للمعايير يتم نقل المريض لقسم آخر حسب حالته.
9. في حالة الحاجة لنقل المريض إلى مستشفى آخر يتم عمل الترتيبات المناسبة والتي تشمل على حجز السرير، تحديد وسيلة النقل والكادر المرافق للمريض، الاجراءات اللازم عملها خلال عملية النقل، ويتم تعبأة النماذج المخصصة لذلك وحسب سياسة الإحالة والنقل المعتمدة مركزيا من الوزارة.
10. توثيق جميع إجراءات الإدخال والخروج والإحالة والنقل في سجل المريض الطبي الالكتروني.
11. تدريب الموظفين وتوعيتهم في وحدة العناية الحثيثة حول إجراءات الادخال والخروج والإحالة والنقل الخاصة بالوحدة وتوثيق التدريب والاحتفاظ بسجلات التدريب.
12. تحديد الحيز المادي للأسرة وقرب المعدات اللازمة وسهولة الوصول إليها في الحالات الطارئة.
13. يقوم الطبيب المعالج المرخص والمؤهل بالخبرة والتدريب بعمل تقييم المرضى خلال 8 ساعة من الدخول بحيث يشمل ما يلي على الأقل:
 - 13.1 التاريخ الطبي والفحص البدني.

مستند

كشور

ش

عبد

س. ط

Abdullah



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:

عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة

MOH SOP HOS PC 07

الطبعة: الثانية

عدد الصفحات: 24 صفحة

- 13.2 المرحلة الحالية من النمو والتطوير باستخدام أدوات التقييم المناسبة مثل علامات مراحل التطور، ومخطط متابعة النمو، وتاريخ الطفل وذويه لكل فئة عمرية، وجنس (الأطفال)
- 13.3 حالة التطعيم، إذا لم تكن حالة التطعيم الحالية أو محدثة، يتم التصدي لحالة التطعيم قبل الخروج من المستشفى.
- 13.4 تقييم التغذية
- 13.5 الفحوصات المختبرية (إذا لزم الأمر)
14. يقوم الممرض / الممرضة القانوني المرخص والمؤهل بالخبرة والتدريب بعمل تقييم تمريضي للمرضى خلال ساعتين من الدخول بحيث يشمل ما يلي على الأقل:
- 14.1 الطول والوزن للمريض
- 14.2 العلامات الحيوية وتقييم الألم
- 14.3 العلامات والأعراض الحالية
- 14.4 الشكوى
- 14.5 تاريخ الأدوية والحساسية
- 14.6 حالة المطاعيم
- 14.7 التاريخ المرضي
- 14.8 الفحص السريري ومرحلة النمو والتطور
- 14.9 الحالة التغذوية والاجتماعية والنفسية والروحية.
15. يتم متابعة جميع نتائج التقييم، ويتم التخطيط للرعاية بناءً على نتائج التقييم وتوثيقها في الملف الطبي الإلكتروني.
16. يقوم الطبيب والممرض / الممرضة القانوني بإعداد خطة رعاية تم تطويرها بناءً على نتائج التقييم.
17. يتم مراجعة وتوثيق التقدم في تحقيق أهداف الرعاية للمريض ويتم تعديل خطة الرعاية على أساس ملاحظات التقدم (أي تغيير في الحالة المرضية للمريض، أو أي نتائج تقييم جديدة).
18. يتم توثيق خطة الرعاية الطبية والتمريضية في الملف الطبي للمريض.
19. تقييم الاحتياجات الغذائية لجميع مرضى وحدة العناية الحثيثة وحسب سياسة التقييم التغذوي وتوثيق ذلك في السجل الطبي.

س

مستند

مكتبة

مكتبة

مكتبة

مكتبة



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

20. يقوم الطبيب المعالج بعمل فحص لجميع مرضى الرعاية الحرجة بخصوص الهذيان، والذهان، وتجلط الأوردة العميقة (DVT)، والجلطة الرئوية.

21. يتم إكمال وتوثيق جميع نتائج التقييم والإجراءات والترتيبات اللازمة لمرضى العناية الحثيثة في السجل الطبي للمريض وعلى النماذج المخصصة لذلك.

22. يقوم الكادر الطبي باستخدام عملية تسليم موحدة للمريض المنقول من وحدة العناية الحثيثة إلى الأقسام الأخرى وحسب سياسة الاستلام والتسليم، بحيث تشمل عملية التسليم على الأقل ما يلي:

- 22.1 ملخص إقامة المريض في وحدة العناية الحثيثة بما في ذلك التشخيص والعلاج والتغييرات في العلاجات المزمدة
- 22.2 خطة المراقبة والفحوصات
- 22.3 خطة للعلاج المستمر
- 22.4 الاحتياجات المادية وإعادة التأهيل
- 22.5 الاحتياجات الفسيولوجية والروحية
- 22.6 احتياجات الاتصالات المحددة

متطلبات المتابعة

1. تقوم وحدة الجودة بقياس مدى الالتزام في عملية نقل المرضى والتأخير في نقل مرضى الرعاية الحرجة إلى جناح الرعاية، ويتم استخدام النتائج لغايات التحسين والتطوير.
2. يكون الأطباء الذين يقدمون الرعاية الطبية الحرجة مختصين ومؤهلين و لديهم التعليم والتدريب والخبرة المطلوبة، ويتم حفظ الوثائق والشهادات في ملفاتهم الوظيفية.
3. يقوم رئيس قسم التدريب والتعليم بالتنسيق مع المختصين في وحدة العناية الحثيثة بتوفير التدريب لمقدمي الرعاية الصحية في مجالات (إدارة الأدوية عالية الخطورة - كيفية مناقشة قرارات إنهاء الحياة مع عائلة المريض المحتضر - الانعاش القلبي الرئوي الأساسي والمتقدم للبالغين وحسب نطاق الخدمة - وتوثيق التدريب وحفظ السجلات في ملف الموظف الوظيفي).

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

4. يقوم رئيس القسم بالتنسيق مع أطباء الاختصاص والكوادر الأخرى بالتأكد من أن المعدات واللوازم والمواد ملائمة للاحتياجات الخاصة للمرضى، على سبيل المثال: أجهزة دعم التنفس، ويقوم وكيل العهدة بجرد المواد والمعدات وحصرها بقائمة جرد خاصة بذلك.

5. يقوم رئيس القسم بالتأكد من توفر المعدات التالية في وحدات الرعاية الحرجة:

5.1 جهاز التنفس الصناعي

5.2 جهاز شفط

5.3 مجموعات وأنباب للجهاز التنفسي

5.4 عربة الطوارئ والتي تحتوي جهاز مزيل الرجفان (جهاز الصدمات الكهربائية) وجميع مستلزمات الطوارئ والأدوية

5.5 جهاز مراقبة القلب، جهاز مراقبة نسبة الأكسجين بالدم (Pulse Oximetry)، وأجهزة رصد العلامات الحيوية.

5.6 مضخات الحقن الوريدي ومضخات نقل الدم.

5.7 معدات المراقبة المتنقلة في حال تم نقل المريض

6. في حال الحاجة إلى أخذ الموافقة الخطية على عمل إجراء للمريض يتم الشرح للعائلة عن الإجراء وفوائده وبدائله والمخاطر والمضاعفات من قبل الطبيب ويتم أخذ موافقة ولي أمر المريض (الأب، الأم، أو الوصي من الدرجة الأولى)

و تعبئة نموذج التفويض وأخذ الموافقة كاملة وحسب سياسة التفويض المعتمدة في المستشفى

7. يقوم قسم الصيانة الطبية في المستشفى بعمل الصيانة الوقائية للمعدات وحسب خطة إدارة الأجهزة الطبية المعتمدة

في المستشفى، ويتم الاحتفاظ بجميع السجلات المتعلقة بفحص المعدات والإصلاحات، ويتطلب تدريب جميع الموظفين المعنيين على استخدام الأجهزة وتوثيق عملية التدريب.

8. يكون وكيل العهدة المسؤول عن إدارة مخزون القسم من المواد والمستلزمات كما يلي:

8.1 قائمة موحدة تشمل الحد الأدنى من المخزون

8.2 عمل جرد أسبوعي و عد جميع المعدات واللوازم والمواد اللازمة لرعاية الأطفال.

8.3 توثيق عملية الجرد

8.4 توفير الاحتياجات من المواد للمعدات في الحالات الطارئة

8.5 يتم إتباع الخطط والسياسات المعتمدة للصيانة الوقائية للمعدات.

MASTER COPY



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

8.6 يتم الاحتفاظ بجميع السجلات المتعلقة بفحص وصيانة المعدات والإصلاحات.

9. تدريب جميع الموظفين المعنيين على استخدام المعدات ويتم توثيق التدريب والاحتفاظ بسجلات التدريب في ملف الموظف.

تاسعاً: نقل وتحويل المرضى داخل المستشفى أو الى مستشفى آخر

يتم تعبئة نموذج تحويل المريض من قسم لآخر من قبل الطبيب.

1- الحالات التي يتم تحويل المرضى بها داخليا بين الاقسام:

تحويل المريض من وإلى وحدة العناية الحثيثة حسب حالته.

2 - يتم ابلاغ الاهل بالتحويل و اسبابه.

3 - يتم التنسيق بين الاطباء قبل تحويل المريض و كتابة أمر التحويل على نموذج أوامر الطبيب في الملف الطبي.

4- يتم اعادة تقييم المريض من قبل الطبيب قبل تحويله من اختصاص الى آخر حسب سياسة

(Physician assessment and reassessment policy).

5 - يتم توثيق ملاحظات الاستلام و التسليم على نموذج ملاحظات التقدم حسب سياسة الاستلام والتسليم في المستشفى .

6 - يتم تسليم المريض من قبل الممرض / الممرضة القانوني المسؤوله عنه حسب سياسة التواصل بين مقدمي الرعاية الصحيه اثناء عملية الاستلام و التسليم)

7- عند نقل المريض داخل المستشفى إلى غرفة أخرى أو لتلقي خدمة ما، ينقل سجله الطبي الكامل معه.

8- ترسل نسخة عن نموذج الإحالة/ النقل مع المريض عند نقله إلى مرفق آخر.

9- يتم الاحتفاظ بنسخة عن نموذج الإحالة/ النقل في سجل المريض ويتضمن ::

9.1 سبب الإحالة / النقل.

9.2 النتائج المهمة.

9.3 الاجراءات والمعالجات.

9.4 قائمة بالأدوية الحالية.

9.5 الحالة الراهنه للمريض.

MASTER COPY

مستشفى

مستشفى

مستشفى

مستشفى

Abdelhak



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

9.6 الجهة التي سينقل المريض إليها.

9.7 نوع وسيلة النقل والمراقبة اللازمة أثناء النقل

10- يتم نقل (المريض ، ملف المريض الطبي ، علاجات المريض (حسب نظام الجرعه الواحد) ، الممتلكات الشخصية الى القسم المحول اليه.

11- يقوم الطبيب والممرض / الممرضة القانوني المسؤول عن المريض بمرافقته الى القسم المحول اليه، والتأكد من حاجة المريض الى الاوكسجين اثناء نقله، والتأكد من الانابيب الموصولة بالمريض ان تكون آمنة مثبتة جيداً.

12- يتم تسليم المريض للممرض المسؤول عنه في القسم المحول اليه حسب سياسة المستشفى ، اثناء عملية الاستلام والتسليم يتم تفقد المريض و ملفه وعلاجاته و يقوم بابلاغ الطبيب المشرف في القسم على حالة المريض بوصوله الى القسم لتتم متابعته.

13- في حال تحويل المريض من أقسام المستشفى الى وحدة العناية الحثيثة يقوم بمرافقته طبيب وممرض بعد التنسيق مع وحدة العناية الحثيثة والطبيب المسؤول.

14 - في حال تحويل المريض من وحدة العناية الحثيثة إلى أقسام الأشعة لإجراء الصور الشعاعية المطلوبة يقوم الممرض / الممرضة القانوني المسؤول عن الحالة بالتنسيق مع قسم الأشعة لتجهيز غرفة الأشعة وعدم شغلها بمرضى آخرين.

15- في حال تحويل المريض من وحدة العناية الحثيثة إلى أقسام الأشعة لإجراء الصور الشعاعية المطلوبة، يقوم بمرافقته فني المعالجة التنفسية والممرض / الممرضة القانوني المسؤول عن الحالة وطبيب العناية الحثيثة وخصوصاً في الصور الشعاعية التي تتطلب إعطاء المواد الملونة.

16- خلال تصوير مرضى العناية الحثيثة صور الأشعة (portable chest X-ray) يجب أن يتواجد فني المعالجة التنفسية والممرض / الممرضة القانوني وطبيب العناية الحثيثة المسؤول عن الحالة وذلك للتأكد من ثبات الانابيب الموصولة بالمريض والأسلاك الخاصة بجهاز ضربات القلب والتخطيط.

17 - الحرص على تغليف جهاز تصوير المريض (Cassette) قبل ملامسته للمريض لضمان عدم نقل العدوى.

عاشراً: تقييم وإعادة تقييم مرضى العناية الحثيثة:

1. يجب وضع جميع المرضى في وحدة العناية الحثيثة تحت المراقبة من خلال وصلهم بجهاز (monitor).

MASTER COPY

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:					عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة
MOH	SOP	HOS	PC	07	
الطبعة: الثانية					عدد الصفحات: 24 صفحة

2. يجب ان يقوم المريض بارتداء الثوب/الملابس الخاصة بوحدة العناية الحثيثة (patient gown).
3. يجب أن يتمتع جميع المرضى في وحدة العناية الحثيثة بإمكانية الوصول إلى الأوعية الدموية طوال فترة إقامتهم.
4. يجب على الطبيب عند وصول المريض كتابة مجموعة كاملة من أوامر الطبيب للوحدة. إذا كان الطبيب مشغولاً وقت الدخول، فيجب كتابة الأوامر خلال الساعتين التاليتين
5. يجب تشغيل إنذارات معدل ضربات القلب ووظيفة تحليل عدم انتظام ضربات القلب في جميع الأوقات.
6. مراجعة / التحقق من حالة الإنذارات، بما في ذلك حدود الإنذارات، من قبل الممرض / الممرضة القانوني في بداية كل مناوبة عمل.
7. عند دخول المريض، يجب على الممرض / الممرضة القانوني إكمال تقييم جسدي شامل في أقرب وقت ممكن، والحصول على تاريخ موجز للمريض من المريض أو عائلة المريض أو الملف الطبي القديم عندما يكون ذلك ممكناً.
8. عند الدخول، يجب على الممرض / الممرضة القانوني التأكد من إمكانية الوصول السريع عبر الوريد.
9. عند الدخول، يجب على الممرض / الممرضة القانوني الحصول على عينات ABG وCXR وعينات مخبرية وتخطيط قلب.
10. يجب أن يتم إعادة تقييم حالة المريض في بداية ساعات المناوبة.
11. تتم إعادة التقييم عندما يكون هناك تغيير كبير في حالة المريض أو تغيير في التشخيص.
12. يقوم الصيدلي السريري بمتابعة جميع المرضى في وحدة العناية الحثيثة من خلال استخدام (FASTHAUG-MAIDENS Checklist).

MASTER COPY



وزارة الصحة

سياسات وإجراءات

رمز البروتوكول:

عنوان البروتوكول: رعاية مرضى وحدات العناية الحثيثة

MOH

SOP

HOS

PC

07

الطبعة: الثانية

عدد الصفحات: 24 صفحة

المراجع:

- معايير الاعتماد الصادرة عن مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، الطبعة الرابعة.
- سياسة النية عمل الفريق متعدد التخصصات، 2023.
- King Hussein Cancer Center Policies.
- Ventilator Management a Bedside Reference Guide, Dana Oakes and Sean Short all, 2009 edition.
- Evidence-Based Guidelines for Weaning and Discontinuing Ventilatory Support, Respiratory care. January 2002 vol. 47 NO1.

MASTER COPY

و

أ. م. م. م.

أ. م. م. م.

أ. م. م. م.

أ. م. م. م.

أ. م. م. م.