



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

QUALITY OF HEALTHCARE & ACCREDITATION OF HOSPITALS' STANDARDS AND NATIONAL PROGRAM



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



قائمة المحتويات

No.	Subjects	الموضوع	م
	Registration with AHSAN	دخول المستشفى ببرنامج التهيئة	
	Scope of Accreditation Surveys	محاور برنامج التهيئة والاعتماد الرئيسية	
	Goal of Accreditation Surveys	أهداف برنامج التهيئة والاعتماد	
	Methods of Assessment of Compliance	طرق تقييم مطابقة المستشفى للمعايير	
	Accreditation Decision Rules	قواعد وقرارات الاعتمادية	
	Hospital Responsibilities: <ul style="list-style-type: none">- Hospital's Coordinator- Hospital's Quality Team- Travel Arrangements- Survey Logistics	مهام ومسؤوليات المستشفيات: <ul style="list-style-type: none">- منسق الاعتمادية من المستشفى- فريق الجودة من المستشفى- تنسيق الزيارات- اللوجستيات اللازمة	
	AHSAN Hospital Orientation Programs (HOP) & Accreditation Survey Process: <ul style="list-style-type: none">- Pre-Survey Activities- Orientation (Visits) Activities- Off-Site Survey Activities:- On-Site Survey Activities- Post-Survey Activities	برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات: <ul style="list-style-type: none">- أنشطة المرحلة الأولى- أنشطة التهيئة (الزيارات)- أنشطة ومهام المستشفيات- أنشطة تقييم الاعتمادية- أنشطة فترة الاعتماد	
	Pre-Survey Activities: <ul style="list-style-type: none">- Enrollment for Survey- Application for Survey- Application for Reaccreditation	الأنشطة الأولية (المرحلة الأولى): <ul style="list-style-type: none">- ادراج المستشفى في البرنامج- نموذج الدخول في البرنامج- طلب التقديم لاستمرار الاعتماد	
	Resources To Assist Hospitals: <ul style="list-style-type: none">- AHSAN Coordinator- AHSAN Standards Manual- Self-Assessment Tool (SAT)- Hospital Orientation Programs & Accreditation Process Guide	دعم المستشفيات الداخلية في البرنامج: <ul style="list-style-type: none">- منسق برنامج التهيئة أحسن- أداة الاعتماد والدليل الارشادي- أدوات التقييم الذاتي أحسن- دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات	



قائمة المحتويات

No.	Subjects	الموضوع	م
	Hospital Orientation (Visits) Activities: <ul style="list-style-type: none"> - Level 0 (First Visit) - Level 1 (2nd Visit) - Level 2 (3rd Visit) - Level 3 (4th Visit) - Level 4 (5th Visit) - Level 5 (6th Visit) 	أنشطة التدريب أثناء زيارات ميسري برنامجه التهيئة: <ul style="list-style-type: none"> - المستوى 0 (الزيارة الأولى) - المستوى 1 (الزيارة الثانية) - المستوى 2 (الزيارة الثالثة) - المستوى 3 (الزيارة الرابعة) - المستوى 4 (الزيارة الخامسة) - المستوى 5 (الزيارة السادسة) 	
	Who is AHSAN Facilitator/Surveyor?	من هو ميسير أحسن للتاهية وتقدير الاعتمادية؟	
	Orientation & Accreditation's Survey Team Composition: <ul style="list-style-type: none"> - The Core Team (3) - The Specialty Team (4) 	تركيب فريق ميسري أحسن للتاهية والاعتماد: <ul style="list-style-type: none"> - الفريق الأساسي (3) - الفريق الاختصاصي (4) 	
	Orientation & Accreditation's Survey Team: Members & Allocation	أعضاء فريق التاهية والاعتماد وتوزيع اعمالهم ومهامهم	
	Off-Site Survey Activities: <ul style="list-style-type: none"> - List of Policies - Lists of Required Documents 	أنشطة المستشفيات بين الزيارات وقبيل تقييم الاعتمادية: <ul style="list-style-type: none"> - الوثائق المطلوبة منهم 	
	On-Site Survey Activities: <ul style="list-style-type: none"> - Committees Interview - Meetings Held - Documents Review - Medical Records Review - Personnel Files Review - Facility Tour & Units Visits 	أجندة أنشطة التاهية وتقدير الاعتمادية: <ul style="list-style-type: none"> - مقابلة اللجان - عقد الاجتماعات - مراجعة الوثائق - مراجعة السجلات/الملفات الطبية - مراجعة ملفات العاملين - زيارة المستشفى التفديية والأقسام 	



قائمة المحتويات

No.	Subjects	الموضوع	M
	Post-Survey Activities: <ul style="list-style-type: none"> - Survey Report & Accreditation decision - Plan of Activities & Training of Staff 	الأنشطة التي تلي تقييم الاعتمادية: - تقرير تقييم الاعتمادية وقرار أحسن - التخطيط لفترة الاعتماد وتدريب الكادر على الأنشطة	
	Terms of Accreditation: <ul style="list-style-type: none"> - Accreditation Maintenance Procedures 	فتره الاعتماد: - اجراءات ضمان استمرارية المستشفى في المحافظة على شروط الاعتماد	
		قائمة الملحقات: - السياسات المطلوبة - الوثائق المطلوبة - اخرى	





الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

المقدمة:

دليل أحسن للتهيئة والاعتماد



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



AHSAN HOP GUIDE

دليل تهيئة المستشفيات

1- INTRODUCTION

- 1.1** The Accreditation of Hospitals' Standards And National (AHSAN) Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide was developed to serve as a reference for hospitals during the preparation for Orientation Program & Accreditation surveys as well as maintenance of accreditation.
- 1.2** This guide is to be used in conjunction with AHSAN Hospital Accreditation standards Manual.
- 1.3** It addresses the activities required for conduction of a hospital orientation & accreditation survey.

1- الغرض :

- 1.1 دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات أعد ليصبح مرجعاً للمستشفيات أثناء عملية التحضير لبرنامج التهيئة وعملية تقييم الاعتمادية وكذلك لأنشطة التي تعقب قرار تقييم الاعتمادية وتنفذ أثناء فترة اعتماد المستشفى.
- 1.2 يستعمل هذا الدليل مع باقي أدبيات البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات (أداة الاعتماد الوطني للمستشفيات والدليل الارشادي لأداة الاعتماد) التي تضمنت معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات.
- 1.3 يغطي هذا الدليل جميع الأنشطة المطلوبة والمخطط لها لتنفيذ برنامج تهيئة المستشفى واكمال تقييم الاعتمادية.



Vision:

To build up an accredited National program as a leader to high quality & patient safety in Health facilities.

الرؤية:

بناء نظام اعتماد وطني معتمد ي العمل كقائد لضمان جودة وسلامة مرضى عالية في المرافق الصحية.

Mission:

To promote quality and patient safety practices at the health facilities in Yemen by supporting hospitals, facilitating the processes & supervising health workers & medical staff.

الرسالة:

تشجيع ممارسات الجودة وسلامة المرضى بالمرافق الصحية في اليمن عبر دعم المستشفيات، وتسهيل عمليات الاعتماد والاشراف على أداء الكادر الصحي والطبي العامل في المرافق.

Values:

- Transparency
- Professionalism
- Humanity
- Team spirit
- Integrity



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
وتحسين جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs

القيم:

- الشفافية
- المنهجية
- الرحمة والاحسان
- العمل بروح الفريق الواحد
- النزاهة



1- Strategic Objectives:

- 1.1 To ensure provision of Medical Services of high quality at the health facilities in Yemen.**
- 1.2 To standardize the practice of patient care provided at ALL HF's to be in line with AHSAN standards, guidelines and protocols. And to ensure that, the quality & patient safety measures are appropriately applied in the hospitals as per standards.**
- 1.3 To make the quality processes & tools; a well-known subject & applied among all of staff .**
- 1.4 .To help in capacity building of national experts and Medical staff in the field of Quality & Patient safety.**
- 1.5 To reach those looking for Medical services & patients' satisfaction.**

1- الأهداف الاستراتيجية :

- 1.1 ضمان توفير خدمات صحية ذات جودة عالية في المرافق الصحية بالجمهورية اليمنية.**
- 1.2 تنظيم ممارسات العمل الصحي في جميع المرافق الصحية. وضمان تطبيق جميع الممارسات في المرافق الصحية وفق المعايير والأدلة والبروتوكولات.**
- 1.3 نشر التوعية وثقافة الجودة في الأوساط الصحية وعلى مستوى جميع المرافق الصحية وخلق جو التنافس بينها.**
- 1.4 بناء القدرات العاملة في القطاع الصحي في مجال جودة الرعاية الصحية على جميع المستويات.**
- 1.5 تلبية احتياجات وتوقعات مقدمي الخدمات الصحية ومتلقيها وصولاً إلى تحقيق رضاهم.**



TERMINOLOGY

المصطلحات

1- Used Terms & Themes:

This Guide used certain terms & theme; to ensure uniformity and clarity. These are the most important terms that will help hospitals to interpret the standards: Process, Policy, Procedure, Program, Plan Protocol & Guideline.

PROCESS

A series of actions or steps taken in order to achieve a particular end. Whenever the term "Process" is used in a standard, it indicates a requirement that is necessary to follow.

DOCUMENTED PROCESS

A document that describes the process and can be in the form of policy, procedure, program, plan, protocol or guideline.

POLICY

A principle of action adopted by an organization. It usually answers the question of WHAT the process is. It is a stricter than guidelines or protocols. It doesn't include objectives that need to be met in a certain timeframe.

1- المفردات والكلمات المستخدمة:

هذا الدليل يستخدم كلمات ومفردات معينة لضمان تحقيق الاتساق والوضوح، والتي تعد أهم الكلمات التي تساعد المستشفيات في تفسير المعايير: عملية، سياسة، إجراء، برنامج، خطة، أدلة عمل، بروتوكول

العملية:

سلسلة من الأفعال أو الخطوات المتخذة من أجل تحقيق هدف معين . كلما استخدمت كلمة "عملية" في معيار، فإنها تشير إلى متطلب من الضروري تحقيقه.

العملية المؤتقة:

وثيقة تصف العملية ويمكن أن تكون في شكل سياسة أو إجراء أو برنامج أو خطة أو أدلة عمل أو بروتوكول.

"السياسة":

-بدأ العمل الذي تتبعه المؤسسة . عادة ما تجib على السؤال : ما هي العملية؟ تُعد أكثر صرامة من أدلة العمل أو البروتوكولات . لا تتضمن الأهداف التي يجب تحقيقها خلال فترة زمنية معينة.



PROCEDURE

An established or official way of doing something. It usually answers the question of how the process happens. It is stricter than guidelines or protocols. It does not include objectives that need to be met in a certain timeframe.

"الإجراء":

-طريقة ثابتة أو رسمية للقيام بشيء ما . عادة ما يجرب على السؤال :كيف تحدث العملية؟ يُعد أكثر صرامة من أدلة العمل أو البروتوكولات . لا يتضمن الأهداف التي يجب تحقيقها خلال فترة زمنية معينة .

PLAN

A detailed proposal for doing or achieving something. It usually answers the question of WHAT is the goal, WHY, HOW it is going to be achieved, and WHEN. It includes objectives that need to be met in a certain timeframe.

"الخطة":

-مقترن /طرح مفصل لفعل أو تحقيق شيء ما . عادة ما تجرب على السؤال :ما الهدف؟ لماذا وكيف ومتى سيتم تحقيقه؟ تشمل الأهداف التي يجب تحقيقها خلال فترة زمنية معينة .

GUIDELINE

A general rule, principle, or piece of advice. It usually answers the question of WHAT the process is and HOW it should happen.usually it is more narrative than protocol.

"أدلة العمل":

-قاعدة عامة أو مبدأ أو نصيحة . عادة ما تجرب على السؤال :ما هي العملية؟ كيف يجب أن تحدث؟ عادة ما تتسم بالسرد أكثر من البروتوكول.

PROTOCOL

A best practice protocol for managing a particular condition, which includes a treatment plan founded on evidence-based strategies & consensus statements.usually, it has graphs, flow charts, mind maps, and thinking trees.

"البروتوكول":

-أفضل ممارسة للتعامل مع حالة معينة، والذي يتضمن خطة علاج تستند إلى استراتيجيات قائمة على الأدلة وإجماع آراء المتخصصين . عادة ما يحتوي على رسوم بيانية ومخططات انسانية وخرائط ذهنية ووخرائط التفكير المتسلسل " " .



DOCUMENTED & RECORD

A Document: created by planning what needs to be done.

A Record: created when something is done.

الوثيقة و السجل

• يتم إنشاء الوثيقة عند التخطيط لما يجب القيام به.

• يتم إنشاء سجل لتوثيق شيء تم عمله.

PHYSICIAN & MEDICAL STAFF

A Physician: a professional who practices medicine.

A Medical Staff Member: a professional who practices medicine, dentistry, and other independent practitioners.

الطبيب والعامل الطبي

• الطبيب هو متخصص يمارس الطب.

• عضو الطاقم الطبي هو متخصص يمارس الطب أو طب الأسنان وغيرهم من الممارسين المستقلين.





الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

الفصل الأول:

دخول المستشفى ببرنامج أحسن



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



No.	Subjects	الموضوع	م
	Registration with AHSAN	دخول المستشفى ببرنامج التهيئة	

1- Registration with AHSAN

1.1 Which Hospitals are going to be Registered?

All Hospitals are required to register with AHSAN, but, in considering the current situation of hospital's which may not be fully compliant with AHSAN standards & also, the capacitance of the AHSAN program in term of surveyors and resources; both of these main factors lead the National committee of AHSAN to decide that Only Hospitals named through a list of inclusion criteria have to be allowed to register, at least during the couple of years following the initiation of the National Accreditation program AHSAN.

1.2 How do Hospitals been Registered?

In order to register, the following Steps are followed:

1.3 The Hospital should fill the

1- دخول المستشفى ببرنامج التهيئة :

1.6 أي المستشفيات ستدخل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات؟

جميع المستشفيات كمرافق تقديم الخدمات الصحية والطبية مناط بها الدخول في برنامج تحسين الجودة وضمان سلامة المرضى والاعتماد لكن وأخذًا بعين الاعتبار لوضع كثير من المستشفيات الراهن والذي لا يزال بحاجة لتحسين مدخلاتها وممارسات العمل فيها لتصل إلى المستوى الذي يجعلها تلبي المعايير الوطنية لاعتماد المستشفيات وأيضا بالنظر إلى السعة العملية للبرنامج الوطني للاعتماد (أحسن) سواء ما يتعلق بالموارد البشرية من ميسرين أو الموارد اللوجستية؛ فإن اللجنة الوطنية قد أقرت السماح للمستشفيات التي تتمتع بعدد من السمات المؤهلة لها لخوض تجربة التهيئة والاعتماد على الأقل خلال السنوات القليلة التي تلي تدشين البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات (أحسن).

1.7 كيف يمكن للمستشفيات الدخول في برنامج التهيئة والاعتماد؟

لكي يتم إدراج المستشفى يتوجب القيام ببعض الخطوات كما يلي:

1.8 يتعين على المستشفى تعبئة نموذج التقديم الخاص



application form sent by the Hospital Accreditation Department within one week of arrival.

1.4 The Hospital should arrange with HAD to do the initial Accreditation Workshop At the Hospital within 1-2 weeks of sending the Hospital Application form filled.

1.5 The Hospital has to send the organization chart of Quality Management at the Hospital & the personnel working with their files including certificates and experiences of each one of them – according to the criteria mentioned later in this guide and when there is a gap between the the needed qualifications AHSAN facilitators/surveyors will assess the training needs for the quality team.

بالاعتماد فور تلقي خطاب البرنامج بالموافقة على انضمامه فيما لا يتجاوز أسبوع عقب استلامه الاشعار أعلاه.

1.9 يقوم المستشفى بالتنسيق مع قسم اعتماد المستشفيات في البرنامج للتحضير للندوة التعريفية الأولى للبرنامج والتي ستقام داخل المستشفى من قبل فريق البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات (أحسن).

1.10 ارسال هيكل واعضاء فريق الجودة بالمستشفى وملفات العاملين التي تشمل مؤهلاتهم وخبراتهم – وفق المعايير المذكورة لاحقا في هذا الدليل – وفي حال لم تتوفر تلك المعايير فسيتم تحديد الفجوة التدريبية للفريق كونه الذي ستسند اليه تسيير أنشطة عملية التهيئة خلال الفترة داخل المستشفى والتواصل الفعال مع فريق ميسري الاعتماد أثناء الزيارات وفي الفترات التي بينها.





No.	Subjects	الموضوع	M
	Request Form To AHSAN HOP	نموذج طلب دخول المستشفى لبرنامج التهيئة	

	Contents	المحتويات	M
1	Quality Structure & Functions	<p>هيكل فريق الجودة وأنشطته بالمستشفى</p> <p>تعتمد خطة التهيئة والاعتماد الى حد كبير على نشاط فريق الجودة في المستشفى ويسعى نموذج الدخول لتحديد:</p> <p>(1) ما حققه المستشفى قبيل تقديم طلب الدخول ببرنامج التهيئة في تنظيم عمل فريق الجودة، وحجم الانشطة التي حققها الفريق.</p> <p>(2) كما يمكن من تقييم أداء الفريق وأعضائه واختيار أبرز العناصر فيه للعمل وفق منهجية التهيئة للاعتماد وفقاً لدليل برنامج أحسن لتهيئة المستشفيات.</p> <p>(3) ويمثل منطلقاً لتحديد من سيتم تدريبيهم في إطار برامج التدريب الخاصة بفرق الجودة في المستشفيات.</p>	1
2	Hospital Data Form	بطاقة بيانات المستشفى	2
3	Scope of Services	نطاق الخدمات بالمستشفى	3



		<p>للموارد والمخرجات.</p> <p>(2) كما تمثل القاعدة الأساسية لتحديد مسار برنامج التهيئة من حيث ما ينطبق من معايير على المستشفى وما لا ينطبق وما سيقرر اشتغال خطة التهيئة عليه من سياسات ونماذج وبروتوكولات عمل ... الخ.</p> <p>(3) وهي الاطار الذي يمكن المستشفى من العمل وفقه لتوسيع خدماته وتطوير نطاق خدمته بمعرفة ما يمكن وصوله مع توفر الموارد الكافية لتحقيقه.</p>	
3	Units of Services	وحدات الخدمة في المستشفى	4
		<p>والهدف من تحديدها هو رسم خطة ومنهجية الدخول في برنامج التهيئة للمستشفيات وتحديد ما يخص المؤسسة من معايير وما لا ينطبق عليها.</p>	5
4	Human Resources	العاملين الصحيين بالمستشفى	
		<p>(*) الهدف من البيانات التي في نموذج طلب الدخول هو:</p> <p>(1) تحديد القوة البشرية في المستشفى اجمالاً بشكل دقيق؛</p> <p>(2) ومن ثم تحديد العاملين المستهدفين بكل وحدة من وحدات الخدمة بالتدريب على حزمة السياسات ونماذج وبروتوكولات الخاصة بكل وحدة - خلال فترة التهيئة.</p>	



(3) كما أن لها ابعاد أكثر دقة فيما يخص ادارة الموارد البشرية والتدريب المستمر واستكمال ملفات العاملين ورسم سياسات التوظيف والتشغيل في المستشفى وكذلك تقييم أداء العاملين وتحفيزهم وفق الأداء.

(*) ولذلك فإن نموذج الدخول يعتمد في استقاء تلك البيانات من 3 مصادر هي:

- (1) عدد العاملين الصحيين في وحدات الخدمة بحسب توزيعهم عليها.
- (2) عدد العاملين الصحيين في ادارة الموارد البشرية وفق تصنيف فئاتهم (أطباء، ممرضون، فنيون، اداريون ... الخ) ووضعهم الوظيفي (اساسي، متعاقد، متعاون، خدمة ريف ... الخ).
- (3) بيانات العاملين الصحيين الهامة (الاسم الكامل، والمؤهل، ومحل العمل الحالي، والوظيفة الحالية، والالتزام، والتقييم والحفز ... الخ).

5	Medical Equipment & Maintenance	الصيانة والتجهيزات الطبية بالمستشفى	6



6	Financial Administration	الادارة المالية	7
7	Running Costs	نفقات التشغيل	8
8	Logistic Management	الأدوية والمستلزمات الطبية	9

ما يسعى إليه نموذج الدخول هو:

- (1) اختبار كفاءة وفاعلية ادارة الامداد في المستشفى وتحديد نطاق احتياجاته المتواافق مع نطاق خدمته من امدادات.
- (2) اختبار فاعلية النظام بتحديد بعض البيانات الخاصة بالإمداد في المستشفى كالترميز وسهولة الحصول على المعلومة ومدى اسهام النظام في تحسين ادار الامداد وتفعيل استغلال المتوفر بأعلى كفاءة وفاعلية ممكنة.

وذلك عبر ما تضمنه نموذج الدخول من بيانات تقي ب:



- (1) تحديد المتبقى من العام الماضي في مخازن المستشفى من الأصناف.
- (2) تحديد الوارد إلى المخازن خلال الفترة السابقة للتقديم ومنذ بداية العام؛ وكذلك المنصرف من الأصناف خلال تلك الفترة.
- (3) تحديد متوسط الاستهلاك الشهري لكل صنف (حسابياً) بقسمة ما تم صرفه على عدد الأشهر/الأرباع التي مررت منذ بداية العام وحتى وقت التقديم.
- (4) تحديد مستوى الاستهلاك الربعي - مقارنة بأعداد المستفيدين - لكل صنف؛ من واقع بيانات الاستهلاك العام الماضي. ومقارنتها بما يتم الحصول عليه من بيانات النظام للفترة التي سبقت التقديم.
- (5) تحديد الفترة التي يكفي المستشفى ما تبقى لكل صنف. ويمكن احتسابها بقسمة المتبقى حالياً في المخازن من كل صنف (مجموع المتبقى من العام الماضي مع ما تم توريده مخصوصاً منه ما تم صرفه خلال الفترة السابقة للتقديم) على الاستهلاك الشهري الذي تم احتسابه.

9	Patients & Beneficiaries	المرضى والمستفيدين من خدمات المستشفى
		10



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

**AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide**

**دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022**



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

الفصل الثاني:

أهداف ومحاور برنامج أحسن لتهيئة

المستشفيات



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



No.	Subjects	الموضوع	M
	Scope of Accreditation Surveys	محاور برنامج التهيئة والاعتماد الرئيسية	

Scope of Accreditation Surveys

Despite the fact that EACH orientation process is tailored to the type, size, and range of services offered by the hospitals; the Scope of AHSAN Orientation & Accreditation Surveys include ALL Standards-related functions of the targeted hospital. The scope of services provided by the hospital undergoing a survey as well as the observations of the survey team will determine the Applicable standards from the hospital standards manual. But, there are certain chapters considered mandatory for ALL hospitals which are:

1. Facility Management & Safety
2. Leadership
3. Human Resources
4. Information Management
5. Medical Records
6. Quality Management & Patient Safety
7. Social Care Services
8. Patients & Family Rights
9. Radiology Services
10. Respiratory Care Services
11. Dietary Services
12. Nursing Care
13. Patients & Family Education
14. Provision of Care

محاور برنامج التهيئة والاعتماد الرئيسية

عملية التهيئة والتقييم للاعتمادية ستنفذ وفقاً لنوع وحجم وطيف الخدمات التي يقدمها المستشفى؛ وستشمل جميع أو كل وظائف المستشفى المتعلقة بالمعايير التي تنطبق عليه. طيف الخدمات المؤتمن من قبل المستشفى في طلب التقديم وملاحظات فريق ميسري الاعتماد هي من سيحدد المعايير التي تنطبق على المستشفى من بين تلك التي شملتها أداة الاعتماد الوطني للمستشفيات. لكن هناك محاور معينة من المعايير التي تعتبر الزامية لجميع المستشفيات وهي كما يلي:

1. الادارة والسلامة
2. القيادة
3. الموارد البشرية
4. ادارة المعلومات
5. السجلات الطبية
6. ادارة الجودة وسلامة المرضى
7. الخدمات الاجتماعية
8. حقوق المرضى وذويهم
9. خدمات الاشعة
10. خدمات الرعاية التنفسية
11. خدمات التغذية
12. الرعاية التمريضية
13. التثقيف الصحي للمرضى وذويهم
14. تقديم واستمرارية الرعاية



AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات 2022

15. Emergency Care 16. Anesthesia Care 17. Surgical Care 18. Medication Management 19. Infection Prevention & Control 20. Laboratory Services	رعاية الطوارئ .15 رعاية التخدير .16 رعاية الجراحة .17 ادارة الدواء .18 منع انتشار العدوى .19 خدمات المختبر .20
--	---

No.	Subjects	الموضوع	M
	Goal of Accreditation Surveys	أهداف برنامج التهيئة والاعتماد	

Goal of Hospital Orientation Program (HOP) & Accreditation Surveys (ASP)

The principal target of AHSAN Hospital Orientation Program (HOP) is to ensure that the hospital will be in compliance with AHSAN Hospital Accreditation Standards.

While AHSAN Accreditation Survey goal is to determine whether the hospital is in compliance with AHSAN Standards or Not.

AHSAN HOP offers hospitals:

- An introduction to the standards and their implementation,
- AHSAN tools, manuals & guides.
- The accreditation policies, as well as
- The survey process to make the survey preparation successful.

أهداف برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات وتقدير الاعتمادية

الهدف الرئيسي لبرنامج التهيئة هو ضمان وصول المستشفى إلى مطابقة معايير الاعتماد الوطني للمستشفيات المنطبق عليه وفق نطاق خدمته ونوعه وحجمه.

بينما تهدف عملية تقدير الاعتمادية لتحديد فيما إذا كان المستشفى فعلا قد وصل للمستوى الذي يطابق فيه تلك المعايير أم لا.

برنامج التهيئة يقدم للمستشفى:

- مقدمة حول معايير الاعتماد وطريقة تحقيقها
- أدوات التقييم وطريقة التقييم.
- سياسات الاعتماد المتطلبة لتحقيق مطابقة معايير الاعتماد.
- تفاصيل عملية تقييم الاعتمادية.



During HOP; AHSAN surveyors provide education and consultation to the hospital's staff throughout the survey to help improve their clinical and administrative processes.

AHSAN HOP continue for 6-9 months; which is divided to 6 levels each begins with a visit of AHSAN Core team surveyors (3 as it will be described). Each visit last for 1-3 days at the hospital; and follows a definite agenda of training & assessment activities, as it will be described later in this guide.

The consultative visits provide in-depth explanation of one or more of the functions or areas covered by the standards. Dates and Venues of the orientation programs are communicated to the hospital in a timely manner.

خلال فترة التهيئة يقوم ميسرو الاعتماد بتقديم التدريبات خلال الزيارات والتيسير والاستشارات طوال الفترة لكادر المستشفى للمساعدة على تحسين عملياتهم الإدارية وممارساتهم السريرية.

برنامج التهيئة يستمر 6-9 أشهر ويقسم إلى 6 مستويات يبدأ كل مستوى بزيارة لميسري الاعتماد (الفريق الرئيسي المكون من 3 ميسرين كما سيأتي) تستمر زيارتهم للمستشفى 3-1 أيام كل زيارة ووفق برنامج محدد ومحظى تدريبي وتقيمي سيأتي تفصيله في هذا الدليل.

الزيارات تقدم شرح مفصل وتدريب مكثف لمجموعة وظائف أو مواضيع مغطاة بمعايير الاعتماد المنطبقة على المستشفى. ومواعيد الزيارات تحدد سلفاً مع المستشفى وتتم وفق جدول زمني واضح.



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

الفصل الثالث:

آليات المراجعة خلال زيارات التهيئة وتقدير الاعتماد



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



No.	Subjects	الموضوع	م
	Methods of Assessment of Compliance	طرق تقييم مطابقة المستشفى للمعايير	

Methods of Assessment of Compliance

In each AHSAN Consultative Visit during the Hospital Orientation Program (HOP) and also, during the On-site Accreditation Survey the principal method of assessing compliance & better practically described methods of Standards compliance will follow the Main 4 methods mentioned here which are:

طرق تقييم مطابقة المستشفى للمعايير

اثناء زيارات ميسري الاعتماد خلال برنامج التهيئة وأيضاً اثناء برنامج زيارات تقييم الاعتمادية الطرق الرئيسية لتقييم التزام المستشفيات ومطابقة جميع وظائفه لمعايير الاعتماد والأفضل بصورة عملية وميدانية وتدريبية ستم عبر الطرق الـ 4 التالية وهي:

A. INTERVIEWs:

- Interviews with hospital Leadership
- Interview with Hospital Committees
- Interview with Medical Staff
- Meetings Held with patients & family

B. REVIEWs:

- Documents Review: such as policies, procedures, protocols, plans & documents, budgets & quality assurance plans & projects
- Medical Records Review
- Personnel Files Review

C. OBSERVATIONS:

(أ) المقابلة:

- مقابلة قيادة المستشفى.
- مقابلة لجان المستشفى.
- مقابلة بعض العاملين بالمستشفى.
- مقابلة بعض المرضى وذويهم.

(ب) المراجعة:

- مراجعة وثائق السياسات والخطط والبرامج والبروتوكولات والنماذج والموازنات ومشاريع التحسين.
- مراجعة السجلات/الملفات الطبية.
- مراجعة ملفات العاملين بالمستشفى.

(ت) الزيارة والملاحظة:



- Facility (Building) Tour & Units Visits
- Observation of patient care and services provided
- Observation of equipment management & diagnostic services and Safety procedures followed

- زيارة المبني (الجولة التفقدية) ووحدات الخدمة.
- زيارة مناطق تقديم الخدمات وملاحظة رعاية المرضى والخدمات المقدمة.
- ملاحظة ادارة التجهيزات واجراءات السلامة.

D. EVALUATION & DISCUSSIONS:

- Evaluation of the hospital's achievement of specific outcomes measures & indicators (through a review and discussion of monitoring and improvement activities).

(ث) المراجعة والمناقشة:

- مراجعة ما حققه المستشفى من انجاز في بعض المؤشرات الخاصة وأنشطة التحسين والمخرجات والتابعة.



**AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide**

**دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022**

No.	Subjects	الموضوع	م
	Accreditation Decision Rules	قواعد وقرارات الاعتمادية	
	<p>Hospital Responsibilities:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospital's Coordinator - Hospital's Quality Team - Travel Arrangements - Survey Logistics 	<p>مهام ومسؤوليات المستشفيات:</p> <ul style="list-style-type: none"> - منسق الاعتمادية من المستشفى - فريق الجودة من المستشفى - تنسيق الزيارات - اللوجستيات الازمة 	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

الفصل الرابع:

أنشطة برنامج أحسن لتهيئة المستشفيات



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



No.	Subjects	الموضوع	M
	AHSAN Hospital Orientation & Accreditation Survey Process: <ul style="list-style-type: none"> - Pre-Survey Activities - Orientation (Visits) Activities - Off-Site Survey Activities: - On-Site Survey Activities - Post-Survey Activities 	برنامجه أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات: وهي كما يلي: <ul style="list-style-type: none"> - أنشطة المرحلة الأولى - أنشطة التهيئة (الزيارات) - أنشطة ومهام المستشفيات - أنشطة تقييم الاعتمادية - أنشطة فترة الاعتماد 	
	Pre-Survey Activities: <ul style="list-style-type: none"> - Enrollment for Survey - Application for Survey - Application for Reaccreditation 	الأنشطة الأولية (المرحلة الأولى): <ul style="list-style-type: none"> - ادراج المستشفى في البرنامج - نموذج الدخول في البرنامج - طلب التقديم لاستمرار الاعتماد 	
	Resources To Assist Hospitals: <ul style="list-style-type: none"> - AHSAN Coordinator - AHSAN Standards Manual - Self-Assessment Tool (SAT) - AHSAN Hospital Orientation Programs (HOP) & Accreditation Process Guide 	دعم المستشفيات الداخلية في البرنامج: <ul style="list-style-type: none"> - منسق برنامجه التهيئة أحسن - أداة الاعتماد والدليل الإرشادي - أدوات التقييم الذاتي أحسن - دليل برنامجه أحسن لتهيئة واعتماد 	

1- Application Form:

It contains the essential information of the hospital that make the base for tailoring the plan of HOP & size & composition of the Surveyors team as well as the agenda of the Consultative Visits. These information must include the following:

- The Mandatory Standards of Accreditation for ALL hospitals.

1- نموذج الدخول في البرنامج :

ويشتمل على البيانات الخاصة بالمستشفى وأساسية لضمان البدء بأنشطة التهيئة فيه كما يلي:

- 1 معايير اللجنة الوطنية لاعتماد المستشفيات.
- 2 التراخيص المنوحة للمستشفى ووحدات الخدمة فيه بحسب القوانين وأدلة وزارة الصحة.



- Scope of Services of hospital.
- Licence of ALL Service Units.
- Details of the Medical Staff and Health workers with their qualifications & ongoing licences.
- National Safety requirements.

All of aforementioned data were drawn in the application form of hospitals (see Annexes).

3 طيف الخدمات الذي يقدمه المستشفى في جميع وحدات الخدمة المتوفرة فيه.

4 الكادر الطبي الأساسي اللازم لتقديم تلك الخدمات.

5 معايير السلامة الوطنية وأمان المريض.

جميع تلك البيانات قد شملها نموذج طلب التقديم والمرفق كملحق آخر لهذا الدليل.



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

الفصل الخامس:

برنامج زيارات ميسري أحسن



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



No.	Subjects	الموضوع	M
	AHSAN Hospital Orientation (Visits) Activities: <ul style="list-style-type: none"> - Level 0 (First Visit) - Level 1 (2nd Visit) - Level 2 (3rd Visit) - Level 3 (4th Visit) - Level 4 (5th Visit) - Level 5 (6th Visit) 	أنشطة برنامج أحسن لتهيئة المستشفيات (زيارات الميسرين): <ul style="list-style-type: none"> - المستوى 0 (الزيارة الأولى) - المستوى 1 (الزيارة الثانية) - المستوى 2 (الزيارة الثالثة) - المستوى 3 (الزيارة الرابعة) - المستوى 4 (الزيارة الخامسة) - المستوى 5 (الزيارة السادسة) 	

VISITS

الزيارات

Level 0 (First Visit)	المستوى (0) الزيارة الأولى:
At the beginning of the HOP; first Visit will be held. In which; the hospital team (Leadership & QM) will be given a full description of AHSAN Orientation Program & Accreditation Survey process with a brief introduction to all the guidelines and tools	عند بدء برنامج التهيئة ستتم الزيارة الأولى؛ وفيها سيعطى المستشفى (قيادة المستشفى وفريق الجودة): شرحاً كاملاً عن برنامج أحسن لتهيئة المستشفيات وعملية تقييم الاعتمادية ونبذة مختصرة عن جميع الأدبيات (أدلة الاعتماد والأدلة) ويحدد من خلالهما معالم برنامج التهيئة وخطة التدريب في المرفق وقوائم السياسات المطلوبة والمعايير المنطبقة عليه وسيتم تقييمها للاعتمادية.
The ENTIRE health & paramedical Staff should be clearly defined & divided to groups as ALL must be targeted by subsequent activities of HOP & ASP; primarily the training.	في البداية يحدد اجمالي عدد الكادر الطبي والمساعد بصورة واضحة كونه هو المستهدف تبعاً في جميع أنشطة برنامج التهيئة وعملية التقييم للاعتمادية وبصورة رئيسية بالتدريب لجميع وحدات الخدمة (العناية، الرقود، الحضانة، ... الخ).



	<p>HOP activities will focuses to a great limit on the Nursing at ALL the units of services in the hospital.</p>	<p>التدريب يستهدف التمريض بصورة ذات أولوية قصوى في جميع وحدات الخدمة إضافة إلى الكادر المساعد في الصيانة والجانب الإداري.</p>	3
	<p>the overall frame of HOP activities will be drawn according to the size & classification of the hospital within the National Health system (whether it is a district, interdistrict, general or referal hospital .. ect). And considering the Scope of services provided at the hospital.</p>	<p>نطاق ومحفوظ التدريبات (السياسات مثلاً وغيرها) والتي ستدرك يحددها مستوى المرفق في النظام الصحي (مستشفى ريفي، محوري، عام، مركزي، أمومه، قطاع خاص: مستشفى عام، تخصصي، مستوصف، ... الخ) وبما يتواافق مع وحدات الخدمة النمطية فيه - على سبيل المثال المستشفى الريفي لا توجد فيه عناية فلا تدخل السياسات الخاصة بها في خطة تدريب الكادر على سياسات الجودة وهكذا.</p>	4
	<p>Outcomes of first visit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assignment of Committees. - Define their Job description & duties during the next weeks according to their organization & size and classification of the health facility. 	<p>مخرجات الزيارة الأولى: هي:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تكليف اللجان. و - تحديد مهامها بتوزيع أعمال التدريب عليها وفقاً للمقرر في هيكل لجان الجودة المتفوقة مع مستوى المرفق في النظام الصحي أو حجم المنشأة. 	5
	<p>In case of large health facilities (as referal hospitals) the committees can select teams from each unit of services in the hospital to be initially trained during the first 1-2 weeks following the visit & then they will themselves train the other health workers in their units.</p>	<p>في حال اقتضى الأمر تبعاً لحجم المنشأة؛ تشكل فرق من وحدات الخدمة/الأقسام ليتم تدريبيها من قبل لجان الجودة في الأسبوع الأول لتقديم هي لاحقاً خلال المرحلة الثانية (أربعة أسابيع عقب الزيارة الثانية) بانجاز تدريب باقي كادر وحدات الخدمة/الأقسام.</p>	6



<p>During the first week after the first visit Quality committees will train the Units of Services' teams which will train the Staff of the Units.</p>	<p>خلال الاسبوع الاول عقب الزيارة الاولى تقوم لجان الجودة بتدريب فرق الوحدات الخدمية التي ستدرب على سياسات الوحدات الخدمية وتدرب هي وبإشراف لجان الجودة باقي كادر الوحدات.</p>	7
<p>After achieving training of Units of services teams & staff; Quality committees will supervise the process of Policy rewriting in EACH Unit according to their Scope of Services.</p>	<p>خلال الثلاثة الأسابيع التالية لتشكيل فرق وحدات الخدمة وتدريبهم على انشاء وصياغة السياسات؛ تعمل لجان الجودة مع فريق كل وحدة خدمة/قسم على اعادة صياغة السياسات المتطلبة بما يتواافق مع نطاق خدمة المرفق ومستواه ضمن النظام الصحي.</p>	8
<p>Documents requested as an evidence of the whole processes mentioned above are: The training documents & the prepared policies for each unit.</p>	<p>طلب الوثائق التالية للتحقق من عملية انجاز تدريب فرق الوحدات الخدمية؛ وهي: وثائق اقامة دورة تدريبية كما في النموذج (أ). اضافة الى سياسات كل وحدات الخدمة وفق نطاق خدماتها كما تم تحديده مسبقاً.</p>	9
المستوى (1) الزيارة الثانية:		
<p>During the Second visit: AHSAN facilitators should ensure that the QCs have completed the training of Unit teams & these achieved training of ALL the staff of the Units as well as the policy rewriting of each unit.</p>	<p>في الزيارة الثانية: يتم التحقق من استكمال جميع اعمال لجان الجودة وتدريب فرق الوحدات الخدمية وانجازها لاعادة صياغة السياسات والنموذج بما يتواافق مع نطاق ومستوى المرفق واستعداد الفرق لتدريب باقي كادر وحدات الخدمة/الأقسام خلال الأربعه الأسابيع القادمة عقب الزيارة الثانية.</p>	1
<p>During the following 4 weeks after the Second visit the QCs & Unit teams should start training ALL the Units Staff by the Prepared Policy during the last period.</p>	<p>خلال أربعه أسابيع تعقب الزيارة الثانية يتم انجاز خطة تدريب جميع كادر المستشفيات في جميع وحدات الخدمة/الأقسام على جميع السياسات المطلوب التدريب عليها وفق مستوى المرفق في النظام الصحي (وبحسب أولويتها).</p>	2



<p>Monitoring of Training Units' Staff by the indicator of achievement (25% per week of the targeted Staff).</p>	<p>3</p> <p>تم عملية متابعة سير خطة التدريب المزمنة (خلال 4 أسابيع) أسبوعياً للتحقق من انجاز 25% على الأقل من اجمالي العدد المستهدف لكادر الوحدات من قبل لجان الجودة في المستشفى.</p>
<p>Documents requested as an evidence of the process are: The training documents on the prepared policies for each unit.</p>	<p>4</p> <p>تطلب الوثائق التالية للتحقق من عملية انجاز الحد المطلوب في تدريب كادر الوحدات: وثائق إقامة دورة تدريبية وفقاً للنموذج.</p>
<p>After training of Staff units on EACH Policy; EACH trained staff should provided a document that certifies him training on that policy & carries his signature on responsibility of practicing the procedures of that policy. These documents should then be kept in the personnel files of ALL units staff to be reviewed during the subsequent visit by AHSAN facilitator(s).</p>	<p>5</p> <p>عقب تدريب كادر وحدات الخدمة/أقسام المستشفى على أي سياسة (أو مجموعة سياسات) يعطى كل متدرب نموذجاً للأقرار (النموذج ب) على حصوله على التدريب للتوقيع عليه يتضمن تحمله المسئولية في حال صدر عنه أي تقصير ناتج عن عدم الالتزام بإجراءات تنفيذ السياسة التي تدرب عليها؛ وتحفظ صورة الأقرار في ملفه الوظيفي وتجمع بحيث يمكن للمتدرب عند انتهاء فترة برنامج التهيئة الحصول على شهادة بمجموع ما تدرب عليه من السياسات الخاصة بوحدة الخدمة التي يعمل فيها أو ما يتجاوزها في حال كانت لديه الرغبة وتتابع التدريب في باقي سياسات الوحدات الخدمية/الأقسام الأخرى وتعهد من البرنامج الوطني للاعتماد أحسن.</p>
<p>Level 2 (3rd Visit)</p>	<p>المستوى (2) الزيارة الثالثة:</p>
<p>During the Third Visit; QCs will be given a detailed presentation on AHSAN Standards, Tools & Guides. As well as Methods of Assessment & Evidence of Compliance EOCs. And how to prepare the Indicators Card for EACH Unit of Service.</p>	<p>1</p> <p>في الزيارة الثالثة: تعطى لجان الجودة شرحاً كاملاً عن الدليل الارشادي لأداة الاعتماد وأليات التقييم وطرق وأساليب التحقق من عناصر التقييم وطريقة صياغة مؤشرات الأداء لمختلف وحدات الخدمة/الأقسام.</p>



<p>During the first week following the Third Visit; QCs will train the Units teams on AHSAN Standards & Methods of Assessment as well as on How to prepare the Indicators Card for Each Unit of Services.</p>	<p>خلال الاسبوع الاول عقب الزيارة الثالثة؛ تقوم لجان الجودة بتدريب فرق الوحدات الخدمية على اسلوب سياغة مؤشرات الأداء واعداد قائمة بأهم مؤشرات الأداء الخاصة بالوحدات الخدمية/الأقسام والتي ستدرك هي وبإشراف لجان الجودة باقي كادر الوحدات الخدمية/الأقسام على تلك المؤشرات .</p>
<p>During the following 3 weeks after the Third visit the Quality committees will supervise the process of Indicator Cards rewriting in EACH Unit.</p>	<p>خلال الثلاثة أسابيع التي تعقب الزيارة الثالثة يتم انجاز صياغة مؤشرات الأداء المتطلب التدريب عليها وفق مستوى المرفق في النظام الصحي (وبحسب أولويتها).</p>
<p>Documents requested as an evidence of the process are: The training documents & the prepared Indicator Cards for each unit.</p>	<p>طلب الوثائق التالية للتحقق من عملية انجاز الحد المطلوب في تدريب فرق الوحدات الخدمية: وثائق اقامة دورة تدريبية كما في النموذج. اضافة الى ما تم اعداده من مؤشرات الأداء الخاصة ب مختلف الوحدات الخدمية/الأقسام.</p>
<p>Level 3 (4thVisit)</p>	<p>المستوى (3) الزيارة الرابعة:</p>
<p>During the Fourth visit: AHSAN facilitators should ensure that the QCs have completed the training of Unit teams & preparing the Indicator Cards of each unit.</p>	<p>في الزيارة الرابعة: يتم التحقق من استكمال جميع اعمال لجان الجودة وتدريب فرق الوحدات الخدمية وانجازها لاعادة صياغة مؤشرات الأداء بما يتواافق مع نطاق ومستوى المرفق واستعداد الفرق لتدريب باقي كادر وحدات الخدمة/الأقسام خلال الاربعة اسابيع القادمة عقب الزيارة الرابعة .</p>
<p>During the following 4 weeks after the Fourth visit the QCs & Unit teams should start training ALL the Units Staff on the Prepared Indicators Cards during the last period.</p>	<p>خلال أربعة اسابيع تعقب الزيارة الرابعة يتم انجاز خطة تدريب جميع كادر المستشفيات في جميع وحدات الخدمة/الأقسام على صياغة مؤشرات الأداء المتطلب التدريب عليها وفق مستوى المرفق في النظام الصحي (وبحسب أولويتها).</p>



<p>Monitoring of Training Units' Staff by the indicator of achievement (25% per week of the targeted Staff).</p>	<p>3 تتم عملية متابعة سير خطة التدريب المزمنة (خلال 4 أسابيع) أسبوعياً للتحقق من انجاز 25% على الأقل من اجمالي العدد المستهدف لكادر الوحدات من قبل لجان الجودة في المستشفى.</p>
<p>Documents requested as an evidence of the process are: The training documents on the prepared policies for each unit.</p>	<p>4 تطلب الوثائق التالية للتحقق من عملية انجاز الحد المطلوب في تدريب كادر الوحدات: وثائق اقامة دورة تدريبية وفقاً للنموذج.</p>
<p>Level 4 (5th Visit)</p>	<p>المستوى (4) الزيارة الخامسة:</p>
<p>During the Fourth visit: AHSAN facilitators should ensure that the QCs have completed the training of Unit teams on the prepared Indicator Cards of each unit. And start trainig on Self-Assessment Tools for EACH Unit.</p>	<p>1 في الزيارة الخامسة: يتم التحقق من عمل الوحدات الخدمية وفقاً للسياسات والنمذج وقياس مؤشرات الأداء وعمل تقييم لكل وحدة بناء على ذلك وتدريب فرق الوحدات الخدمية على عمل التقييم الذاتي واحتساب نتيجة التقييم وتدريب باقي كادر الوحدات الخدمية على التقييم الذاتي.</p>
<p>During the following 3 weeks after the Fifth Visit; the QCs should start training Staff Units on the Self-Assessment Tools & Methods.</p>	<p>2 خلال الثلاثة الأسابيع الأولى تقوم لجان الجودة وفرق الوحدات الخدمية بتدريب جميع كادر الوحدات الخدمية على آليات التقييم الذاتي.</p>
<p>Each Staff Units should start Self-Assessment & QCs supervise that Assessment.</p>	<p>3 خلال الأسبوع الرابع تنفذ لجان الجودة تقييمها لجميع وحدات الخدمة كما تقوم كل وحدة خدمية بتنفيذ تقييم وحداتها وترفع كلا منها لمقارنة نتائج التقييم وتناقش خلال الزيارة السادسة والتركيز على مكامن الضعف - ان وجدت لدى مختلف الوحدات الخدمية أو الوحدات الخدمية الأكثر ضعفاً في نتائج التقييم الذاتي للوحدة ولجان الجودة معاً.</p>



المستوى (5) الزيارة السادسة:	Level 5 (6th Visit)
1	في الزيارة السادسة: يعطى المستشفى (لجان الجودة) شرحاً كاملاً عن أنشطة المتابعة والتحقق خلال فترة الاعتماد والتحضير لتدريب الكادر عليها في جميع وحدات الخدمة/الأقسام. إضافة إلى مناقشة نتائج التقييم الذاتي للجان الجودة والوحدات الخدمية ووضع خطة لمعالجة مكامن الضعف على مستوى كل وحدة خدمية أو للوحدات التي أظهرت تقييمها الذاتي وتقييمها من قبل لجان الجودة ضعفاً.

تقسيم المحاور (والسياسات) على الوحدات الخدمية





AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات م2022



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

**AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide**

**دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022**

نوعية المعايير	العنوان	النوعية									
		النوعية	النوعية								
2.2	تنمية المعرفة في المستشفى والمعرفة والسلبية	2.2.1	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	2.2.2	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	2.2.3	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	2.2.4	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	2.2.5	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية
2.3	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	2.2.6	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	2.2.7	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	2.2.8	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	2.3	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	2.3.1	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية
3	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	3.1	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	3.1.1	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	3.1.2	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	3.2	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	3.2.1	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية
4	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	4.1	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	4.1.1	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	4.1.2	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	4.1.3	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية	4.1.4	بياناً ملخصاً للمعرفة والسلبية
	مخطط تدريب كادر المستشفيات على معايير الاعتماد الجوية										
	وحدات الخدمة/القسام										



AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات م2022



AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات م2022



AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات م2022



AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات م2022



AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات م2022



AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات م2022



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

الفصل السادس:

فريق ميسري برنامج أحسن



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



No.	Subjects	الموضوع	M
	Orientation & Accreditation's Survey Team Composition: <ul style="list-style-type: none"> - The Core Team (3) - The Specialty Team (4) 	تركيب فريق ميسري برنامج أحسن لتهيئة المستشفيات وتقدير الاعتمادية: <ul style="list-style-type: none"> - الفريق الأساسي (3) - الفريق الاختصاصي (4) 	
	Orientation & Accreditation's Survey Team: Members & Allocation	أعضاء فريق التهيئة والاعتماد وتوزيع اعمالهم ومهامهم	

FACILITATORS

الميسرون

- Who is AHSAN Surveyor?

The survey team member is an experienced health professionals, who have been trained as a surveyor in a certified institution licensed by Ministry of public health and population for training of Quality & Accreditation principles & rules and had a certificate of related topics with preferably experience in hospital work as a medical staff and in quality management elsewhere, with enforcement training in AHSAN course of surveyors.

- من هو ميسر أحسن للاعتماد؟

عضو فريق ميسري أحسن هو شخص مؤهل في أحدى المهن الصحية والطبية ولديه تدريب كميسري في معهد مصرح له من وزارة الصحة العامة والسكان في مبادئ الجودة وسلامة المرضى وقواعد الاعتماد للمؤسسات الصحية. ولديه شهادة خبرة عمل في المستشفيات سابقة كعامل صحي بالإضافة إلى العمل في مجال الجودة داخل مرافق صحي أو خارجه؛ وتدرب لدى البرنامج الوطني للاعتماد على أنشطة التهيئة والتيسير للاعتمادية.



AHSAN Hospital Orientation & Accreditation's Survey Team Composition:

The Survey team size & composition is based on a careful review of the following factors as provided in the application for AHSAN;

- **Size of the facility surveyed** (based on average daily census).
- **Complexity of services offered**, including surgical & other services.
- Whether the facility has **special care units** or off-site clinics or locations.

Each hospital survey team is comprised of two teams as follows;

- The Core Team:

Composed of (3) surveyors:
Administrative, Nurse and Physician.

- The Specialty Team:

Composed of (4) surveyors:
Pharmacist, Infection Control, Laboratory, and Facility management & Safety specialist.

- Additional Surveyor(s):

For a limited survey focuses on a particular areas or function related standards not covered.

تركيب فريق ميسري برنامج أحسن لتهيئة المستشفيات وتقدير الاعتمادية:

حجم فريق ميسري أحسن وتركيبه يعتمد بصورة رئيسية على مراجعة عدد من العوامل وبيانات ترفع من المستشفى في طلب التقديم الخاص ببرنامج أحسن:

- حجم المستشفى مقدم الطلب (بناءً على حجم المترددين اليومي).
- طيف الخدمات التي يقدمها المستشفى والتي تشمل أنواع الجراحات المختلفة وغيرها).
- فيما لو توفر للمستشفى وحدات خاصة للرعاية (الغسيل الكلوي والأورام ورعاية الحرائق الخ).

فريق ميسري برنامج أحسن لتهيئة واعتماد لأي مستشفى سيتكون من:

- الفريق الأساسي (3):

**والمؤلف من 3 ميسرين: اداري،
ممرض، طبيب.**

- الفريق الاختصاصي (4):

ويتألف من 4 ميسرين هم: صيدلي، واحتياطي مكافحة والسيطرة على العدوى، واحتياطي مختبرات طبية، واحتياطي السلامة المهنية والبيئية.

- ميسرون إضافيون:

- وقد يضاف أحدهم لتغطية جانب لم يشمله مهام من ذكر أعلاه ولم يتم أو فترة محددة. كالجانب الانشائي أو غيره.



AHSAN FACILITATORS

- 1) Leadership & QM Surveyor:**
- 2) Medical Surveyor:**
- 3) Nursing Surveyor:**
- 4) Medication Management Surveyor:**
- 5) Infection Control Surveyor:**
- 6) Laboratory Surveyor:**
- 7) FMS Surveyor:**

فريق ميسري أحسن:

- (1) ميسر القيادة وادارة الجودة:**
- (2) ميسر الجانب الطبي:**
- (3) ميسر الجانب التمريضي:**
- (4) ميسر ادارة الدواء:**
- (5) ميسر السيطرة على العدوى:**
- (6) ميسر المختبر:**
- (7) ميسر ادارة السلامة:**

According to the Size & Classification of the Hospital the functions & Allocation of the 4 Specialty team are added to the CORE Team of AHSAN FACILITATORS as following:

- Leadership & QM facilitator:**
Will take the functions of FMS.
- Medical facilitator:**
Will take that of both: Medication Management & Laboratory facilitators.
- Nursing facilitator:**
Will take the functions of Infection Control Surveyor:

وفقاً لحجم وتصنيف المستشفى فإن وظائف ومهام الميسرين الأربعة في الفريق الاختصاصي تسند إلى الثلاثة الميسرين الأساسيين وكما يلي:

• ميسر القيادة وادارة الجودة:

تضاف إلى مهامه مهام: ميسر البيئة والسلامة.

• ميسر الجانب الطبي:

تضاف له مهام كل من: ميسري الدواء والمختبر.

• ميسر الجانب التمريضي:

تضاف له مهام ميسر السيطرة على العدوى.



AHSAN Hospital Orientation & Accreditation's Survey Team Members & Allocation:

Prior to the HOP & ASP, the facilitators should review information related to the hospital from the following sources:

- Application information.
- The first Survey Visit (Level 0) (initial assessment visit) report.

Upon these initial documents the Number & the composition of HOP team members as well as the on-site activities, the offsite required documents and even the content of subsequent training & consultative visit of surveyors team.

Thereafter, once the HOP start and the facilitator team achieve the planned & agreed agenda; they will review information related to the hospital from the following sources:

- The Previous Survey Visit (& Facilitators Assessment) report(s).
- Offsite required documents.
- Self-assessment & related corrective action plan(s).

These documents provide the facilitators an opportunity to verify whether the facts in the hospital documents are consistent

مهام وتوزيع فريق ميسري برنامج أحسن لتهيئة المستشفيات وتقدير الاعتمادية:

قبل بدء أنشطة برنامج التهيئة يتوجب على ميسري أحسن مراجعة البيانات المتعلقة بالمستشفى من مصادر رئيسيين هما:

- طلب تقديم الدخول في البرنامج
- تقرير الزيارة الأولى قبل بدء المستوى الأول حيث سيتم التحقق من البيانات التي في الطلب.

بناءً على تلك الوثائق الأولية سيحدد عدد وتركيب فريق ميسري أحسن وكذلك أجنددة الأنشطة الخاصة ببرنامج التهيئة والمحتوى التفصيلي لأنشطة باقي زيارات الميسرين وما سيتم تدريبيه للجان الجودة وبباقي كادر المستشفى من معايير وسياسات ومؤشرات ... الخ.

بعد ذلك وبعد البدء بأنشطة برنامج التهيئة ستتم مراجعة بيانات المستشفيات ومتابعة سير أعمال لجان الجودة فيه وتقدير مستوى الانجاز من قبل ميسري أحسن وفرق المتابعة لأنشطة المستشفيات بالبرنامج من المصادر التالية:

- تقرير الزيارات السابقة والتحقق من بيانات التقييم الذاتي في كل زيارة.
- وثائق الأنشطة التي نفذها المستشفى خلال المستوى.
- مشاريع التحسين والإجراءات التصحيحية التي اتخذت من قبل المستشفى خلال الفترة.

هذه الوثائق ستعطي ميسري أحسن الفرصة لمراجعة وتقدير ما يحقق المستشفى والمستوى الذي وصل



with the actual practice. These facts are taken into consideration while evaluating the corresponding AHSAN Standards.

اليه. وستؤخذ هذه الاعتبارات في تقييم مستوى مطابقة المستشفى لمعايير أحسن المنطبقة عليه وفقاً لتصنيفه ومستواه في النظام الصحي.

Each Member of the HOP team is responsible about a set of chapters & with few Standards from other chapters in relation to his/her speciality.
In general, the Facilitators are allocated to chapters as follow:

تقسيم محاور الاعتماد الرئيسية على الميسرين كل ميسر مسؤول عن مجموعة من المحاور الرئيسية من التهيئة وفقاً لتخصصه. وعدد من المعايير ذات العلاقة من باقي المحاور الأخرى.
بصورة عامة تتوزع تلك المحاور كما يلي:

LEADERSHIP & QM FACILITATOR:

- 1) Leadership
- 2) Human Resources
- 3) Information Management
- 4) Medical Records
- 5) Quality Management & Patient Safety
- 6) Social Care Services
- 7) Patients & Family Rights

FMS FACILITATOR:

Facility Management & Safety

ميسر القيادة وادارة الجودة:

- (1) القيادة
- (2) الموارد البشرية
- (3) ادارة المعلومات
- (4) السجلات الطبية
- (5) ادارة الجودة وسلامة المرضى
- (6) الخدمات الاجتماعية
- (7) حقوق المرضى وذويهم

MEDICAL FACILITATOR:

- 1) Medical Staff
- 2) Radiology Services
- 3) Respiratory Care Services
- 4) Physiotherapy Services
- 5) Dental Care

ميسر الجانب الطبي:

- (1) الكادر الطبي
- (2) خدمات الاشعة
- (3) خدمات الرعاية التنفسية
- (4) خدمات العلاج الطبيعي
- (5) صحة الفم والاسنان



NURSING FACILITATOR:

- 1) Dietary Services
- 2) Nursing Care
- 3) Patients & Family Education

JOINTLY BY MEDICAL & NURSING:

- 1) Provision of Care
- 2) Emergency Care
- 3) Anesthesia Care
- 4) Surgical Care
- 5) Labor & Delivery
- 6) Burn Care
- 7) Critical Care
- 8) Hemodialysis
- 9) Oncology & Radiotherapy

MEDICATION MANAGEMENT :

Medication Management

LABORATORY FACILITATOR:

Laboratory Services

INFECTION CONTROL FACILITATOR:

Infection Prevention & Control

ميسر الجانب التمريضي:

- (1) خدمات التغذية
- (2) الرعاية التمريضية
- (3) التقىف الصحي للمرضى وذويهم

ميسري الجانب الطبي والتمريضي مع بعضهما:

- (1) تقديم واستمرارية الرعاية
- (2) رعاية الطوارئ
- (3) رعاية التخدير
- (4) رعاية الجراحة
- (5) رعاية الحرائق
- (6) رعاية الحالات الحرجة
- (7) رعاية النساء والولادة
- (8) رعاية الغسيل الكلوي
- (9) رعاية الاعراض والعلاج بالأشعاع

ميسر ادارة الدواء:

ادارة الدواء

ميسر المختبر:

خدمات المختبر

ميسر السيطرة على العدوى:

منع انتشار العدوى



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

الفصل السابع:

أنشطة التهيئة & تقييم الاعتمادية



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



٦٣٤

AGENDA OF VISITS

أجندة الزيارات						
AGENDA OF VISITS		الإرشاد والتوجيه				
الزيارة الأولى			الزيارة الثانية			
جامعة مراجعة ملفات العاملين (غير عشوائية)						اليوم الثاني
ميسر مكافحة العوى	ميسر التدريسي	ميسر الجنابي	ميسر المختبر	ميسر الدواء	ميسر الطبي	ميسر القيادة والإدارة
جامعة مراجعة وثائق						اليوم الأول
ميسر مكافحة العوى	ميسر التدريسي	ميسر الجنابي	ميسر المختبر	ميسر الدواء	ميسر الطبي	ميسر القيادة والإدارة
جامعة مراجعة وثائق						اليوم الثالث
ميسر مكافحة العوى	ميسر التدريسي	ميسر الجنابي	ميسر المختبر	ميسر الدواء	ميسر الطبي	ميسر القيادة والإدارة



No.	Subjects	الموضوع	م
	<p>On-Site Survey Activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Training Sessions - Committees Interview - Meetings Holding - Documents Review - Medical Records Review - Personnel Files Review - Facility Tour & Units Visits 	<p>أنشطة التهيئة وتقييم الاعتمادية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - جلسات التدريب - مقابلة اللجان - عقد الاجتماعات - مراجعة الوثائق - مراجعة السجلات/الملفات الطبية - مراجعة ملفات العاملين - زيارة المستشفى التفقدية والأقسام 	

<p>INTERVIEWS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interviews with hospital Leadership - Interview with Hospital Committees - Interview with Medical Staff - Meetings with patients & family <p>REVIEWS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documents Review: - Medical Records Review: <ul style="list-style-type: none"> ○ Closed MRs ○ Open MRs - Personnel Files Review <p>OBSERVATIONS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facility (Building) Tour - Units Visits 	<p>المقابلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> - مقابلة قيادة المستشفى. - مقابلة لجان المستشفى. - مقابلة بعض العاملين بالمستشفى. - مقابلة بعض المرضى وذويهم. <p>مراجعة:</p> <ul style="list-style-type: none"> - مراجعة وثائق. - مراجعة السجلات/الملفات الطبية: ○ المؤرشفة (المغلقة) ○ المفتوحة - مراجعة ملفات العاملين بالمستشفى. <p>الزيارة والملاحظة:</p> <ul style="list-style-type: none"> - زيارة المبني (الجولة التفقدية). - زيارة وحدات الخدمة.
--	--



INTERVIEWs

المقابلة

INTERVIEWS:

- Interviews with hospital Leadership
- Interview with Hospital Committees
- Interview with Medical Staff
- Meetings with patients & family

المقابلة:

- مقابلة قيادة المستشفى.
- مقابلة لجان المستشفى.
- مقابلة بعض العاملين بالمستشفى.
- مقابلة بعض المرضى وذويهم.

INTERVIEWS:

- Interviews with hospital Leadership

المقابلة:

- مقابلة قيادة المستشفى.

EXECUTIVE LEADERSHIP INTERVIEW SESSION

جلسة مقابلة الادارة وقيادة المستشفى

AIM

- To clarify and discuss all findings collected during the visit & the results achieved during the period (weeks) preceding the visit (each level).
- To discuss the outcomes of hospital committees & departmental improvement projects.

ATTENDEES:

- From AHSAN Team;
- The ENTIRE AHSAN Team
- From Hospital;

الهدف من الاجتماع

- عرض ومناقشة جميع ما تم ملاحظته والوصول اليه من ملاحظات خلال الزيارة لما انجز خلال الفترة (الاسابيع) التي سبقت الجلسة (اثناء المستوى).
- مناقشة مخرجات لجان الجودة بالمستشفى، ومشاريع التحسين لجميع وحدات/اقسام الخدمة.

الحضور:

- من فريق الميسرين (الميسر المسؤول):
جميع ميسري أحسن.

- من المستشفى:



- Hospital director, Medical director, Operations director, Nursing director, Quality director, others invited based on need.

مدير المستشفى، المدير الطبي، مسئول العمليات، مسئول التمريض، مسئول الجودة، ومن يتطلب حضوره من مسئولي الوحدات/الاقسام بطلب من فريق الميسرين.

DURATION

Up to 60 minutes.

الזמן المطلوب:
حتى 60 دقيقة.

DATING (SCHEDULE)

At the end of visit activities on the 3rd day after holding all the meetings with committees.

توقيت الجلسة في جدول الزيارة:
عقب انتهاء باقي أنشطة زيارة التهيئة (اجتماعات اللجان والزيارات).

PLANNING & PREPARATION

AHSAN team should hold a meeting prior to this interview to arrange the questions and presentations in a logic & related sequence; Qs should be:

- Related to the visit activities.
- Clear & specific.
- Not drifted to present final findings or expressions.

الخطيط والتحضير للجلسة:
يعقد فريق الميسرين اجتماع قبيل الجلسة ويتم فيها:

- صياغة النقاط وفقاً لأجندة الزيارة.
- صياغة الأسئلة بشكل واضح وتفادي الإطالة في غير المطلوب.
- عدم إعطاء انطباعات حاسمة حول أي موضوع يطرح.

AGENDA (SCHEDULE)

- Introduction: to explore the aims of the meeting.
- Discussion: team members who have forwarded visit activities will take turns in presenting their Qs as agreed previously.
- Closing: summarizing the action

الأجندة:

- افتتاحية من قبل رئيس فريق الميسرين وتوضيح اهداف الجلسة وتقديم الفريق معه.
- مناقشة ما يطرحه كل ميسر من نقاط تخص محاوره وبالترتيب المتفق عليه سابقاً.
- إغلاق الجلسة من قبل مسئول فريق الميسرين وتوضيح خطة العمل خلال الفترة



points agreed and identifying the remaining activities in the agenda.

Requested Documents

Review the requested documents according to the contents of the visit.

التي تعقب الاجتماع.

الوثائق المطلوبة:

يتم مراجعة الوثائق المطلوبة وفق موضوع الزيارة من قبل كل ميسر بحسب المحاور الخاصة به.





INTERVIEWS:

With Hospital Committees:

- **Quality & Safety Committee**
- **Medication Management Committee**
- **Infection Control Committee**
- **Environmental Safety Committee**

المقابلة:

مقابلة لجان المستشفى:

- لجنة ادارة الجودة والسلامة.
- لجنة ادارة الدواء.
- لجنة مكافحة العدوى.
- لجنة السلامة البيئية.

QUALITY & PATIENT SAFETY SESSION

AIM

To have an overview on the hospital-wide Quality improvement & patient-safety program., including how data and information are managed and communicated to end users to better hospital services.

جلسة مقابلة لجنة الجودة وسلامة المرضى

الهدف من الاجتماع

- مناقشة مخرجات عمل لجنة الجودة بالمستشفى، ومشاريع التحسين لجميع وحدات/أقسام الخدمة خلال الفترة التي سبقت الجلسة متضمنة طريقة جمع البيانات وادارتها وعرضها.
- مراجعة جميع الوثائق المطلوبة من اعمال اللجنة.

ATTENDEES:

- **From AHSAN Team**

Facilitator of Leadership & Quality.

- **From Hospital**

Members of the committee as per terms of reference. According to the specialties in the hospital, the following are the least number required to attend: Quality director, Medical director, Nursing director, Risk

الحضور:

- من فريق الميسرين (الميسر المسؤول): ميسر الادارة والقيادة والجودة.

من المستشفى:

رئيس وجميع اعضاء لجنة الجودة، المدير الطبي، مسؤول التمريض، مسؤول الجودة وادارة المخاطر (في حال لم يكن ضمن من سبق)، مسؤول الاحصاء والسجلات الطبية، ومن يتطلب



manager, Medicah Records manager, HIS manager and Operations/Logistic representatitve.

DURATION

60 minutes for discussion.
30 minutes (review of related documents).

DATING (SCHEDULE)

To be held on the 2nd day after achieving the facility tour & Unit Visits to collect data may need discussion & to avoid overlap with any other meetings.

AGENDA (SCHEDULE)

- Hospital presentation on the Quality Improvement & Patient Saftey program to include;
 - 1) QI program Structure
 - 2) QI program flow (integration)
 - 3) Highlight on an improvement project
 - 4) Performance indicators monitoring process
 - 5) KPIs reports submitted to the governing body.
 - 6) Risk management initiatives & data trends
 - 7) Management of data & information processes:
 - Information needs assessment process
 - Information management structure
 - Data management education & training

حضوره من مسئولي الوحدات/الاقسام بطلب من فريق الميسرين.

الزمن المطلوب:

- للجتماع حتى 60 دقيقة.
- لمراجعة الوثائق 30 دقيقة.

توقيت الجلسة في جدول الزيارة:

عقب تنفيذ الزيارات والجولة التفقدية (اليوم الثاني). مع مراعاة تفادي تداخل توقيت اجتماع اللجنة بأي اجتماعات أخرى لضمان حضور كبير.

الاجندة:

- عرض للمستشفى (لجنة الجودة) حول ما انجز من انشطة برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى يشمل:
 - تركيب ومكونات برنامج تحسين الجودة.
 - تفاصيل سير انشطة برنامج التحسين.
 - لمحة عن مشاريع التحسين.
- آلية متابعة مؤشرات الأداء.
- التقارير المرفوعة حول نتائج مؤشرات الأداء.
- نتائج تحليل إدارة المخاطر والتقارير المرفوعة.
- اليات ادارة المعلومات:



- Data & report flow & management
- Open discussion between facilitator & hospital representative.
- Other topics may be raised & discussed based on the facilitator findings during the hospital visit.

Requested Documents

To review the following documents which are:

- Term of reference of the Q imorovement committee, patient safety team or equivalent.
- Committee membership list.
- Minutes of meetings for the tracking period.
- Managerial & clinical performance monitoring indicators.
- Patient safety indicators.
- Improvement projects or programs.
- Improvement activities based on information resulting from data analysis.
- Risk management program.
- Patient safety program.
- KPIs reports submitted to the governing body.
- Incidents reporting system & data trends.
- Review of committee performance.
- Information needs assessment process & report.
- Information management related activities, education & reports.

- مناقشة مفتوحة بين اعضاء فريق الميسرين ولجنة الجودة بالمستشفى.
- أي ملاحظات قد تطرح من قبل الميسرين لنتائج الملاحظات أثناء زيارات الاقسام والجولة التفقدية.

الوثائق المطلوبة:

- يتم مراجعة الوثائق المطلوبة والخاصة ببرامج تحسين الجودة وسلامة المرضى وادارة المخاطر والمعلومات وتقارير المتابعة بما يشمل ما يلي:
- ملف مرعية لجنة الجودة وسلامة المرضى.
- قائمة عضوية لجان الجودة ومنسقيها بالاقسام.
- مخرجات اجتماعات لجان الجودة خلال الفترة السابقة.
- مؤشرات اداء لجنة وجان الجودة.
- مؤشرات الاداء السريرية والادارية.
- مؤشرات امان وسلامة المرضى.
- برامج ومشاريع التحسين.
- انشطة التحسين التي انجذت وفقا لنتائج التحليل.
- تقارير مؤشرات الاداء التي رفعت للادارة.
- تقارير الاحداث العرضية.
- أي بيانات وتقارير متوفرة.



INFECTION PREVENTION & CONTROL SESSION

AIM

To discuss outcomes of IPCC and have an overview about the IPC Program & to ensure its implementation in the hospital.

To discuss the role of the IPCC in monitoring & supporting the IPC Program.

Review ALL the requested documents of IPC committee.

جولة مقابلة لجنة مكافحة والسيطرة على العدوى

الهدف من الاجتماع

- مناقشة مخرجات عمل لجنة مكافحة العدوى بالمستشفى، وبرنامج مكافحة العدوى وما يضمن تطبيقه في جميع وحدات/أقسام الخدمة خلال الفترة التي سبقت الجلسة متضمنة طريقة جمع البيانات وادارتها وعرضها.
- مناقشة دور اللجنة في متابعة ودعم برنامج مكافحة العدوى بالمستشفى.
- مراجعة جميع الوثائق المطلوبة من اعمال اللجنة.

الحضور:

- من فريق الميسرين (الميسر المسؤول): ميسر مكافحة العدوى (أو ميسر الجانب التمريضي في حال لم يكن هناك ميسر لمكافحة العدوى).

من المستشفى:

رئيس وجميع اعضاء لجنة مكافحة العدوى، بالإضافة الى:

- مسؤول مكافحة العدوى وفريقه بالمستشفى (في حال لم يكن ضمن من سبق)،
- مسؤول التمريض،
- استشاري أمراض معدية في حال وجود بالمستشفى. وأخصائي وبائيات وترصد.

الزمن المطلوب:

- للاجتماع حتى 45 دقيقة.

ATTENDEES:

- **From AHSAN Team: Infection Control Facilitator.**

From Hospital

Current members of the committee with:

- Infection Control Director
- Infection Control Practitioners
- Nursing Director
- Infectious Disease Consultant
- Epidemiologist & Surveillance

DURATION

- 45 minutes for discussion.



- 15 minutes for Document Review

DATING (SCHEDULE)

At the Second day, after meeting of Quality Committee to avoid overlap with QC & to augment attendance.

AGENDA (SCHEDULE)

- To discuss the essential role of the committee & its outcome.
- To review the required documents.
- To discuss any topics may be raised based on AHSAN facilitators findings during the hospital visit.

Requested Documents

Review of documents at IPCC Meeting related to IPC program & IPCC which include:

1. Terms of reference of IPCC.
2. Committee membership list.
3. Meeting minutes.
4. Committee Annual Report.
5. IPC Indicators Report.
6. Surveillance Report.

- مراجعة الوثائق 15 دقيقة.

توقيت الجلسة في جدول الزيارة:

في (اليوم الثاني)؛ عقب جلسة مقابلة لجنة الجودة. مع مراعاة تفادي تداخل توقيت اجتماع اللجنة بأي اجتماعات أخرى لضمان حضور كبير.

الاجندة:

- مناقشة دور اللجنة الأساسي ومخرجات عمل اللجنة.
- مراجعة الوثائق المطلوبة.
- أي ملاحظات قد تطرح من قبل الميسرين لنتائج الملاحظات أثناء زيارات الاقسام والجولة التفقدية.

الوثائق المطلوبة:

يتم مراجعة الوثائق المطلوبة والخاصة ببرامج مكافحة والسيطرة على العدوى والمعلومات وتقارير المتابعة بما يشمل ما يلي:

- ملف مرجعية لجنة مكافحة العدوى.
- قائمة عضوية اللجنة ومنسيتها بالاقسام.
- مخرجات اجتماعات اللجنة خلال الفترة السابقة.
- مؤشرات اداء اللجنة ومؤشرات الاداء السريرية والادارية.
- تقارير مؤشرات الاداء التي رفعت للادارة.
- تقرير ترصد العدوى المكتسبة بالمستشفى.



PHARMACY & THERAPEUTICS COMMITTEE SESSION

AIM

جلسة مقابلة لجنة الدواء

الهدف من الاجتماع

- مناقشة مخرجات عمل لجنة الدواء بالمستشفى، وبرنامج الامداد وادارة الدواء وما يضمن تطبيقه في جميع وحدات/أقسام الخدمة خلال الفترة التي سبقت الجلسة متضمنة طريقة جمع البيانات وادارتها وعرضها.
- مناقشة دور اللجنة في متابعة ودعم برنامج الامداد وادارة الدواء بالمستشفى.
- مراجعة جميع الوثائق المطلوبة من اعمال اللجنة.

ATTENDEES:

- From AHSAN Team
- From Hospital

الحضور:

- من فريق الميسرين (الميسر المسؤول): ميسر ادارة الدواء (أو ميسر الجانب الطبي في حال لم يكن هناك ميسر لإدارة الدواء).

من المستشفى:

رئيس واعضاء لجنة الدواء، مسئول الصيدلية، مسئول الامداد (في حال لم يكن ضمن من سبق)، مسئول التمريض، مسئول مكافحة العدوى، استشاري باطنة عامة، استشاري جراحة، استشاري اطفال، استشاري نساء وولادة ومسئولي الامراض المعدية في حال وجد بالمستشفى.

الזמן المطلوب:

- للجتماع حتى 45 دقيقة.
- لمراجعة الوثائق 15 دقيقة.

DURATION

DATING (SCHEDULE)

توقيت الجلسة في جدول الزيارة:



في (اليوم الثاني)؛ عقب جلسة مقابلة لجنة الجودة. مع مراعاة تفادي تداخل توقيت اجتماع اللجنة بأي اجتماعات أخرى لضمان حضور كبير.

AGENDA (SCHEDULE)

- مناقشة دور اللجنة الأساسي ومخرجات عمل اللجنة.
- مراجعة الوثائق المطلوبة.
- أي ملاحظات قد تطرح من قبل الميسرين لنتائج الملاحظات أثناء زيارات الأقسام والجولة التفقدية.

Requested Documents

الوثائق المطلوبة:
 يتم مراجعة الوثائق المطلوبة والخاصة بعمل اللجنة والمعلومات وتقارير المتابعة بما يشمل ما يلي:

- ملف مرجعية لجنة الدواء.
- قائمة عضوية اللجنة ومنسيتها بالاقسام.
- مخرجات اجتماعات لجنة الدواء خلال الفترة السابقة.
- مؤشرات اداء اللجنة.
- تقارير مؤشرات الاداء التي رفعت للادارة.
- قائمة الادوية بالمستشفى.





ENVIRONMENTAL SAFETY COMMITTEE SESSION

AIM

جلسة مقابلة لجنة السلامة البيئية

الهدف من الاجتماع

- عرض لخطة عمل المستشفى وما حققه بخصوص السلامة البيئية وأمان الموظفين والمرضى وذويهم من الزوار في كل وقت.
- مناقشة أنشطة ومخرجات عمل لجنة السلامة البيئية بالمستشفى، خلال الفترة التي سبقت الجلسة متضمنة طريقة جمع البيانات وإدارتها وعرضها.
- مراجعة جميع الوثائق المطلوبة من أعمال اللجنة.

ATTENDEES:

- From AHSAN Team
- From Hospital

الحضور:

- من فريق الميسرين (الميسر المسؤول): ميسر السلامة البيئية (أو ميسر القيادة والإدارة والجودة في حال لم يكن هناك ميسر للسلامة).

من المستشفى:

رئيس وجميع أعضاء لجنة السلامة، إضافة إلى 12 عضو على الأقل من المستشفى كما يلي:

- مهندس التجهيزات الطبية
- ممثل مكافحة العدوى
- ممثل المختبر
- ممثل الجانب الطبي
- مسئول الصيانة غير الطبية
- مسئول التمريض
- مسئول الجودة
- مسئول السلامة الإشعاعية
- مسئول إدارة المخاطر
- مسئول السلامة
- مسئول الأمن.



DURATION

الزمن المطلوب:

- للاجتماع حتى 45 دقيقة.
- لمراجعة الوثائق 15 دقيقة.

DATING (SCHEDULE)

توقيت الجلسة في جدول الزيارة:

في (اليوم الثاني)؛ عقب جلسة مقابلة لجنة الجودة. مع مراعاة تفادي تداخل توقيت اجتماع لجنة بأي اجتماعات أخرى لضمان حضور كبير.

AGENDA (SCHEDULE)

الاجندة:

- مناقشة دور اللجنة الأساسي ومخرجات عمل اللجنة.
- مراجعة إدارة المخاطر الخاصة بمخاطر المستشفى والبيئة.
- مراجعة البرامج والوثائق المطلوبة.
- أي ملاحظات قد تطرح من قبل الميسرين لنتائج الملاحظات أثناء زيارات الأقسام والجولة التفقدية.

Requested Documents

الوثائق المطلوبة:

يتم مراجعة الوثائق المطلوبة وال الخاصة بعمل اللجنة والمعلومات وتقارير المتابعة بما يشمل ما يلي:

- ملف مرجعية لجنة السلامة.
- قائمة عضوية اللجنة ومنسيتها بالاقسام.
- اجندة اجتماعات اللجنة معتمدة من مدير المستشفى.
- قائمة الحضور لاجتماعات.
- مخرجات اجتماعات لجنة السلامة خلال الفترة السابقة.
- مؤشرات اداء اللجنة.
- تقارير مؤشرات الاداء التي رفعت للادارة.
- تقارير زيارات التفقد للسلامة.



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

- خطط اصلاح وتفادي المخاطر وميزانيتها.
- تقارير الحوادث المتعلقة ببرامج السلامة وخطط وقوع تلك حوادث مجدداً.



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



REVIEWS

المراجعة

REVIEWS:

- **Documents Review**
- **Medical Records Review:**
 - Closed MRs
 - Open MRs
- **Personnel Files Review**

المراجعة:

- مراجعة وثائق.
- مراجعة السجلات/الملفات الطبية:
 - المؤرشفة (المغلقة)
 - المفتوحة
- مراجعة ملفات العاملين بالمستشفى.

DOCUMENTS REVIEWS SESSION:

The ENTIRE Survey team have their own functions-related documents that should be reviewed according to the list provided in the guide.

Documents required to be reviewed include: policies, procedures manuals, plans, meeting minutes and quality indicators.

Reviewed documents must be current & approved by relevant leaders.

- 1) Leadership & QM Facilitator:
- 2) Medical Facilitator:
- 3) Nursing Facilitator:
- 4) Medication Management Facilitator:
- 5) Infection Control Facilitator:
- 6) Laboratory Facilitator:
- 7) FMS Facilitator:

جسسة مراجعة الوثائق:

جميع الميسرين لديهم قائمة من الوثائق (الملفات) الخاصة بالوظائف المتعلقة به يجب أن يقوم بمراجعةها وفقاً للقائمة المرفقة بهذا الدليل.

الوثائق التي ستراجع تشمل: السياسات والأدلة والخطط ومحاضر الاجتماعات ومؤشرات الجودة ووثائق التدريب ... الخ.

جميع الوثائق يجب أن تكون قد انجذت حديثاً وخلال الفترة التي تسبق الزيارة ومعتمدة من المسئول المختص.

- (1) ميسر القيادة وادارة الجودة:
- (2) ميسر الجانب الطبي:
- (3) ميسر الجانب التمريضي:
- (4) ميسر ادارة الدواء:
- (5) ميسر السيطرة على العدوى:
- (6) ميسر المختبر:
- (7) ميسر ادارة السلامة:



HOSPITAL-WIDE REQUIRED DOCUMENTS

الوثائق المطلوبة على مستوى أقسام المستشفى

REQUIRED DOCUMENTS REVIEW:

- Departmental Organization Chart
- Departmental Mission Statement
- Departmental Scope of Services
- Annual Departmental Plan
- Departmental Staffing Plan
- Departmental Manual
- Departmental Meeting Minutes
- Departmental Request for Resources & Staffing
- Departmental Indicators Report
- Medical Equipment Inventory List
- Infection Control Manual
- Interdepartmental Agreement
- Safe Operation of Medical Equipment Training Records

(اللوجستية)

مراجعة الوثائق المطلوبة:

- الهيكل التنظيمي للقسم
- الرسالة والرؤية للقسم
- الخدمات المقدمة في القسم
- الخطة السنوية للقسم
- خطة التوظيف في القسم
- دليل القسم
- محاضر الاجتماعات للقسم
- طلبات القسم للموارد
- والموظفين
- تقارير المؤشرات للقسم
- قائمة جرد المعدات الطبية
- دليل مكافحة العدوى
- اتفاقيات بين الأقسام
- سجلات التدريب على تشغيل الأجهزة
- والمعدات الطبية





MEDICAL RECORDS REVIEW

السجلات/الملفات الطبية

Medical Records REVIEWS:

The ENTIRE Survey team EXCEPT:
Leadership & FMS Surveyors.

- **Closed MRs:**

Reviewed at the same time & place of documents review session.

- **Open MRs:**

Reviewed at the time of Unit Visits.

1) Medical Facilitator:

- Major Surgery patients
- 2 Files of ER patients w multiple consultations
- 2 Files of Patients transferred to other hospital
- 2 Files of ICU patients
- 2 Files of Hemodialysis patients
- 2 Files of Outpatients visits
- 2 Files of Patients involved in major incident
- 2 Files of Patients with One-day surgery
- 2 Files of inpatients admitted

2) Nursing Facilitator:

- 2 Files of ICU patients

مراجعة السجلات/الملفات الطبية:

جميع الميسرين باستثناء ميسري: الادارة والقيادة والسلامة البيئية.

- **السجلات/الملفات المؤرشفة (المغلقة):**

ويتم مراجعتها أثناء جلسة مراجعة الوثائق المشار إليها أعلاه.

- **السجلات/الملفات المفتوحة:**

ويتم مراجعتها أثناء زيارة ووحدات الخدمة.

(1) ميسر الجانب الطبي:

- 2 ملفات لحالات جراحة كبرى
- 2 ملفات لحالات طوارئ استدعت استشارات متعددة
- 2 ملفات لحالات مرضى احيلوا خارج المستشفى
- 2 ملفات لحالات عناية مركزية
- 2 ملفات لحالات من مركز الغسيل الكلوي
- 2 ملفات لحالات استقبلت في العيادات الخارجية
- 2 ملفات لحالات حصل لها حادث عرضي
- 2 ملفات لحالات أجريت لها تدخلات تحت الأشعة
- 2 ملفات لحالات جراحة اليوم الواحد
- 2 ملفات لحالات من أقسام الرقود الداخلية

(2) ميسر الجانب التمريضي:

- 2 ملفات لحالات عناية مركزية



- 2 Files of delivery patients
- 2 Files of surgical patients
- 2 Files of patients refused treatment
- 2 Files of patients transferred to other hospitals
- 2 Files of with nutritional risk
- 2 Files of Nursery
- 2 Files of inpatients admitted
- 2 Files of terminally-ill patients
- 2 Files of patients on therapeutic diet

- 2 ملفات لحالات ولادة.
- 2 ملفات لحالات جراحة كبرى
- 2 ملفات لحالات رفضت اكمال العلاج
- 2 ملفات لحالات مرضى احيلوا خارج المستشفى
- 2 ملفات لحالات تعاني من سوء التغذية
- 2 ملفات لحالات من الحضانة
- 2 ملفات لحالات من أقسام الرقود الداخلية
- 2 ملفات لحالات حرجة للغاية
- 2 ملفات لحالات على التغذية العلاجية

3) Medication Management Facilitator:

- 2 Files of patients with adverse drug reactions
- 4 Files of patients having Positive Sensitivity Test to drugs
- 6 Files for patients received Sedation therapy
- 8 Files of patients received Wide-spectrum Antibiotics

(3) ميسر ادارة الدواء:

- 2 ملفات لحالات حدث لها اعراض خطيرة من استخدام الأدوية
- 4 ملفات لحالات نتيجة فحص التحسس للمضادات الحيوية لديها ايجابي
- 6 ملفات لحالات أعطت ادوية مهدئة ومدرة وعلاج للألم
- 8 ملفات لحالات وصف لها مضادات حيوية واسعة الطيف

4) Infection Control Facilitator:

- 2 ملفات لحالات حصل لها ذات الرئة المكتسب في المستشفى
- 2 ملفات لحالات حصل لها ذات الرئة المكتسب في العناية (بالتنفس الصناعي)
- 2 ملفات لحالات حصل لها التهابات الجرح بعد العملية الجراحية
- 2 ملفات لحالات تعاني من فحص ايجابي لمصل الدم بأخذ فيروسات الكبد
- 2 ملفات لحالات تعاني من فحص ايجابي لمصل



الدم بفيروس نقص المناعة المكتسبة

5) Laboratory Facilitator:

- 2 Files of patients with adverse transfusion event
- 2 Files of patients having surgical pathology studies
- 6 Files of patients received blood transfusion (Whole fresh blood, Platletes, and Fresh Frozen Plasma)

(5) ميسر المختبر:

- 2 ملفات لحالات حدث لها اعراض خطيرة من نقل الدم
- 2 ملفات لحالات أرسلت لها عينات جراحية لدراسة الهسيتو بايثولوجي
- 6 ملفات لحالات نقل لها أحد مشتقات الدم (البلازما والصفائح والدم الطازج)



PERSONNEL FILES REVIEW

مراجعة ملفات العاملين

PERSONNEL FILES REVIEW:

The following elements should be available:

- Educational certificates.
- Licenses
- Job description
- Performance evaluation
- Orientation & Training Docs.

مراجعة ملفات العاملين:

الوثائق التالية يجب أن يتضمنها الملف وهي:

- الشهادات العلمية (المؤهلات).
- رخص مزاولة المهنة.
- الوصف الوظيفي.
- تقييم أداء العامل.
- وثائق التدريب كاملة.

Personnel Files REVIEWS:

The ENTIRE Survey team have their own functions-related personal files required to be reviewed as follows:

• Leadership & QM Facilitator:

He has to review the following files:

- Hospital director file
- Head of Medical Dep. file
- Finance director file
- Quality director file
- HR director file
- Medical Records file
- Medical Records staff
- Duty Manager files
- Patient Safety Officer file

مراجعة ملفات العاملين:

جميع الميسرين لديه قائمة من ملفات العاملين بالوظائف المتعلقة به يجب أن يقوم بمراجعةها وكما يلي:

• ميسر القيادة وادارة الجودة:

وعليه مراجعة ملفات العاملين التالية:

- ملف مدير المستشفى
- ملف رئيس قسم الباطنة
- ملف مدير الشؤون المالية
- ملف مدير ادارة الجودة
- ملف مدير شؤون الموظفين
- ملف مسؤول الاحصاء والارشيف
- ملفات موظفي السجلات
- ملفات المناوبين الاداريين
- ملف مسؤول سلامة المرضى

Randomly selected files of:

وملفات تختار بصورة عشوائية لـ:



- Contracted Worker
- Admin, Medical & Nursing Staff

• FMS Facilitator:

He has to review the following files:

- FMS Director
- Safety Officer
- Staff Handling Nuclear Material
- Security Staff
- Store/House Keeper
- Biomedical Engineer
- Electrical Engineer
- Maintenance Engineer
- Water System Maintenance Engineer/Technician

Randomly selected files of:

- Maintenance Staff
- Nursing Staff
- Contracted Worker

• Medical Facilitator:

He has to review the following files:

- Medical Director
- Head of OB/GYN
- Head of Anesthesia
- Head of OT
- Head of ER
- Head of ICU
- Head of Radiology
- Head of Dental Dep.

- موظفين متعاقدين
- ملفات اداريين وأطباء وممرضين

• ميسر ادارة السلامة:

وعليه مراجعة ملفات العاملين التالية:

- مسؤول السلامة
- مسؤول الامن
- ملف عامل في الطب النووي
- موظف حماية/أمن
- ملف عامل بالمخازن
- مهندس معدات طبية
- ملف مهندس كهربائي
- مهندس صيانة
- ملف موظف في السباكة

وملفات تختار بصورة عشوائية لـ:

- ملف موظف في الصيانة
- ملف احد التمريض
- ملف موظف متعاقد

• ميسر الجانب الطبي:

وعليه مراجعة ملفات العاملين التالية:

- ملف المدير الطبي
- ملف رئيس قسم النساء والولادة
- ملف رئيس قسم التخدير
- ملف مسؤول قسم العمليات
- ملف مسؤول قسم الطوارئ
- ملف مسؤول قسم العناية
- ملف مسؤول قسم الاشعة
- ملف مسؤول قسم الاسنان



Randomly selected files of:

- Anesthesiologist
- Psychiatrist
- ER Physician
- ICU Physician
- Hemodialysis Nurse
- Respiratory Therapist
- Dentist
- Dental Technician
- ER Nurse

• Medication Management Facilitator:

He has to review the following files:

- Pharmacy Director
- Pharmacy Quality Coordinator
- Pharmacist
- Pharmaceutical Technician
- TPN Pharmacist
- TPN Pharmaceutical Technician
- Drug Information Pharmacist

Randomly selected files of:

- Medication Administration Nurse
- Selected Pharmacy Staff

• Laboratory Facilitator:

He has to review the following files:

- Lab Director
- Lab supervisor
- Lab technicians
- Blood bank technicians

وملفات تختار بصورة عشوائية لـ:

- طبيب تخدير
- طبيب امراض نفسية
- طبيب طوارئ
- طبيب عناية
- ممرضة في وحدة الغسيل
- معالج تنفسى
- طبيب اسنان
- ملف فني اسنان
- ملف ممرض طوارئ

• ميسراً إدارة الدواء:

وعليه مراجعة ملفات العاملين التالية:

- ملف مسئول الصيدلية
- ملف منسق الجودة بالصيدلية
- ملف صيدلاني
- ملف فني صيدلة
- ملف صيدلاني مختص بال營養 الوريدية
- ملف فني صيدلاني مختص بال營養 الوريدية
- ملف احد موظفي الامداد

وملفات تختار بصورة عشوائية لـ:

- ملف احد موظفي ادارة الامداد
- ملف احد موظفي الصيدلية

• ميسراً المختبر:

وعليه مراجعة ملفات العاملين التالية:

- مدير المختبر
- رؤساء وحدات/أقسام المختبر
- فنيو المختبرات.
- فنيو بنك الدم.



Randomly selected files of:

- Contracted worker
- Selected Lab staff

• Nursing Facilitator:

He has to review the following files:

- Nursing Director
- Deputy Nursing director
- OT Nurse Manager
- ICU Nurse Manager
- ER Nurse Manager

Randomly selected files of:

- OB/GYN Nurse
- ER Nurse
- ICU Nurse
- Dietary supervisor
- Midwives
- Dietitian

• Infection Control Facilitator:

He has to review the following files:

- IPC Director
- IPC Practitioners
- CS Supervisor
- CS Staff

Randomly selected files of:

- Contracted worker
- Sample from Hospital

وملفات تختار بصورة عشوائية لـ:

- ملف متعاقد
- ملف عامل في المختبر

• ميسر الجانب التمريضي:

وعليه مراجعة ملفات العاملين التالية:

- رئيس التمريض
- نائب رئيس التمريض
- ملف مسئول تمريض العمليات
- ملف مسئول تمريض العناية
- ملف مسئول تمريض الطوارئ

وملفات تختار بصورة عشوائية لـ:

- ملف ممرض في النساء والولادة
- ملف ممرض في الطوارئ
- ملف ممرض في العناية
- ملف ممرض في التغذية
- ملف قابلة
- ملف مختص تغذية

• ميسر السيطرة على العدوى:

وعليه مراجعة ملفات العاملين التالية:

- ملف مسئول مكافحة العدوى
- ملف احد العاملين بمكافحة العدوى
- ملف مسئول التعقيم
- ملف احد موظفي التعقيم

وملفات تختار بصورة عشوائية لـ:

- ملف احد المتعاقدين
- ملف احد موظفي المستشفى



TOUR & VISITS

الزيارات

OBSERVATIONS:

- Facility (Building) Tour
- Units Visits

الزيارات والملاحظة:

- زيارة المبني (الجولة التفقدية).
- زيارة وحدات الخدمة.

TOUR & VISITS:

The Speciality-specific Visits are as follows:

• Leadership & QM Facilitator:

- Executive Hospital council
- HR administration
- Information Administration
- Medical Records Dep.
- Quality & Patient Safety Dep.
- Social Services Dep.
- Patients Affairs

• FMS Facilitator:

• Interior locations:

- Hospital lobby &
- Hospital gates
- Corridors & Staircases
- Elevators
- MRI
- ICU
- Isolation units
- Operation Rooms

الزيارات والملاحظة:

الزيارات الخاصة بأماكن اختصاص الميسرين كما يلي:

• ميسر القيادة وادارة الجودة:

- الادارة
- الموارد البشرية
- ادارة المعلومات
- السجلات الطبية
- ادارة الجودة وسلامة المرضى
- الخدمات الاجتماعية
- شئون المرضى وذويهم

• ميسر ادارة السلامة:

• الاماكن الداخلية:

- استعلامات المستشفى
- بوابات المستشفى
- الكوريدورس، السالم
- المصاعد
- الرنين المغناطيسي
- العناية المركزية
- غرف العزل
- غرف العمليات



- ER Rooms/Triage Areas
- Inpatient Rooms/Bathrooms
- Children Playroom
- Laboratory
- Radiology dep.
- Dermatology clinic (Laser Rooms)
- Delivery Room
- Nursery
- Female wards
- CSS Dep.
- Medical Records
- Emergencies Command Center
- Nursing Stations
- Safety Dep.
- Pharmacy store & Substores
- Staff Rooms
- Cardiology Unit
- Dialysis Unit
- Dental Unit
- Data Center (Servers Room)
- Clean Utility

• Exterior locations:

- Medical Waste Store Room
- Hospital Roof
- Elevator Service Room
- Hospital Gates/Entrances
- Kitchen
- Laundry
- Ambulances
- Electrical Rooms

- غرف الطوارئ/اماكن الفرز
- غرف الرقود، الحمامات
- اماكن وغرف لعب الاطفال
- المختبر
- قسم الاشعة
- عيادة الجلدية (غرف الليزر)
- غرفة الولادة
- غرفة الحضانات
- اقسام النساء
- قسم التعقيم المركزي
- السجلات الطبية
- مركز ادارة الطوارئ والعمليات
- محطات التمريض
- قسم السلامة
- مخزن الصيدلية والاستوكس
- غرف الكادر
- وحدة القلب
- وحدة الغسيل الكلوي
- وحدة الاسنان
- وحدة المعلومات (غرفة السيرفر)
- وحدة النظافة

الأماكن الخارجية:

- غرفة النفايات الطبية
- سقف المستشفى
- غرفة خدمات المصعد
- بوابات المستشفى ومداخله ومكان المعاقين
- المطبخ
- المغسلة
- الاسعافات
- غرفة الكهرباء



- Central Store
- Biomedical Engineering Workshop
- Generators
- Central Medical Gas Station
- Fire Pumps
- Boilers
- Septic tank
- Parking areas/Handicap slots

- المخزن المركزي
- ورشة الصيانة الطبية
- المولدات الكهربائية
- محطة توليد الغازات المركزية
- مضخات اطفاء الحريق
- الخزانات الحرارية
- ببارات المجاري والصرف
- موقف السيارات والاماكن المخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة.

• Medical Facilitator:

- ER
- OT
- Surgical Ward
- Medical Ward
- Pediatric Ward
- ICU
- OPD
- Physiotherapy
- Radiology
- Oncology
- Dental
- Hemodialysis
- Labor & Delivery
- Burn Unit
- One Day Surgery

• ميسر الجانب الطبي:

- الطوارئ
- العمليات
- قسم الجراحة
- قسم الباطنة
- قسم الأطفال
- العناية المركزية
- العيادات الخارجية
- العلاج الطبيعي
- الأشعة
- الأورام
- الاسنان
- الغسيل الكلوي
- الطوارئ التوليدية
- وحدة الحروق
- جراحة اليوم الواحد

• Medication Management Facilitator:

- Pharmacy
- Logistic Administration

• ميسر ادارة الدواء:

- الصيدلية
- الامداد الدوائي



- Warehouses
- Stocks at the Units of patients care

• Laboratory Facilitator:

- ALL Units of the Laboratory
- Blood Bank

• Nursing Facilitator:

- ER
- OT
- Labor & Delivery
- Surgical Ward
- Medical Ward
- Pediatric Ward
- ICU
- OPD
- Oncology
- Nursery
- Burn Unit

• Infection Control Facilitator:

- Central Sterilization Dept. CSSD
- Laundry
- Waste Management Unit
- Cleaners Units
- Infection Control Unit
- Kitchen
- Important Patients Care Units:
- ICUs
- Nursery
- Isolation Rooms

- مخازن الأدوية والمستلزمات
- مخازن الأدوية بالأقسام ووحدات الرعاية

• ميسر المختبر:

- جميع وحدات المختبر
- بنك الدم

• ميسر الجانب التمريضي:

- الطوارئ
- العمليات
- الطوارئ التوليدية
- قسم الجراحة
- قسم الباطنة
- قسم الأطفال
- العناية المركزية
- العيادات الخارجية
- الأورام
- الحضانات
- وحدة الحرائق

• ميسر السيطرة على العدوى:

- وحدة/قسم التعقيم центральный
- المغسلة

وحدة معالجة النفايات الطبية

- وحدة النظافة
- وحدة مكافحة العدوى
- المطبخ

وحدات الرعاية ذات الأهمية:

- الغنایات المركزية
- الحضانات
- غرف العزل



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

**AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide**

**دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022**

- Hemodialysis Unit
- Dental Clinic
- Others

- الغسيل الكلوي
- عيادة الاسنان
- غيرها



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

الفصل الثامن:

مهام وأنشطة المستشفيات



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



No.	Subjects	الموضوع	م
	Off-Site Survey Activities: <ul style="list-style-type: none"> - List of Policies - Lists of Required Documents 	أنشطة المستشفيات بين الزيارات وقبل تقييم الاعتمادية: الوثائق المطلوبة منهم	

<p>1- PURPOSE</p>	<p>الهدف :</p> <p>يجب أن يرفع المستشفى إلى الجهات المختصة بوزارة الصحة بمعلومات دقيقة وكاملة طوال فترة وأثناء جميع مراحل عمليات العمل والتقييم والاعتماد.</p> <p>خلال عمليات التهيئة والتقييم وفترة الاعتماد، تطلب الجهات المختصة بالوزارة بيانات ومعلومات عن العديد من النقاط. وتعمل السياسات والإجراءات المتعلقة بالاعتماد على تعريف المستشفى على البيانات و/ أو المعلومات المطلوبة والإطار الزمني لتقديمها. ومن المفترض أن يقدم المستشفى معلومات دقيقة وكاملة في الوقت المناسب فيما يتعلق بهيكل ونطاق عمل المستشفى، والمباني، والحكومة، والتراخيص، وتقارير التقييم الذاتية الدورية أو أي جهات خارجية للاعتماد.</p>
--------------------------	--



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

الفصل التاسع:

أنشطة أحسن أثناء فترة الاعتمادية



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



No.	Subjects	الموضوع	M
	Post-Survey Activities: <ul style="list-style-type: none"> - Survey Report & Accreditation decision - Plan of Activities & Training of Staff 	الأنشطة التي تلي تقييم الاعتمادية: <ul style="list-style-type: none"> - تقرير تقييم الاعتمادية وقرار أحسن للاعتماد - التخطيط لفترة الاعتماد وتدريب الكادر على الأنشطة 	
	Terms of Accreditation: <ul style="list-style-type: none"> - Accreditation Maintenance Procedures 	فترة الاعتماد: اجراءات ضمان استمرارية المستشفى في المحافظة على شروط الاعتماد	

1- PURPOSE <p>1.1</p>	<p>الغرض :</p> <p>يقوم المستشفى بالحفاظ على - وضمان ومتابعة - التطابق مع متطلبات الاعتماد.</p> <p>ولذلك فمن المتوقع أن:</p> <ol style="list-style-type: none"> ١. ينفذ المستشفى عملية ذاتية لتقييم التطابق بصفة دورية مع متطلبات الاعتماد. ٢. يلتزم المستشفى بكل من التغذية الراجعة والتعاميم الواردة من الوزارة خلال فترة الاعتماد. ٣. يستجيب المستشفى إلى جميع متطلبات وتقارير وزارة الصحة للاعتماد في الوقت المناسب. ٤. يستخدم المستشفى أدوات تقييم معتمدة لقياس التطابق مع متطلبات السلامة الوطنية. ٥. عند تحديد فجوة، يتخذ المستشفى جميع الإجراءات اللازمة لتحسين الأداء والحفاظ على التطابق مع
------------------------------	--



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

**AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide**

**دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022م**

متطلبات الاعتماد.

٦. يرفع المستشفى تقارير إلى الجهات المختصة بوزارة الصحة تتضمن أي عقبات تؤثر على تحقيق التطابق مع متطلبات الاعتماد.



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

الفصل العاشر:

قائمة الوثائق والقوائم الملحقة



البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
ومعايير جودة الرعاية الصحية
Quality of Health Care & Accreditation
of Hospitals Standards and National Programs



No.	Subjects	الموضوع م
	Annexes: - Annex A - Annex B - Annex C	قائمة الملحقات: - السياسات المطلوبة - الوثائق المطلوبة - اخرى

Annexes: 2 Annex B: Required HOP & ASP Documents	قائمة الملحقات: 2 القائمة الثانية: السياسات والوثائق المطلوبة
--	---

REQUIRED DOCUMENTS REVIEW: <ul style="list-style-type: none"> - Departmental Organization Chart - Departmental Mission Statement - Departmental Scope of Services - Annual Departmental Plan - Departmental Staffing Plan - Departmental Manual - Departmental Meeting Minutes - Departmental Request for Resources & Staffing - Departmental Indicators Report - Medical Equipment Inventory List - Infection Control Manual - Interdepartmental Agreement - Safe Operation of Medical Equipment Training Records 	مراجعة الوثائق المطلوبة: <ul style="list-style-type: none"> - الهيكل التنظيمي للقسم - الرسالة والرؤية للقسم - الخدمات المقدمة في القسم - الخطة السنوية للقسم - خطة التوظيف في القسم - دليل القسم - محاضر الاجتماعات للقسم - طلبات القسم للموارد - الموظفين - تقارير المؤشرات للقسم - قائمة جرد المعدات الطبية - دليل مكافحة العدوى - اتفاقيات بين الأقسام - سجلات التدريب على تشغيل الأجهزة - والمعدات الطبية
--	---



LEADERSHIP

وثائق القيادة والإدارة

	HOSPITAL LEADERSHIP	الادارة والجودة والتخطيط والتوظيف	9
	Organization	التنظيم	9.1
	Hospital Organization Chart	الهيكل التنظيمي	9.1.1
	Hospital Job description	دليل التوصيف الوظيفي للمستشفيات	9.1.2
	Hospital Code of Conduct		
	Policy for Development & Maintenance of Policies	نموذج صياغة السياسة	9.1.3
	Hospital Committees		
	Policy for Committee Management		
	Committee Terms of Reference (Sample)		
	Hospital Executive Committee		
	Governing body formation document		
	Governing body Meeting Minutes		
	HOSPITAL PLANNING	التخطيط	9.2
	Policy of Strategic Planing	سياسة التخطيط الاستراتيجي	9.2.1
	Hospital Strategic Plan	نموذج الخطة الاستراتيجية للمستشفى	9.2.2
	Mission Statement	نماذج رؤى ورسائل المستشفيات	9.2.3
	Hospital Annual Plan	نموذج خطة العمل السنوية للمستشفى	9.2.4
	Hospital Scope of Services		
	Hospital Budgeting Process		
	HOSPITAL STAFFING PLAN	الموارد البشرية والتدريب	9.4
	Hospital Staffing Plan	سياسة الاحتياج من القوى البشرية والعاملين	9.4.1
	E	سياسة التوظيف	9.4.2



	General Hospital Orientation Program/Employee Handbook		
	Departmental & Job Orientation Program		
	Policy for Management of Personnel files		
	Contents of Employee File (Sample)	استمارة محتوى ملف الموظف	9.4.3
	Policy of Staff Assignment	سياسة التعيينات	9.4.4
	Policy of Worktime & Duty List	سياسة ساعات العمل والمناوبات	9.4.5
	Policy for Regular Performance Evaluation		
	Policy for Unplanned Review of Medical Staff Performance	سياسة تقييم الكفاءة	9.4.6
	Staff Performance Assessment (Sample)	استمارة قياس مستوى اداء العاملين	9.4.7
	Employee Performance Assessment (Sample)	نموذج تقييم اداء الموظف	9.4.8
	Policy for Staff Complaint		
	Evidence of Staff Complaints Management		
	Staff Satisfaction Assessment (Sample)	اسبيان رضا العاملين	9.4.9
	Employee Satisfaction Assessment (Sample)	استمارة قياس مستوى رضا العاملين	9.4.10
	EDUCATION & TRAINING DEPARTMENT		
	Training Needs Assessment	سياسة التعرف على الاحتياجات التدريبية	9.4.11
E	Cross Training Policy	سياسة التدريب	9.4.12
	Policy for Continuing Education		
	Continuing Education Program		
	Evidences of support of Staff Education		
	Cross-trained Nurses Lists	سجل التدريب	9.4.13
		نموذج محضر تدريب	9.4.14



Patients Affairs		
53	سياسة شكاوى ومقترحات المرضى	9,3
	Policy for Patient Complaints	سياسة شكاوى المرضى
	Evidences of Patient Complaints Management	
	استبيان رضا المرضى الداخليين	9.4.20
	لوحة انتظار رجال نساء	9.4.21
	قائمة تحقق استعداد المركز لتقييم احسن	9.4.22
Patients & Family Rights		9
49	سياسة حقوق المريض	9,1
	Policy for Patient & Family Rights	سياسة حقوق المرضى وواجباتهم
	Patient & Family Rights Statement	لائحة حقوق المرضى (بنر)
	لائحة واجبات وحقوق المرضى وعائلاتهم (ونموذج اقرار موقع بالمسؤوليات)	5.1.18
50	سياسة مسؤوليات (واجبات) المرضى تجاه المستشفى	9,6
غ	نموذج اقرار موقع من المرضى بالمسؤوليات التي عليهم تجاه المستشفى	
55	سياسة تعريف المريض بالنتائج والتكليفات المتوقعة	9,4
	سياسة من يحق لهم اعطاء التفويض	5.1.20
	Policy for Refusal of Treatment	سياسة التعامل مع رفض أو عدم استمرارية المريض بالعلاج
	Policy for Refusal of Treatment	سياسة حق المريض في رفض العلاج
	نموذج رفض المعالجة	5.1.22
	Policy for the Protection of Patient Belongings	سياسة حفظ ممتلكات المرضى
	Policy for the Protection of Patient Belongings	سياسة الحفاظ على ممتلكات المريض
	نموذج حفظ الممتلكات	5.1.24



	سياسة التثقيف الصحي للمرضى وذويهم	1.9
م	نموذج تقييم احتياجات المريض التثقيفية	
غ	نموذج تثقيف المرضى (ونموذج تقييم احتياجات المريض التثقيفية)	5.1.19
غ	كتيبات تثقيفية للمرضى	

MEDICAL RECORDS	سياسات الملف الطبي	3
Policy for Medical Records Documentation	سياسة المحتوى الموحد والثابت للملف الطبي للمريض	3.1
Policy for Medical Records Documentation	سياسة من له الصلاحية للكتابة في ملف المريض الطبي	3.2
Policy for Access to Medical Records	سياسة من له حق الاطلاع على الملف الطبي	3.3
Policy for Medical Records Protection	سياسة حماية السجلات الطبية والمعلومات من الضياع والتلف	3.4
Policy for Medical Records Retention & Release	سياسة التخلص من الملفات الطبية ومدة حفظ السجلات والملفات	3.5
Medical Records Management Process		
Medical Records Review Reports		
Policy for Medical Records Retention	سياسة مدة الاحتفاظ بالسجل الطبي	9.4.15
Policy for Medical Records Protection	سياسة سرية السجلات الطبية	9.4.16
Policy for Release of Medical Records		
	ملخص حالة خروج	9.4.17
	ملخص الخروج من المستشفى	9.4.18



QUALITY & PATIENT SAFETY

وثائق الجودة وسلامة المرضى

	QUALITY MANAGEMENT DEPARTMENT	الجودة	9.3
		استراتيجية الجودة	9.3.1
	Quality Improvement Plan/Program	خطة عمل ادارة الجودة	9.3.2
		نطاق خدمة مكتب الجودة	9.3.3
	Committee Terms of Reference (Sample)	مرجعية اللجان (لجان الجودة)	9.3.4
		تکالیف اللجان	9.3.5
		نموذج محضر تدريب لحلقة الجودة	9.3.6
		نموذج محضر اجتماع لجان الجودة	9.3.7
	Risk Management Program	نموذج ادارة المخاطر	9.3.8
	Performance Improvement Projects/Reports	نموذج اعداد مشروع التحسين	9.3.9
		سياسة خطة الاتصالات	9.3.10
E		سياسة التواصل الفعال	9.3.11
E		سياسة الاجتماعات والمقابلات	9.3.12
	Meeting Minutes (Sample)	نموذج محضر اجتماع	9.3.13
		نموذج محضر الاجتماع الصباحي	9.3.14
		نموذج محضر مرور على الأقسام	9.3.15
		نموذج تدقيق الملفات	9.3.16
		نموذج تدقيق للخدمات العامة	9.3.17
	Hospital Indicators Reports	سجل مؤشرات الاداء	9.3.18
		قائمة التدقيق المستلم الاداري	9.3.19
.		نموذج جمع بيانات احصائية ومالية لاعداد دراسة جدوی تحسين اداء المرافق	9.3.20



FMS

وثائق السلامة البيئية

M	المواضيع والوثائق	Required Documents
1	الصيانة الإنسانية والاجهزه الطبيه	Building Maintenance & Biomedical Engineering Maintenance
1.1	الصيانة الإنسانية واجراءات السلامة الانسانية	Policy of Building Maintenance
1.1.1	خطة الصيانة الانسانية	Plan of Building Maintenance
1.1.3	اجراءات السلامة الانسانية	Policy of Environmental Saftey
1.1.4	نموذج قائمة الفحص الدوري للمرافق الاساسية	
1.1.5	سياسة الفحص الدوري وصيانة المرافق	Policy of Routine Examination & Maintenance
1.1.6	الصيانة الوقائية للكهرباء	Electrical Protective Maintenance
1.1.7	سياسة صيانة المولد	Policy of Generator Maintenance
1.2	الاجهزه الطبيه وصيانة التجهيزات والمعدات الطبيه	Biomedical Equipment Management
1.2.1	سياسة الاجهزه الطبيه	
1.2.2	خطة الاحتياج من الاجهزه الطبيه	Biomedical Equipment Management Plan
1.2.3	خطة صيانة الاجهزه الطبيه	
1.2.4	نموذج خطة صيانة الاجهزه الطبيه	
1.2.5	برنامج تدريبي للكادر الطبي على الاجهزه الطبيه	Safe Operation of Medical Equipment Training Records
1.2.6	سياسة تدريب الكادر على الاجهزه الطبيه	E
1.2.7	سياسة استلام وفحص الاجهزه الجديدة	Policy for New Equipment Inspection
1.2.8	سياسة طلب صيانة	Sample of Preventive Work Orders
1.2.9	جدول الصيانة الدوريه للاجهزه الطبيه	Periodic Preventive Maintenance (PPM) Records
1.2.10	كرت الصيانة الطبيه الدوريه	E



AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات 2022

	سياسة توفير القطع الاستهلاكية وقطع الغيار	1.2.11
	سياسة التحسين المستمر في اداء الاجهزة الطبية	1.2.12
	سياسة جرد الاجهزة الطبية	1.2.13
	محاضر جرد الاجهزة الطبية	1.2.14
Medical Equipment Inventory List	كشف الاجهزة المعطلة	1.2.15
	نموذج التفتيش وفحص الاجهزة	1.2.16
	نموذج متابعة درجة حرارة الثلاجة اليومي	1.2.17
	خطة الصيانة الطبية السنوية	1.2.18

FMS	السلامة المهنية	8
	خطة الأمن والسلامة	8.1.1
Hazardous Materials Management Plan	خطة التعامل مع المواد الخطرة	8.1.2
E	خطة سلامة المرضى	8.1.3
Patient Safety Culture Assessment Report & Actions	قائمة التدقيق على الامان	8.1.4
	قائمة المعايير الاحتراسية	8.1.5
E	السياسات والإجراءات الخاصة بسلامة المرضى	8.1.6
Policy for Sentinel Events/Incidents Reporting	سياسة الحادث العرضي	8.1.7
Reports of Sentinel Events	نموذج الحادث العرضي	8.1.8
	سياسة الدليل الصحي للموظفين	8.1.9
	سياسة تعرض العاملين للإصابة المهنية	8.1.10
	بلاغ الوخذ بالابر	8.1.11
Fire Saftey Plan	سياسة الحريق والدخان	8.1.12
	بوستر الحريق	8.1.13
	بوستر منوع التدخين	8.1.14



		لوحة مخرج طوارئ	8.1.15

	RADIOLOGY	الأشعة والسلامة الاشعاعية	
	Radiology Department POLICIES & PROCEDURES (Sample)	الأشعة والسلامة الاشعاعية	3
		طلب الأشعة وتحديد الوقت اللازم للحصول على التقرير	3.1
	Departmental Scope of Services	خدمات قسم الاشعة	3.1.1
	Radiology Request Form	نموذج طلب اشعة	3.1.2
		نموذج الموافقة على اجراء اشعة بالصبغة	3.1.3
	Policy for Reporting Critical Radiology Results	سياسة الحصول على التقرير في الوقت اللازم	3.1.4
		ضبط الجودة في الأشعة والمعاييرة والسلامة	3.2
E		برنامج ضبط الجودة في الاشعة	3.2.1
E		سياسة الصور الاشعاعية التي تم اعادتها	3.2.2
E		برنامج السلامة الاشعاعية	3.2.3
E		سياسة التخلص من المواد الاشعاعية	3.2.4
		علامة الاشعة	3.2.5



MEDICAL CARE

وثائق الرعاية الطبية

	EMERGENCY	الطوارئ	4
غ		خطة عمل قسم الطوارئ	
		الانعاش القلبي الرئوي وعربة الانعاش والنقل الامتعاني	4.1
E		سياسة الكود بلو	4.1.1
		بوستر الكودات	4.1.2
E		سياسة عربة الانعاش القلبي الرئوي	4.1.3
		قائمة محتويات عربة الانعاش	4.1.4
		نموذج قائمة التدقيق اليومي على عربة الانعاش	4.1.5
		قائمة محتويات سيارة الاسعاف	4.1.6
		الاستجابة الطارئة في الطوارئ وادارة الاصابات الجماعية والكوارث	4.2
E		سياسة خدمة الاستجابة الطارئة في الطوارئ	4.2.1
غ		خطة الطوارئ الخاصة بالمستشفى (الكوارث الداخلية)	4.2.2
غ		خطة ادارة الاصابات الجماعية (الكوارث الخارجية)	4.2.3
		لوحات ارشادية خطة الكوارث	4.2.4
101		سياسة العناية التمريضية لمريض فقد الوعي	8,2
104		سياسة العناية التمريضية لمريض العناية الموصى على جهاز التنفس الصناعي	8,7
	Emergency Clinical Practice Guidelines	أدلة خدمات الطوارئ (علاج آلام الصدر، الصدمة، الاصابات المتعددة ... الخ)	
	Criteria for Accepting Patients in the Hospital	قائمة التدقيق على المعايير الخاصة بالاستقبال والطوارئ	4.2.5



NURSING CARE

وثائق الرعاية التمريضية

	37	التمريض والأطباء	5
		الرعاية الطبية والتمريضية	5.1
م		أخلاقيات مهنة التمريض	*
م		مسؤوليات التمريض تجاه مهنتهم وأماكن عملهم	
	Policy for Nursing Care Delivery	السياسات والإجراءات التمريضية	5.1.1
		سياسات حركة المريض	1
37		سياسة استقبال ودخول وخروج المرضى من والى الاقسام الداخلية	1,1
	Policy for Admission	سياسة استقبال ودخول وخروج المرضى من الطوارئ	1,2
	Policy for Informed Consent	سياسة الموافقة	
	Policy for Patient Transfer	سياسة نقل وحالات المريض	1,3
30		سياسة عملية الفحص لتحديد احتياجات المرضى من الرعاية التمريضية	1,4
	Patient & Family Education Policy	سياسة المعلومات التي تعطى للمريض والأسرة عند دخول المستشفى	1,5
36		سياسة ادارة المرضى في حالة عدم وجود مكان متاح للخدمة الطبية المطلوبة لهم	1,6
0		سياسة التنسيق مع كافة أقسام المستشفى	1,7
	Emergency Department Policies & Procedures	سياسة الاستجابة للطوارئ الطبية في المستشفى	1,8
	Patient & Family Education Policy	سياسة التثقيف الصحي للمرضى وذويهم	1,9
48		سياسة التعامل مع المرضى المشروفون على الموت	1,10
	Policy for Consultation	سياسة استدعاء الأطباء/الاستشاريين	1,11



AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات 2022

	Policy for Consultation	سياسة الاستشارة الطبية	1,12
44		سياسة خطة الخروج	1,12
		سياسات التقييم	2
	Policy for Patient Assessment & Reassessment	سياسة تقييم المريض (من قبل الكادر التمريضي)	2,1
	Policy for Patient Assessment & Reassessment	سياسة إعادة تقييم المرضى	2,2
24		سياسة الخطة التمريضية	2,3
25		سياسة التسجيل والتوثيق التمريضي	2,4
	Policy for Management of Suspected Abuse, Neglect or Domestic Violence Cases	سياسة تقييم المرضى بالنسبة للتعرض للاهتمال او الاعذاء	2,5
28		سياسة الحد الادنى من التاريخ المرضى والفحص الاكلينيكي	2,6
	Policy for Care of Vulnerable Patient	سياسة تحديد فئات المرضى الأكثر عرضة للخطر	2,7
20		سياسة الاطار الزمني لاستكمال التقييم	2,8
	Policy for Pain Management	سياسة تقييم وادارة الالم	2,9
		سياسة الحد الادنى من معدل التكرار ومحظى إعادة التقييم	2,10
		سياسات امان وسلامة المرضى	4
65		سياسة التعرف الصحيح على المريض	4,1
	Policy for Handover	سياسة تسليم واستلام حالات المرضى	4,2
67		سياسة منع السقوط للمريض	4,3
	Policy for Restraints	سياسة الاستخدام الآمن للتقييد	4,4
70		سياسة منع حدوث قرح الفراش	4,5



	74	سياسة التعامل مع النتائج الحرجة	4,6
	84	سياسة تفادي التوصيل الخاطئ للقساطر والأنابيب	4,7
		الرعاية التمريضية للمريض في العمليات الجراحية	6
	85	سياسة التمييز الدقيق والموثق للمريض قبل العملية وقبل البدء بالجراحة مباشرة	6,1
	87	سياسة التأكيد من كل الوثائق والأجهزة اللازمة لإجراء الجراحة	6,2
	86	سياسة تحديد مكان اجراء الجراحة قبل البدء فيها	6,3
	88	سياسة التأكيد من الاحصاء الدقيق لعدد الفوط والابير والأجهزة قبل وبعد الاجراء الجراحي	6,4
	155	سياسة دخول وخروج المريض من العمليات	
	158	سياسة العناية بالمريض في الاقافه	
	68	سياسة منع سقوط المرضى في غرفة العمليات	
		سياسات الاحداث غير المتوقعة (العرضية)	7
	13	سياسة رفع تقرير واقعة (حادث عرضي)	7,1
	14	قائمة بالواقع (الحوادث العرضية) التي يرفع تقرير عنها	*
	15	سياسة التحليل المكثف لوقوع حادثة غير متوقعة	7,2
	Policy for Nursing Care Delivery	سياسات العناية التمريضية	8
	100	سياسة العناية التمريضية لمريض الصدمة	8,1
	101	سياسة العناية التمريضية لمريض فقد الوعي	8,2
	97	سياسة العناية التمريضية لمريض الجلطة القلبية	8,3
	96	سياسة العناية التمريضية لمريض الذبحة الصدرية	8,4



	102	سياسة العناية التمريضية لمريض الغيبوبة الكيتونية	8,5
	98	سياسة العناية التمريضية لمريض هبوط القلب	8,6
	104	سياسة العناية التمريضية لمريض العناية الموصى على جهاز التنفس الصناعي	8,7
		سياسة العناية التمريضية لمريض الفشل الكلوي	8,8
		سياسة العناية التمريضية لمريض الصرع	8,9
	99	سياسة العناية التمريضية لمريض الارتجاع الرئوي	8,10
		سياسة العناية التمريضية لمرضى الكسور	8,11
		سياسة العناية التمريضية لمرضى الحروق	8,12
	26	سياسة قياس العلامات الحيوية	
	54	سياسة الحصول على موافقة (طبية) كتابية مبنية على المعرفة	9,7
	E	سياسة التعرف على هوية المريض	5.1.2
	Policy for Access to Medical Records	سياسة المخولين بالتدوين في الملف الطبي	5.1.3
		التقرير التمريضي اليومي	5.1.4
	Sample of Consultation Request	نموذج طلب استشارة	5.1.5
		نموذج اقرار عام بالموافقة على المعالجة	5.1.6
	Handover Documentation	نموذج الاستلام والتسليم بين الكادر التمريضي	5.1.7
	E	نموذج احالة مريض	5.1.8
		نموذج تحويل مريض الى مستشفى اخر والنقل الاسعافي 1 و 2	5.1.9
		نموذج متابعة التمريض في كل وردية	5.1.10
		الخلاصة التمريضية اليومية لحركة المرضى من والى وبين الأقسام	5.1.11



		نموذج امر الطبيب	5.1.12
		ملاحظة الطبيب متابعة يومية للمريض	5.1.13
E	Policy for Telephone & Verbal Orders	سياسة الاوامر الشفهية	5.1.14
E		نموذج الاوامر الشفهية	5.1.15
E		نموذج تسجيل السوائل الداخلة والخارجية	5.1.25
م		سياسة تقييم وادارة الالم	2.9
E		نموذج تقييم الالم	5.1.26
غ		دليل العمل الخاص بعلاج الألم	
E		نموذج تقييم الخطر للتعرض للقرح السريرية	5.1.27
		نموذج تقليل المريض	5.1.28
E		نموذج تقييم الخطر للسقوط	5.1.29
		بوستر الاهداف العالمية الستة لسلامة المرضى	5.1.30
		الرعاية الطبية والتمريضية في الأقسام الخاصة والحرجة	5.2
E		السياسات الطبية لقسم النساء والولادة	5.2.1
E		السياسات التمريضية لقسم النساء والولادة	5.2.2
NICU POLICIES & PROCEDURES (Sample)		السياسات الخاصة بالحضانة	5.2.3
		قائمة التدقيق على المعايير الخاصة بوحدة المبتررين	5.2.4
ICU POLICIES & PROCEDURES (Sample)		سياسات التمريض العناية المركزية	5.2.5
		قائمة التدقيق على المعايير الخاصة بالعناية المركزية	5.2.6
		قائمة التدقيق على المعايير الخاصة بوحدة الكلى	5.2.7
غ		سياسات الرعاية التغذوية	5.3
غ		سياسة اعداد الطعام	5.3.1
غ		سياسة توزيع الطعام	5.3.2
غ		سياسة تخزين الطعام	5.3.3



	غ	سياسة التغذية بالأنبوب	5.3.4
	غ	سياسات العلاج التغذوي لذوي الاحتياجات الخاصة	5.3.5
	غ	قوائم العلاج التغذوي الخاص	5.3.6
	23	التخدير والجراحة والعمليات والافتقاء	6
		التحضير للعمليات الجراحية وتقييم المريض	6.1
E		سياسات العمليات	6.1.1
		نموذج اقرار موافقة على اجراء التخدير	6.1.2
		نموذج اقرار موافقة على اجراء عملية جراحية	6.1.3
		قائمة تدقيق المعايير الخاصة بقسم العمليات	6.1.4
		نموذج تحضير المرضى للعمليات	6.1.5
		نموذج التدقيق (تايم اوت)	6.1.6
		نموذج الوقت المقطوع سلامة المريض الجراحية	6.1.7
E		قائمة تدقيق امان الجراحة	6.1.8
E		نموذج تقييم قبل العمليات	6.1.9
E		سياسة تقييم المريض من قبل التخدير قبل العملية	6.1.10
		نموذج تقييم المخدر قبل العملية	6.1.11
E		سياسة تقييم المريض من قبل التخدير أثناء العملية	6.1.12
E		سياسة تقييم المريض من قبل التخدير بعد العملية	6.1.13
		التخدير ورعاية المريض بعد الجراحة	6.2
E		سياسات التخدير	6.2.1
		الادلة الارشادية الخاصة بالتخدير	6.2.2
E		معايير التخدير	6.2.3
		نموذج التدقيق اليومي للتخدير	6.2.4



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

**AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide**

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022

	نموذج التدقيق التمريضي قبل العمليات	6.2.5
	نموذج تقييم المريض اثناء وبعد العملية	6.2.6
	نموذج الافاقه	6.2.7
	نموذج متابعة المرضى في الافاقه	6.2.8
	نموذج ملاحظات الجراح	6.2.9
	نموذج تقرير عملية	6.2.10



LABORATORY

وثائق المختبرات

	LABORATORY & BLOOD BANK	المختبر ونقل الدم	2
	Lab Policy & Procedures on Reference lab services	جمع العينات وتحديد الوقت اللازم لكل فحص والقيم الحرجة	2.1
E		سياسة جمع العينات	2.1.1
E		سياسة النتائج الحرجة (تحديد الوقت اللازم لكل فحص)	2.1.2
		دليل تحديد التوقيتات لإجراء الفحوصات في المختبر	2.1.3
		نموذج متابعة مؤشر الوقت المستغرق للابلاغ عن القيم الحرجة	2.1.4
		قائمة النتائج الحرجة	2.1.5
	Lab Policy & Procedures on Equipment Validation	ضبط الجودة في المختبر والمعايير والسلامة	2.2
	Lab Policy & Procedures on Controlling the Quality of Test Methods	برنامج ضبط الجودة وتصحيح النتائج	2.2.1
	Lab Policy & Procedures on Test Method Validation	سياسة ضبط الجودة والتحقق من صحة النتائج	2.2.2
	Lab Quality Management Plan/Program	نموذج تدقيق الجودة في المختبر	2.2.3
E		سياسة مراجعة النتائج من مشرف مؤهل	2.2.4
		سياسة الكواشف	2.2.5
	Lab Policy & Procedures on Standardizing of lab instruments	سياسة فحص ومعايير الاجهزة في المختبر	2.2.6
	Lab training & competency assessment program	الدليل التدريبي لكادر المختبر	2.2.7
	Lab Policy & Procedures on monitoring the safety & infection control	سياسات السلامة في المختبر	2.2.8
	TRANSFUSION SERVICES	نقل الدم ومشتقاته	2.3



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

**AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide**

**دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022**

	نموذج طلب نقل دم	2.3.1
	نموذج الموافقة على اعطاء الدم	2.3.2
	نموذج تفويض نقل الدم ومشتقاته	2.3.3



MEDICATION

وثائق ادارة الدواء

	MEDICATION MANAGEMENT	سياسات التعامل مع الادوية	5
75		سياسة اعطاء الدواء	
		سياسة التعامل مع الأدوية عالية الخطورة والمحاليل المركزة	5,1
	High-alert Medications & Hazardous Chemicals List	قائمة بالأدوية عالية الخطورة	*
	Policy for Handling Look-alike/Sound-alike Medications	سياسة التعامل مع الأدوية المتشابهة شكلاً ونطقاً	5,2
	Hospital List of Confusing Drug Names	قائمة بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق	*
	List of Approved & Prohibited Abbreviations & Symbols	قائمة بالاختصارات التي لا يجب استخدامها في كتابة الأدوية	*
76		سياسة الحصول على قائمة بالعلاجات التي يتناولها المريض عند دخوله المستشفى وعند الخروج	5,3

	MEDICATION MANAGEMENT & PHARMACY	الأدوية والامداد الدوائي والصيدلانية	7
		خطة الامداد الدوائي	7.1.1
	Guidelines on Antibiotics Prescribing	سياسة الاستخدام الأمثل للمضادات الحيوية	7.1.2
		سياسات الصيدلة	7.1.3
		سياسات اتلاف الأدوية المنتهية الصلاحية	7.1.4
		نموذج اتلاف ادوية	7.1.5
E	E	سياسة استرجاع الأدوية	7.1.6
E	Policy & Procedures for Prescribing Medications	سياسة اعطاء الادوية	7.1.7
	Document that defines Nurses & other clinical staff authorized to administer		



AHSAN Hospital Orientation Program & Accreditation Process Guide

دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات 2022

Medications		
		الجدول الزمني لاعطاء الادوية
E		سياسة اعطاء وتوزيع الادوية للمرضى الداخليين

		نموذج اعطاء الادوية	7.1.10
E		سياسة وصف الادوية للمرضى الخارجيين	7.1.11
E	High-alert Medications & Hazardous Chemicals Multidisciplinary Plan	سياسة الادوية عالية الخطورة	7.1.12
	Policy & Procedures for Prescribing Medications	سياسة تحديد وصف وطلب الادوية	7.1.13
	E	سياسة تحضير المحاليل الوريدية بواسطة الاجهزة	7.1.14
	Policy for Storage & Handling of Hazardous Medications & Chemicals	سياسة تخزين الادوية والمستلزمات الطبية	7.1.15
	E	سياسة تخزين السجلات الطبية	7.1.16
	E	سياسة توزيع الادوية	7.1.17
E	Policy for proper Storage of Narcotics & Controlled Medications	سياسة طلب وتوزيع الادوية المخدرة	7.1.18
E	Policy for monitoring Patient Response to Medications	سياسة مراقبة تأثير الادوية	7.1.19
	Policy for Handling Look-alike/Sound-alike Medications		
	Hospital List of Confusing Drug Names	قائمة الادوية المتشابهة في الشكل والنطق مع تغليفه	7.1.20
	High-alert Medications & Hazardous Chemicals List	قائمة الادوية عالية الخطورة مع تغليف كل وحدة حرارية	7.1.21



INFECTION CONTROL

وثائق مكافحة العدوى

		النظافة والتطهير والتعقيم ومكافحة العدوى	10
		النظافة والمغسلة	10.1
	Policy for Housekeeping	سياسة توضيح انشطة واجراءات النظافة والتدبير المنزلي	10.1.1
E		الدليل الارشادي للنظافة	10.1.2
		جدول النظافة	10.1.3
	Cleaning Schedule	جدول النظافة الاقسام	10.1.4
E		السياسة الخاصة بمواد ومستلزمات النظافة	10.1.5
		سياسة جمع الملايات	10.1.6
E		سياسة نظافة اليدين	10.1.7
	Hand Hygiene Program	بروتوكول نظافة الابيدي	10.1.8
		بوستر غسل اليد	10.1.9
		بوستر خمس لحظات غسل اليد	10.1.10
		نموذج استلام وتسلیم الغیارات من المغسلة	10.1.11
		لوحات المغسلة	10.1.12
		التطهير والتعقيم	10.2
E		سياسة اختيار المواد المطهرة واستعمالها	10.2.1
E		السياسات الخاصة بالتعقيم	10.2.2
	CSSD Sterilization Records		
	Disinfecting Anesthesia Machines Guidelines		
E		سياسة تعقيم الادوات الجراحية والمعدات	10.2.3
	Policy for Use of Flash Steam Sterilizer	لوحات التعقيم	10.2.4



		مكافحة العدوى	10.3
	Infection Control Plan/Program	خطة برنامج مكافحة العدوى	10.3.1
	Infection Control Annual Plan	آلية متابعة وتحسين برنامج مكافحة العدوى	10.3.2
	Infection Control Plan/Program	برنامج مكافحة العدوى	10.3.3
	IC Performance Improvement Projects		
	Policy for Handling of Sharps	سياسة التعامل مع الأدوات الحادة والقاطعة	10.3.4
	Policy for Management of Infection Outbreaks	سياسة تقليل مخاطر العدوى في المستشفيات	10.3.5
	Policy for Reporting of Communicable Diseases	سياسة التعامل مع الامراض السارية	10.3.6

	E	سياسة التعامل مع مرضى نقص المناعة	10.3.7
	E	سياسة العزل	10.3.8
	Policy for Personal Protective Equipment	وسائل الحماية الشخصية والتخلص من المواد الخطيرة	10.3.9
	Policy for Infection Control Surveillance	سياسة رصد العدوى المكتسبة في المستشفيات	10.3.10
		نموذج بلاغ عدوى مكتسبة	10.3.11
	Infection Control Surveillance Report	نموذج استماراة تقصي عدوى في المستشفى (داخلي أو خارجي)	10.3.12
	Infection Control Indicators Report		
		خطة مكافحة الفوارض	10.3.13
	Waste Management	معالجة النفايات	10.4
	Waste Management Plan	سياسة ادارة النفايات الطبية	10.4.1
	E	سياسة فصل وفرز النفايات الطبية	10.4.2
		بوستر تصريف النفايات	10.4.3
		خطة ادارة المواد الخطيرة ومخلفاتها	10.4.4
		برنامج ادارة المواد الخطيرة	10.4.5



فهرس المحتويات

No.	Subjects	ص	الموضوع
	Registration with AHSAN		دخول المستشفى ببرنامج التهيئة
	Scope of Accreditation Surveys		محاور برنامج التهيئة والاعتماد الرئيسية
	Goal of Accreditation Surveys		أهداف برنامج التهيئة والاعتماد
	Methods of Assessment of Compliance		طرق تقييم مطابقة المستشفى للمعايير
	Accreditation Decision Rules		قواعد وقرارات الاعتمادية
	Hospital Responsibilities: <ul style="list-style-type: none">- Hospital's Survey Coordinator- Hospital's Quality Team- Travel Arrangements- Survey Logistics		مهام ومسؤوليات المستشفيات: <ul style="list-style-type: none">- منسق الاعتمادية من المستشفى- فريق الجودة من المستشفى- تنسيق الزيارات- اللوجستيات الازمة
	AHSAN Hospital Orientation Programs (HOP) & Accreditation Survey Process: <ul style="list-style-type: none">- Pre-Survey Activities- Orientation (Visits) Activities- Off-Site Survey Activities:- On-Site Survey Activities- Post-Survey Activities		برنامـج أحسن لتهـيـة واعتمـاد المستـشـفيـات: <ul style="list-style-type: none">- أنشـطة المـرـحلـة الأولى- أنشـطة التـهـيـة (الـزيـارات)- أنشـطة ومهـام المستـشـفيـات- أنشـطة تـقيـيم الـاعـتمـادـية- أنشـطة فـترة الـاعـتمـاد
	Pre-Survey Activities: <ul style="list-style-type: none">- Enrollment for Survey- Application for Survey- Application for Reaccreditation		الـأـنشـطة الأولى (الـمـرـحلـة الأولى): <ul style="list-style-type: none">- ادـراج المستـشـفيـ في البرـنامج- نـموذـج الدـخـول في البرـنامج- طـلب التـقـديـم لـاستـمرـار الـاعـتمـاد
	Resources To Assist Hospitals: <ul style="list-style-type: none">- AHSAN Coordinator- AHSAN Standards Manual- Self-Assessment Tool (SAT)- Hospital Orientation Programs & Accreditation Process Guide		دعـم المستـشـفيـات الدـاخـلـة في البرـنامج: <ul style="list-style-type: none">- منـسـق بـرـنامج التـهـيـة أـحسن- أدـاة الـاعـتمـاد وـالـدـلـيل الـاـرشـادـي- أدـوات التـقـيـيم الذـاتـي أـحسن- دـلـيل بـرـنامج أـحسن لـتهـيـة وـاعـتمـاد المستـشـفيـات
	Hospital Orientation (Visits)		أـنشـطة بـرـنامج التـهـيـة (زيـارات)



<p>Activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Level 0 (First Visit) - Level 1 (2nd Visit) - Level 2 (3rd Visit) - Level 3 (4th Visit) - Level 4 (5th Visit) - Level 5 (6th Visit) 	<p>الميسرين (المهندسين):</p> <ul style="list-style-type: none"> - المستوى 0 (الزيارة الأولى) - المستوى 1 (الزيارة الثانية) - المستوى 2 (الزيارة الثالثة) - المستوى 3 (الزيارة الرابعة) - المستوى 4 (الزيارة الخامسة) - المستوى 5 (الزيارة السادسة)
<p>Orientation & Accreditation's Survey Team Composition:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Core Team (3) - The Specialty Team (4) 	<p>تركيب فريق ميسيري أحسن للتاهيـة والاعتمـاد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الفريق الأساسي (3) - الفريق الاختصاصي (4)
<p>Orientation & Accreditation's Survey Team: Members & Allocation</p>	<p>أعضاء فريق التاهيـة والاعتمـاد وتوزيع اعمالـهم ومهـامـهم</p>
<p>Off-Site Survey Activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> - List of Policies - Lists of Required Documents 	<p>أنشطة المستشفيـات بين الزيارات وقبـيل تقييم الاعتمـادـية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الوثائق المطلوبة منهم
<p>On-Site Survey Activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Committees Interview - Meetings Held - Documents Review - Medical Records Review - Personnel Files Review - Facility Tour & Units Visits 	<p>أنشطة تقييم الاعتمـادـية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - مقابلة اللجان - عقد الاجتماعات - مراجعة الوثائق - مراجعة السجلات/الملفات الطبية - مراجعة ملفات العاملين - زيارة المستشفـى التقـدية والأـقسام
<p>Post-Survey Activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Survey Report & Accreditation decision - Plan of Activities & Training of Staff 	<p>الأنشطة التي تلي تقييم الاعتمـادـية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تقرير تقييم الاعتمـادـية وقرار أحسن - التخطيط لفترة الاعتمـادـ وتدريب الكادر على الأنشـطة
<p>Terms of Accreditation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accreditation Maintenance Procedures 	<p>فترة الاعتمـاد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - إجراءات ضمان استمرارية المستشفـى في المحافظـة على



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لاعتماد المستشفيات
أحسن

**AHSAN Hospital Orientation Program
& Accreditation Process Guide**

**دليل برنامج أحسن لتهيئة واعتماد المستشفيات
2022**

شروط الاعتماد			
قائمة الملحقات:			
	- السياسات المطلوبة		
	- الوثائق المطلوبة		
	- اخرى		