

## أداة تقييم مرافق التخدير (AFAT) الإصدار 2a - أداة الجرد الشامل \_ مارس 2026

أداة تقييم مرافق التخدير (AFAT) (v2a) هي استبيان يُقصد به أن يملأ من قبل مقدم خدمات تخدير مؤهل أو ممثل عن المرفق لديه معرفة مباشرة بالخدمات والموارد المتاحة في المرفق الصحي. ملء الاستبيان طوعي، ولا يجمع الاستبيان أي معلومات يمكن من خلالها تحديد هوية المريض. يجب أن تستند الإجابات إلى الملاحظة المباشرة أو بيانات موثوقة عن المنشأة، ويجب أن تلتزم ببروتوكولات جمع البيانات المحلية والمبادئ التوجيهية الأخلاقية.

تنقسم الأداة إلى عدة وحدات، تقيّم كل منها مكوناً محدداً من مكونات التخدير والقدرات المحيطة بالجراحة، مثل البنية التحتية والقوى العاملة والأدوية وإمدادات الأكسجين والمعدات وتقديم الخدمات المحيطة بالجراحة وتحسين الجودة. يمكن للمرافق اختيار إكمال جميع الوحدات لإجراء تقييم شامل أو فقط الأقسام الأكثر صلة باحتياجاتها.

يمكن إدخال البيانات مباشرة في [النسخة الإلكترونية من الأداة REDCap](#)، التي تديرها شراكة بين الاتحاد العالمي لجمعيات أطباء التخدير (WFSA) ومركز UCSF للمساواة الصحية في الجراحة والتخدير (CHESA). سيتلقى المشاركون نسخاً من إجاباتهم بتنسيقي PDF و raw لاستخدامها في المنشأة.

سيختلف وقت إكمال الاستبيان اعتماداً على عدد الوحدات المختارة، حيث يتراوح من حوالي 20 دقيقة إلى ساعتين. إذا كنت غير متأكد من إجابة أي سؤال أو اخترت عدم الإجابة، يرجى تركه فارغاً. يمكنك إيقاف الاستبيان في أي وقت. قد تحتفظ المنشأة بالاستبيانات المكتملة لأغراض المراجعة الداخلية وتحسين الجودة والتخطيط وكسب التأييد والدعم.

نشكركم على مساهمتكم في الجهود الرامية إلى تحسين قدرات التخدير وسلامة المرضى.

## أسئلة عامة

تاريخ جمع البيانات	(اليوم/الشهر/السنة):
معلومات الاتصال الخاصة بالموظفين الذين أكملوا هذا التقييم	(الاسم والهاتف والبريد الإلكتروني):
البلد	(موقع مرفق الرعاية الصحية قيد المسح):
اسم المنشأة الصحية:	
عنوان المنشأة الصحية، بما في ذلك المدينة/البلدة:	
أي من مستويات المستشفيات التالية يصف هذه المنشأة الصحية بشكل أفضل؟	<input type="checkbox"/> مركز صحي/عيادة <input type="checkbox"/> مستشفى محلي/مستشفى إحالة من الدرجة الأولى <input type="checkbox"/> مستشفى إحالة إقليمي أو ثانوي/محلي <input type="checkbox"/> مستشفى إحالة من الدرجة الثالثة أو وطني
أي من المصطلحات التالية يصف هذه المنشأة الصحية بشكل أفضل؟ (اختر كل ما ينطبق)	<input type="checkbox"/> عام <input type="checkbox"/> خاص <input type="checkbox"/> منشأة تابعة لمنظمة غير حكومية/بعثة/جمعية خيرية <input type="checkbox"/> مستشفى جامعي
في وقت إكمال هذا الاستبيان، ما هو عدد السكان الذين تخدمهم هذه المنشأة (أي عدد الأشخاص الذين يعتبرون هذه المنشأة هي المستشفى الذي يخدمهم)؟	#
كم من الوقت (بالساعات) يستغرق الوصول إلى أقرب مرفق رعاية صحية من المستوى الأعلى (باستخدام السيارة كوسيلة نقل)؟	#
العدد الإجمالي للمرضى الذين تحيلهم سنوياً لإجراء تدخل جراحي في منشأة ذات مستوى أعلى	#
ما هي النسبة المئوية لمرضاك الذين يمكنهم الوصول إلى هذا المستشفى في غضون ساعتين من السفر؟	<input type="checkbox"/> جميعهم <input type="checkbox"/> <50% <input type="checkbox"/> >50% <input type="checkbox"/> أبداً
أي من الفئات العمرية التالية يقدم لها هذا المستشفى خدمات جراحية/تخدير:	<input type="checkbox"/> حديثي الولادة (≥ 30 يوماً) <input type="checkbox"/> من 1 إلى 12 شهراً <input type="checkbox"/> من 13 شهراً إلى سنتين <input type="checkbox"/> 3-5 سنوات <input type="checkbox"/> 6-11 سنة <input type="checkbox"/> 12-18 سنة <input type="checkbox"/> البالغون <input type="checkbox"/> كل ما سبق
هل يمكن لهذه المنشأة نقل المرضى إلى مستوى رعاية أعلى بواسطة سيارة إسعاف مزودة على الأقل بأجهزة الأكسجين وقياس التأكسج النبضي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد
هل تقبل هذه المنشأة نقل المرضى من منشآت صحية أخرى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير متأكد
هل لديك أي تعليقات أو توضيحات إضافية بشأن إجاباتك في هذا القسم؟	
حدد جميع الوحدات التي ترغب في تقييمها	<input type="checkbox"/> البنية التحتية <input type="checkbox"/> إدارة المعلومات <input type="checkbox"/> الأدوية <input type="checkbox"/> الأكسجين <input type="checkbox"/> المعدات <input type="checkbox"/> الجراحة <input type="checkbox"/> المختبر <input type="checkbox"/> القوى العاملة <input type="checkbox"/> إمدادات <input type="checkbox"/> تقديم الخدمات في فترة ما حول

□ حجم الحالات وتحسين الجودة

البنية التحتية

999>□ 999-500 □ 300-499□ 100-299□ 50-99□ 50<□	كم عدد أسرة المرضى الداخليين في هذه المنشأة؟			
□ نعم □ لا	هل يوجد في هذا المرفق جناح مخصص للمرضى الجراحيين؟			
#	إذا كانت الإجابة على السؤال أعلاه بنعم، فكم عدد الأسرة المخصصة للمرضى الجراحيين؟			
□ نعم □ لا	هل يوجد في هذه المنشأة جناح للجراحة للأطفال؟			
#	إذا كانت الإجابة على السؤال أعلاه بنعم، فكم عدد أسرة المرضى في قسم/جناح جراحة الأطفال؟			
□ نعم □ لا	هل يوجد في هذه المنشأة قسم جراحة للبالغين؟			
#	- إذا كانت الإجابة على السؤال أعلاه بنعم، فكم عدد أسرة المرضى في جناح الجراحة للبالغين؟			
□ نعم □ لا	هل يوجد في هذه المنشأة وحدة عناية مركزة (ICU) أو وحدة رعاية متوسطة (HDU)؟			
50> □ 50-20 □ 20-10 □ 5-10 □ 5-0 □	إذا كانت الإجابة على السؤال أعلاه بنعم، فكم عدد أسرة وحدة العناية المركزة أو وحدة العناية المتقدمة في هذه المنشأة التي يمكنها توفير التنفس الصناعي؟			
#	- كم عدد المرضى الأطفال الذين يخضعون للتنفس الصناعي الذين يمكن رعايتهم في وقت واحد في وحدة العناية المركزة/وحدة العناية المركزة المتقدمة			
#	- كم عدد المرضى البالغين الذين يستخدمون جهاز التنفس الصناعي والذين يمكن رعايتهم في وقت واحد في وحدة العناية المركزة/وحدة العناية المركزة المتقدمة			
□ نعم □ لا	هل يوجد في هذه المنشأة غرفة ما بعد الجراحة (PACU) أو منطقة للإنعاش؟			
#	- إذا كانت الإجابة على السؤال أعلاه بنعم، فكم عدد أسرة المرضى في غرفة ما بعد الجراحة (PACU) أو منطقة التعافي؟			
#	كم عدد غرف العمليات في هذه المنشأة الصحية؟			
#	كم عدد غرف العمليات* العاملة المتاحة على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع (إذا كانت إجابة السؤال أعلاه أكبر من صفر) (*يُعرف مصطلح "عاملة" بأنها في حالة صالحة للعمل ويمكن استخدامها لرعاية المرضى)			
□ نعم □ لا	هل توفر هذه المنشأة خدمة الإنترنت لمقدمي الرعاية الصحية فيها؟			
ابدأ	دائماً	أكثر من نصف الوقت	> نصف الوقت	إذا كانت إجابتك "نعم" على السؤال أعلاه، فكم مرة يتمكن مقدمو الرعاية الصحية العاملون في هذه المنشأة من الوصول إلى الإنترنت الذي توفره هذه المنشأة؟
□	□	□	□	ما مدى توفر الأكسجين في غرفة العمليات؟
□	□	□	□	ما مدى توفر الأكسجين في المناطق خارج غرفة العمليات؟
□	□	□	□	ما مدى توفر المياه الجارية؟

هل توجد في المنشأة شبكة مياه موثوقة تغطي جميع الأجنحة، وتفي بمعايير منظمة الصحة العالمية لجودة المياه (أي أنها صالحة للشرب دون الحاجة إلى معالجة)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ما مدى توفر الكهرباء (سواء من الشبكة المركزية أو مولد احتياطي أو بنك طاقة )؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة ينقطع التيار الكهربائي الرئيسي عن المنشأة في الأسبوع العادي؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يتوفر مصدر طاقة احتياطي تشغيلي (مثل مولد كهربائي، أو طاقة شمسية، أو مجموعة بطاريات)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ما مدى توفر أجهزة تثبيت الجهد الكهربائي؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ما مدى توفر مانعات/واقيات التيار الزائد؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ما مدى توفر مكيفات الهواء في غرفة العمليات؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ما مدى توفر طاولات العمليات المزودة بوظيفة الإمالة؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ما مدى توفر الإضاءة المناسبة في غرفة العمليات؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

المختبرات ومنتجات الدم			
أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يمكن للمختبر إجراء فحص تعداد الدم (بما في ذلك على الأقل الهيموجلوبين، والهيماتوكريت، وعدد خلايا الدم البيضاء، والصفائح الدموية)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يمكن للمختبر إجراء فحص كيميائي (يشمل على الأقل الكرياتينين والصوديوم والبوتاسيوم)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يمكن للمختبر إجراء فحص HCO3 على دم المريض؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يمكن لهذه المنشأة إجراء تحليل غازات الدم الشرياني (بما في ذلك على الأقل PH الرقم الهيدروجيني PaO و PaCO2)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يمكن للمختبر إجراء فحوصات التخثر (PT، PTT، BT، INR)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يمكن للمختبر إجراء تحليل البول؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يمكن للمختبر إجراء فحص للكشف عن مجموعة الأمراض المعدية بعد التعرض لوخز الإبرة (مثل فيروس نقص المناعة البشرية، والتهاب الكبد B، والتهاب الكبد C)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يمكن للمختبر إجراء اختبار الحمل في البول؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يمكن إجراء قياس الهيموجلوبين في نقطة الرعاية ؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة تتلقى نتائج المختبر الحرجة في الوقت المناسب سريرياً؟			
هل يتم إجراء عمليات نقل الدم في هذا المرفق؟ (إذا كانت الإجابة "لا"، فيمكنك الانتقال إلى القسم التالي "إدارة المعلومات")			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
كم مرة يمكن لهذا المرفق إجراء فحوصات لفصيلة الدم في منتجات الدم (مثل فصيلة ABO/Rh وإجراء اختبار التوافق)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ما مدى توفر الدم الكامل للمرضى في هذا المرفق؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ما مدى توفر وحدات خلايا الدم الحمراء المركزة للمرضى في هذا المرفق؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ما مدى توفر البلازما للمرضى في هذا المرفق؟



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى توفر الصفائح الدموية للمرضى في هذا المرفق؟
<input type="checkbox"/> >20 دقيقة <input type="checkbox"/> 20 دقيقة - 1 ساعة <input type="checkbox"/> 5-1 ساعات <input type="checkbox"/> 10-5 ساعات <input type="checkbox"/> 24-10 ساعة <input type="checkbox"/> <24 ساعة				ما هي المدة التقريبية التي يستغرقها الحصول على خلايا الدم الحمراء (الدم الكامل أو خلايا الدم الحمراء المركزة) في حالات الطوارئ؟
<input type="checkbox"/> المتبرعون المتطوعون غير الأجورين في هذا المركز؛ <input type="checkbox"/> المتبرعون مقابل أجر في هذا المرفق، <input type="checkbox"/> المتبرعون من عائلات المرضى في هذا المرفق؛ <input type="checkbox"/> بنك دم/منشأة تخزين خارج الموقع؛ <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى التحديد)				ما هو المصدر الرئيسي للدم الذي تستخدمه هذه المنشأة؟ (اختر خياراً واحداً)
				هل لديك أي تعليقات أو توضيحات إضافية بشأن إجاباتك في هذا القسم؟

إدارة المعلومات				ما هي طريقة حفظ السجلات في هذا المستشفى؟
إلكترونية <input type="checkbox"/>	ورقية <input type="checkbox"/>	كلاهما <input type="checkbox"/>	لا شيء <input type="checkbox"/>	
دائماً <input type="checkbox"/>	أكثر من نصف الوقت <input type="checkbox"/>	أقل من نصف الوقت <input type="checkbox"/>	أبداً <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى توفر السجلات عبر زيارات متعددة لنفس المريض؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى تكرار توثيق تفاصيل كل عملية تخدير (بما في ذلك: التقييم قبل الجراحة، وخطة التخدير، والإدارة أثناء الجراحة وبعدها) في سجل التخدير؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يتم تسجيل الحالات الجراحية التي تتم في غرف العمليات في سجل غرفة العمليات أو دفتر السجلات أو السجل الإلكتروني؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى تكرار جمع البيانات بشكل استباقي عن نتائج المرضى (أي الأحداث الضائرة) في مرحلة ما بعد الجراحة، مثل عدوى موقع الجراحة، والسكتة الدماغية، والتخثر الوريدي العميق (DVT)، والوفاة، وما إلى ذلك؟
<input type="checkbox"/> حسب الحاجة <input type="checkbox"/> يومياً/أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> ربع سنوياً <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/> أبداً				ما هي وتيرة إلزام هذه المنشأة بالإبلاغ عن معلومات المرضى والوفيات الجراحية إلى وزارة الصحة أو أي هيئة معادلة لها؟
				هل لديك أي تعليقات أو توضيحات إضافية بشأن إجاباتك في هذا القسم؟

القوى العاملة

أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً	كم مرة تتوفر الخدمات التالية للمرضى في المستشفى. (لكي تعتبر الخدمة متوفرة دائماً، يجب أن تكون متاحة في الوقت المناسب لتقييم المريض وعلاجه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الجراحة العامة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جراحة الإصابات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جراحة العظام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طب التوليد وأمراض النساء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جراحة التجميل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جراحة الأعصاب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طب المسالك البولية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طب الأنف والأذن والحنجرة (ENT)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جراحة القلب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جراحة الصدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جراحة الأوعية الدموية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طب العيون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الرعاية الحرجة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جراحة الأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طب الأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الطب الباطني للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأشعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علم الأمراض Pathology
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طب الأورام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طب الطوارئ
أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً	ما مدى توفر مقدمي الخدمات التاليين (في الموقع أو في غضون 30 دقيقة) لتقديم الرعاية السريرية العاجلة في هذا المرفق الصحي؟ *معتمد وطنياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طبيب (أخصائي) تخدير*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طبيب متدرب في التخدير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المتدربون في مجال التخدير من غير الأطباء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طبيب مقدم للتخدير غير متخصص في التخدير*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ممرض/ة متخصص/ة في التخدير*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقدم خدمات التخدير غير الطبيب وغير الممرض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقدمو خدمات التخدير الآخرون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأطباء الجراحون*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأطباء العامون الذين يجرون عمليات جراحية (غير التوليدية)

القوى العاملة (تابع)

أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى توفر مقدمي الخدمات التاليين (في الموقع أو في غضون 30 دقيقة) لتقديم الرعاية السريرية العاجلة في هذه المنشأة الصحية؟ *معتمد وطنياً			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غير الأطباء الذين يجرون العمليات الجراحية			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طبيب التوليد/أمراض النساء (طبيب متخصص)*			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأطباء العامون الذين يجرون عمليات الولادة القيصرية			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ممرضات غرفة العمليات (المتخصصات)			
				كم عدد الكوادر المذكورة أدناه في مستشفاكم؟			
				خدمات التخدير			
			#	أطباء (متخصصون) في التخدير*			
			#	طبيب مقدم للتخدير غير متخصص في التخدير*			
			#	ممرض/ة متخصص/ة في التخدير*			
			#	مقدم خدمات التخدير غير الطبيب وغير الممرض			
			#	مقدمو خدمات التخدير الآخرون			
				الخدمات الجراحية			
			#	الأطباء الجراحون*			
			#	الأطباء العامون الذين يجرون عمليات جراحية (غير التوليدية)			
			#	غير الأطباء الذين يجرون العمليات الجراحية			
				خدمات التوليد/أمراض النساء			
			#	أطباء التوليد/أمراض النساء (أطباء)*			
			#	الأطباء العامون الذين يجرون عمليات الولادة القيصرية			
			#	غير الأطباء الذين يجرون عمليات الولادة القيصرية			
			#	القبالات*			
				خدمات أخرى			
			#	مهندسو أو فنيو الطب الحيوي (BME/BMET)			
			#	ممرضات غرفة العمليات (المساعدات)			
			#	أطباء العناية المركزة (الحاصلون على شهادة تدريب في وحدة العناية المركزة)*			
			#	أطباء الأطفال*			
			#	أطباء الطب الباطني*			
			#	الأطباء العامون الذين لا يجرون عمليات جراحية			
			#	الصيدال (في المستشفيات أو غرف العمليات)*			
			#	نسب التوظيف			
غير متوفر	>1:10	1:5-10	1:4-5	1:3-4	1:1-2	لا توجد ممرضات	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	في المتوسط، ما هي النسبة التقريبية لمقدمي الرعاية التمريضية إلى المرضى في وحدة العناية المركزة/وحدة العناية المركزة المتوسطة؟ (1:1 = ممرضة واحدة لكل مريض)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	في المتوسط، ما هي النسبة التقريبية لمقدمي الرعاية التمريضية إلى المرضى في جناح الجراحة؟ (1:1 = ممرضة واحدة لكل مريض)

في المتوسط، ما هي النسبة التقريبية لمقدمي الرعاية التمريضية إلى المرضى في منطقة  
PACU/الإنعاش؟ (1:1 = ممرضة واحدة لكل مريض)  
هل لديك أي تعليقات إضافية على إجاباتك في هذا القسم؟








### الأدوية

ما مدى توفر الأدوية التالية عند الحاجة إليها لأعراض التخدير أو الجراحة أو تسكين الألم في هذه المنشأة؟  
ملاحظة: لا يُقصد من هذه القائمة أن تكون قائمة كاملة بجميع الأدوية الممكنة، بل بالأحرى تلك الأكثر استخداماً في  
التخدير.

أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف المرات	دائماً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الباراسيتامول (الأسيتامينوفين) عن طريق الوريد أو عن طريق الفم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مضادات الالتهاب غير الستيرويدية عن طريق الوريد أو عن طريق الفم (مثل الإيبوبروفين)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غابابنتين عن طريق الفم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مبيبريدين (بيثيدين) عن طريق الوريد/العضلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المورفين عن طريق الوريد/العضلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المورفين عن طريق الفم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المورفين داخل القراب عن طريق القناة الشوكية (Intrathecal)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفنتانيل عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ترامادول عن طريق الفم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أوكسيكودون عن طريق الفم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكوديين عن طريق الفم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الميثادون عن طريق الفم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النالكسون عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ليدوكائين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ليدوكائين تحت الجلد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	البوبيفاكين داخل القراب (Intrathecal)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	البوبيفاكين تحت الجلد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إنتراليبيد عن طريق الوريد (لعلاج تسمم التخدير الموضعي)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ديازيبام عن طريق الوريد/العضلي (أو أدوية مشابهة مثل لورازيبام)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ميدازولام عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكيتامين أو الإسكيتامين عن طريق الوريد/العضلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	البروبوفول عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ثيوبنتال عن طريق الوريد (أو ميثوهيكسيتال)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إيتوميدات

الأدوية (تابع)

ما مدى توفر الأدوية التالية عند الحاجة إليها لأغراض التخدير أو الجراحة أو تسكين الألم في هذه المنشأة؟  
ملاحظة: لا يُقصد من هذه القائمة أن تكون قائمة كاملة بجميع الأدوية الممكنة، بل بالأحرى تلك الأكثر استخداماً في التخدير.

أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف المرات	دائماً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكسيد النيتروس/Nitrous oxide
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الإيزوفلوران
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هالوثان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيفوفلوران
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دانترولين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سكسينيل كولين (سوكساميثونيوم) عن طريق الوريد/العضلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روكورونيوم عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فيكورونيوم عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيساتراكوريوم عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بانكورونيوم عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أتراكوريوم عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نيوستيغمين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سوغاماديكس عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أتروبين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جليكوبيرولات عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الإيفيدرين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفينيليفرين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نورإيبينفرين (نورادرينالين) عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إيبينفرين (أدرينالين) عن طريق الوريد/العضلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ميثارامينول عن طريق الوريد/العضلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دوبامين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دوبوتامين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ميلرينون عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أميودارون عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المغنيسيوم عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النيتروجلوسرين/ثلاثي نترات الجلسرين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هيدرالازين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فوروسيميد عن طريق الوريد

الأدوية (تابع)

ما مدى توفر الأدوية التالية عند الحاجة إليها لأغراض التخدير أو الجراحة أو تسكين الألم في هذه المنشأة؟ ملاحظة: لا يقصد من هذه القائمة أن تكون شاملة لجميع الأدوية الممكنة، بل تقتصر على تلك الأكثر استخداماً في التخدير.

أبداً	أقل من نصف المرات	أكثر من نصف المرات	دائماً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأوكسيتوسين عن طريق الوريد/العضلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الميسوبروستول عن طريق الفم أو عن طريق المهبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إرغومترين عن طريق الوريد/العضلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مانيتول عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حمض الترانكساميك (TXA) عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأنسولين عن طريق الوريد أو تحت الجلد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ديكستروز 10% / 50% عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سوائل كريستالويد متساوية التوتر عن طريق الوريد (مثل لاكتات رينجر أو المحلول الملحي العادي) <b>Isotonic crystalloid IV fluids (Ringer's Lactate or Normal Saline) –</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كلوريد البوتاسيوم عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بيكربونات الصوديوم عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غلوكونات الكالسيوم أو كلوريد الكالسيوم عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سالبوتامول (أو ألبوتيرول) عن طريق الاستنشاق/الرداذ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	امينوفيلين عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الهيبارين أو الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي <b>Heparin or low molecular weight heparin</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المضادات الحيوية الوريدية (السيفالوسبورين أو الأمينوغليكوزيد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مثبطات H2 أو مثبطات مضخة البروتون (مثل أوميبرازول)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هيدروكورتيزون عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ديكساميثازون عن طريق الوريد
<input type="checkbox"/> يحصل عليها المريض في المستشفى <input type="checkbox"/> يحصل عليها المريض/الأسرة خارج المستشفى <input type="checkbox"/> يتم توفيرها مباشرة من قبل المستشفى <input type="checkbox"/> أخرى (حدد)				كيف يحصل المرضى على الأدوية التي تُعطى في المستشفى أو غرفة العمليات (حدد كل ما ينطبق):
				هل لديك أي تعليقات أو توضيحات إضافية بشأن إجاباتك في هذا القسم؟

ما مدى توفر المعدات التالية وكونها في حالة صالحة للعمل\* عند الحاجة إليها للتخدير أو الرعاية الجراحية في غرف العمليات؟ (\*يُعرف "صالحة للعمل" بأنها في حالة جيدة ويمكن استخدامها لرعاية المريض)

<input type="checkbox"/> دائماً <input type="checkbox"/> في أكثر من نصف الأحيان <input type="checkbox"/> في أقل من نصف الأحيان <input type="checkbox"/> أبداً				مُكثَّف الأكسجين المحمول (بجانب السرير)
#				- كم عدد أجهزة تكثيف الأكسجين المحمولة بسعة ~5 لتر في الدقيقة المتوفرة في منشأتكم؟
#				- كم عدد أجهزة تكثيف الأكسجين المحمولة التي تبلغ سعتها حوالي 10~لتر في الدقيقة في منشأتكم؟
#				- كم عدد أجهزة تكثيف الأكسجين المحمولة القادرة على توفير ضغط يبلغ 3.5 بار/50 رطل لكل بوصة مربعة؟
<input type="checkbox"/> دائماً <input type="checkbox"/> أكثر من نصف الوقت <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت <input type="checkbox"/> أبداً				أسطوانات الأكسجين
#				- كم عدد أسطوانات الأكسجين الكبيرة التي تزيد سعتها عن 6000 لتر غازي (<40 لتر سائل) المتوفرة؟
أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً	ما مدى توفر المعدات التالية وكونها في حالة صالحة للعمل* عند الحاجة إليها للتخدير أو الرعاية الجراحية في غرف العمليات؟ (*يُعرف "العمل" بأنها في حالة صالحة للعمل ويمكن استخدامها لرعاية المرضى)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- منظمات أسطوانات الأكسجين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقياس تدفق الأكسجين 0-5 لتر في الدقيقة (مثل أنبوب ثورب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقياس تدفق الأكسجين 0-15 لتر في الدقيقة (مثل أنبوب ثورب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقياس تدفق الأكسجين <40 لتر في الدقيقة (مثل أنبوب ثورب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلاط/مزج الأكسجين
<input type="checkbox"/> دائماً <input type="checkbox"/> أكثر من نصف الوقت <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت <input type="checkbox"/> أبداً				جهاز تحليل تركيز الأكسجين المحمول (أي أداة لقياس تركيز إمدادات الأكسجين)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				كم مرة يتم اختبار إمدادات الأكسجين لديك للتأكد من نسبة محتوى الأكسجين فيها؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				هل يوجد في منشأتك نظام أنابيب غازات طبية مركزي فعال لتوصيل الأكسجين من مصدر مركزي (مثل محطة PSA أو محطة LOX أو مشعب الأسطوانات) إلى جانب سرير المريض؟

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ اسطوانات الأكسجين</li> <li>○ محطة لتوليد الأكسجين في الموقع (PSA* أو VSA*)، يتم تزويد المستشفى بها عبر أسطوانات</li> <li>○ محطة توليد الأكسجين في الموقع (PSA* أو VSA*)، يتم تزويد المستشفى بها عبر الأنابيب</li> <li>○ مركزات الأكسجين المحمولة بجانب السرير</li> <li>○ الأكسجين السائل (مبخر معزول بالفراغ)، يتم تزويد المستشفى به عبر الأنابيب</li> <li>○ أخرى</li> <li>○ لا شيء</li> </ul>	<p>أي من مصادر الأكسجين التالية متوفرة في منشأتكم؟ (حدد كل ما ينطبق)</p> <p>PSA* = الامتصاص بالتأرجح الضغطي؛ VSA = الامتصاص بالتأرجح الفراغي</p>
<p>دائماً <input type="checkbox"/> أكثر من نصف الوقت <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت <input type="checkbox"/> أبداً <input type="checkbox"/></p>	<p>- أ. أخرى (يرجى التحديد)</p> <p>- ب. (في حالة PSA/VSA) ما مدى تكرار تشغيل مولد الطاقة الاحتياطي لتلبية احتياجات محطة توليد الأكسجين؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ أسطوانات الأكسجين</li> <li>○ محطة توليد الأكسجين في الموقع (PSA* أو VSA*)، يتم تزويد المستشفى بها عبر الأسطوانات</li> <li>○ محطة توليد الأكسجين في الموقع (PSA* أو VSA*)، يتم تزويد المستشفى بها عبر الأنابيب</li> <li>○ مركزات الأكسجين المحمولة بجانب السرير</li> <li>○ الأكسجين السائل (مبخر معزول بالفراغ)، يتم تزويد المستشفى به عبر الأنابيب</li> <li>○ أخرى</li> <li>○ لا شيء</li> </ul>	<p>ما هو المصدر الرئيسي للأكسجين المستخدم لتزويد غرف العمليات بالأكسجين؟ (اختر خياراً واحداً)</p> <p>PSA* = الامتصاص بالتأرجح الضغطي؛ VSA = الامتصاص بالتأرجح الفراغي</p>
<p>_____</p>	<p>- أ. أخرى (يرجى التحديد)</p>
<p>دائماً <input type="checkbox"/> أكثر من نصف الوقت <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت <input type="checkbox"/> أبداً <input type="checkbox"/></p>	<p>- ب. (في حالة PSA/VSA) ما مدى تكرار تشغيل مولد الطاقة الاحتياطية لتلبية احتياجات محطة توليد الأكسجين؟</p>
<p>#</p>	<p>ما هي الكمية القصوى من الأكسجين بالتر في اليوم التي يمكن لمنشأتك توفيرها (حاسية)؟</p>
	<p>هل لديك أي تعليقات أو توضيحات إضافية بشأن إجاباتك في هذا القسم؟</p>

أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً	ما مدى توفر المعدات التالية وكونها في حالة صالحة للعمل* عند الحاجة إليها للتخدير أو الرعاية الجراحية في غرف العمليات؟ (*يُعرف "صالحة للعمل" بأنها في حالة جيدة ويمكن استخدامها لرعاية المرضى)
				<b>مجاري الهواء للبالغين</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معدات شفط خطية للبالغين (للمرضى الذين تم إدخال أنبوب تنفسي لهم)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قسطرة شفط للبالغين (مقاس 12 - 18)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منظار الحنجرة للبالغين (أحجام الشفرات 3-5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منظار الحنجرة بالفيديو للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منظار القصبات الليفي للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنابيب القصبة الهوائية للبالغين (المقاسات: 6.0 - 8.0)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقنعة الحنجرة للبالغين (الأحجام: 3، 4، 5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ممرات هوائية فموية للبالغين (المقاسات: 02-04)
				<b>مجاري الهواء للأطفال</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معدات شفط خطية للأطفال (للمرضى الذين تم إدخال أنبوب تنفسي لهم)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قسطرة شفط للأطفال (مقاس 6 - 10)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منظار الحنجرة للأطفال (أحجام الشفرات 00-2)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منظار الحنجرة بالفيديو للأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منظار القصبات الليفي للأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنابيب القصبة الهوائية للأطفال (الأحجام: 2.0-5.5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقنعة الحنجرة للأطفال (الأحجام: 1، 1.5، 2)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ممرات هوائية فموية للأطفال (الأحجام: 000-01)
				<b>المراقبة</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جهاز قياس التاكسج النبضي (للبالغين) مزود بإنذارات صوتية وقادر على المراقبة المستمرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقياس التاكسج النبضي (للأطفال) مزود بإنذارات صوتية وقادر على المراقبة المستمرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مجسات مقياس التاكسج النبضي للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مجسات مقياس التاكسج النبضي للأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مجسات مقياس التاكسج النبضي لحديثي الولادة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معدات مراقبة ضغط الدم المباشر داخل الشرايين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جهاز قياس ضغط الدم التلقائي غير الباضع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أربطة قياس ضغط الدم للأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أربطة قياس ضغط الدم للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جهاز قياس ضغط الدم اليدوي غير الباضع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جهاز مراقبة النقل العصبي العضلي (لتقييم الحصار العصبي العضلي)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سماعة طبية

المعدات (تابع)

أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً	ما مدى توفر المعدات التالية وكونها في حالة صالحة للعمل* عند الحاجة إليها لأغراض التخدير أو الرعاية الجراحية في غرف العمليات؟ (*يُقصد بـ«صالحة للعمل» أنها في حالة جيدة ويمكن استخدامها لرعاية المرضى)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقياس ثاني أكسيد الكربون ذو الموجة المستمرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فحص فوري لثاني أكسيد الكربون (Spot Check Capnography)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جهاز إزالة الرجفان عامل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جهاز مراقبة تخطيط القلب الكهربائي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقطاب جهاز تخطيط القلب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مقياس حرارة لمراقبة درجة الحرارة بشكل مستمر
				<b>تزويد الأكسجين</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قنية/أنابيب أنفية منخفضة التدفق للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قنية/أنابيب أنفية منخفضة التدفق للأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقنعة فنتوري (أي أقنعة سحب الهواء)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقنعة الوجه للبالغين بدون أكياس تخزين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقنعة الوجه للأطفال بدون أكياس تخزين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقنعة الوجه للبالغين المزودة بأكياس تخزين (أي أقنعة غير قابلة لإعادة التنفس)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقنعة الوجه للأطفال المزودة بأكياس تخزين (أي أقنعة غير قابلة لإعادة التنفس)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قنية أنفية عالية التدفق للبالغين (جهاز توصيل ودائرة المريض، قادرة على توفير <20 لتراً في الدقيقة)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قنية أنفية عالية التدفق للأطفال (جهاز توصيل ودائرة المريض، قادرة على توفير أكثر من 20 لتراً في الدقيقة)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دوائر التنفس للتخدير للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دوائر التنفس للتخدير للأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أجهزة التنفس الصناعي غير الغازية للبالغين (CPAP أو BiPAP)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أجهزة CPAP للأطفال أو Bubble CPAP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقنعة الوجه للبالغين للتهوية باستخدام القناع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقنعة وجه للأطفال للتهوية باستخدام القناع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كيس/قناع تنفس ذاتي النفخ للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كيس/قناع تنفس ذاتي النفخ للأطفال
				<b>معدات الحقن الوريدي</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كيس ضغط للمحاليل الوريدية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قساطر وريدية (16G، 18G، 20G) للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قساطر وريدية (22G و 24G) للأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القسطرة الوريدية المركزية

أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً	ما مدى توفر المعدات التالية وكونها في حالة صالحة للعمل* عند الحاجة إليها للتخدير أو الرعاية الجراحية في غرف العمليات؟ (*يُعرف "العمل" بأنه في حالة صالحة للاستخدام ويمكن استخدامه لرعاية المريض)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قساطر/إبر داخل العظم للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قساطر/إبر داخل العظم للأطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنابيب التسريب الوريدي أو داخل العظم للبالغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنابيب التسريب الوريدي أو داخل العظم للأطفال بما في ذلك البيريت (Burette)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مضخات التسريب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مضخات الحقن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خطوط التسريب/التمديد/الأنابيب (على سبيل المثال لمضخات التسريب/المحاقن)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المحاقن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماء معقم أو مقطر
				<b>معدات التخدير الموضعي</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إبر العمود الفقري (22G - 25G)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	محفز الأعصاب الطرفية (للتخدير الموضعي)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إبر حجب الأعصاب (للتخدير الموضعي)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مجموعة أدوات وضع الحقن فوق الجافية (الإبيدورال)
				<b>أخرى</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مضخة شفط يدوية أو كهربائية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نظام شفط/تفريغ مركزي عبر الأنابيب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مصاصات يانكاور
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مستلزمات بضع الغشاء الحلقي الدرقي/ إجراء فتح القصبة الهوائية في حالات الطوارئ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مجاري الهواء الأنفية البلعومية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ثلاجة للأدوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أجهزة تبخير التخدير المتطايرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ملقط ماجيل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنابيب أنفية معوية (10-16F)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قسطرة المثانة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بطانية كهربائية للتدفئة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حاضنة أطفال (أو سخان علوي لحديثي الولادة)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	محلول تعقيم الجلد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عربة الطوارئ (أي عربة مخصصة مزودة بمعدات للتعامل مع حالات السكتة القلبية)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*مرشحات فيروسية لأجهزة التنفس الصناعي الغازية وغير الغازية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرشح الحفاظ على الرطوبة (مرشح تبادل الحرارة والرطوبة HME filter)

المعدات (تابع)

أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً	ما مدى توفر المعدات/الأدوات التالية وكونها في حالة صالحة للعمل* عند الحاجة إليها للتخدير أو الرعاية الجراحية في غرف العمليات؟ (*يُعرف مصطلح "صالحة للعمل" بأنها في حالة جيدة ويمكن استخدامها لرعاية المرضى)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مصائد المياه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكي الكهربائي (الدياثيرمي)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأوتوكلاف/جهاز التعقيم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معقم اليدين أو الصابون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى تكرار استخدام معدات مجرى الهواء التي تستخدم لمرة واحدة، ثم تنظيفها وإعادة استخدامها (مثل الأنابيب الرغامية، وأجهزة التنفس المفتوحة، ودوائر التنفس، وقناطر الشفط، وما إلى ذلك)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يستخدم مقدمو خدمات التخدير في هذه المنشأة معدات الخاصة (المملوكة شخصياً)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى توفر الخدمات الطبية الحيوية في الموقع لإصلاح المعدات المعطلة (أجهزة الشفط، أجهزة مراقبة العلامات الحيوية، أجهزة التعقيم) في هذا المرفق؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قناع جراحي/طبي - للمريض (النوع الأول)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قناع جراحي/طبي - للعاملين في مجال الرعاية الصحية (النوع الثاني)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أقنعة تنفسية من نوع N95 أو KN95 أو KF94 أو FFP2 أو أعلى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	واقيات للعين للموظفين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	واقيات الوجه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أردية يمكن التخلص منها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أردية قابلة لإعادة الاستخدام ومقاومة للسوائل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قفازات معقمة يمكن التخلص منها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قفازات الفحص التي تستخدم لمرة واحدة (غير معقمة)
بالنسبة للمعدات التالية، يرجى الإشارة إلى العدد الإجمالي الموجود في هذه المنشأة، والذي يعمل بشكل سليم ومخصص للتخدير/الرعاية الجراحية في غرف العمليات (أي العدد الإجمالي لجميع غرف العمليات). *لا تشمل المعدات المملوكة شخصياً للمقدمين. (*يُعرف "يعمل بشكل سليم" بأنه في حالة صالحة للعمل ويمكن استخدامه لرعاية المرضى)				
			#	أجهزة قياس التأكسج النبضي (مستقلة أو جزء من جهاز مراقبة متعدد المعايير)
			#	قياس ثاني أكسيد الكربون أو قياس الكابنومتر
			#	أجهزة التخدير (القادرة على توفير التخدير بالاستنشاق)
			#	أجهزة التنفس الصناعي الموجودة خارج غرف العمليات في هذا المرفق
				الأشعة - ما مدى توفر معدات الأشعة العاملة في هذه المنشأة؟
أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً	جهاز أشعة سينية محمول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جهاز الموجات فوق الصوتية المحمول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جهاز التصوير المقطعي المحوسب CT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي

هل لديك اي تعليقات او توضيحات إضافية بشأن إجاباتك في هذا القسم؟

تقديم الخدمات في فترة ما حول الجراحة

				هل يتم إجراء التخدير/التسكين فوق الجافية(الإبيدورال) في هذه المنشأة؟
				هل يتم إجراء التخدير النصفي(النخاعي) في هذا المرفق؟
				هل يتم إجراء التخدير العام في هذا المرفق؟
				هل يتم إجراء حجب الأعصاب الطرفية في هذا المركز؟
أبداً	أقل من نصف المرات	أكثر من نصف المرات	دائماً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يتم تقييم المرضى من قبل أخصائي تخدير (طبيب او غير طبيب حاصل على تدريب معترف به وطنياً في مجال التخدير) قبل إعطاء التخدير؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يتم استخدام قائمة مراجعة السلامة الجراحية لمنظمة الصحة العالمية (أو نسخة معدلة محلياً) في غرفة العمليات قبل إجراء عملية جراحية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عند الحاجة، ما هي وتيرة إعطاء المضادات الحيوية الوقائية قبل إجراء شق الجلد في غرفة العمليات؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يكون إنذار فصل الدائرة (Circuit Disconnect Alarm) متوفراً ويعمل أثناء التنفس الصناعي خلال تقديم رعاية التخدير أثناء الإجراء) أي لا يشمل فترة ما قبل العملية أو وحدة الإفاقة(PACU) ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يكون مستشعر الأوكسجين المستنشق (مثل إنذار فشل إمداد الأوكسجين) متوفراً ويعمل أثناء التنفس الصناعي خلال تقديم رعاية التخدير أثناء الإجراء) لا يشمل ما قبل العملية أو(PACU) ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يتم استخدام مقياس التأكسج النضوي بشكل مستمر لمراقبة تشبع الأوكسجين في دم المرضى (SpO2) طوال فترة تقديم رعاية التخدير) لا يشمل ما قبل العملية أو(PACU) ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يتم استخدام جهاز قياس الزفير النهائي لثاني أكسيد الكربون (Capnography) بشكل مستمر لمراقبة المرضى طوال فترة تقديم رعاية التخدير) لا يشمل ما قبل العملية أو(PACU) ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يتم تقييم معدل ضربات قلب المريض إما عن طريق الجس أو السمع أو العرض (على شاشة المراقبة) طوال فترة رعاية التخدير) لا يشمل ما قبل العملية أو(PACU) ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يتم قياس ضغط الدم على الأقل كل 5 دقائق أثناء تقديم رعاية التخدير خلال الإجراء) لا يشمل ما قبل العملية أو(PACU) ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يتم تقييم نظم القلب) مثل ECG أثناء تقديم رعاية التخدير خلال الإجراء) لا يشمل ما قبل العملية أو(PACU) ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	في الحالات التي تتطلب تخديراً عاماً أو عصبياً محورياً(عمود الفقري أو فوق الجافية) ، كم مرة يكون مقدم التخدير المعين (بخلاف الجراح) حاضراً بشكل مستمر مع المريض؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى توفر إشارات وأجهزة الإنذار المسموعة وتشغيلها طوال الوقت أثناء تقديم الرعاية التخديرية؟

تقديم الخدمات في فترة ما حول الجراحة (تابع)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة تتوفر إمكانية قياس تركيز الغازات المتطايرة المستنشقة/الزفيرية أثناء رعاية التخدير؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة تستطيع هذه المنشأة التنفس الصناعي للمرضى بعد الجراحة الذين يحتاجون إلى دعم تنفسي خارج غرف العمليات؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى توفر مساعد مدرب (مثل ممرضة غرفة العمليات أو فني) لمساعدة أخصائي التخدير في غرفة العمليات؟
				هل يوجد "بروتوكول تسليم" لنقل الرعاية من مقدم تخدير إلى آخر؟
				هل لدى المنشأة أي إرشادات إدارية متاحة للتخدير؟
				هل تتوفر في المنشأة إرشادات إدارية خاصة بتخفيف الألم؟
				هل لدى المنشأة إرشادات للرعاية الشاملة للتخدير في حالات الطوارئ التوليدية؟
				كم مرة يتم استخدام مقياس الألم المناسب للعمر لتقييم المرضى في أول 24 ساعة بعد الجراحة؟
				كل ساعة <input type="checkbox"/> كل 2-4 ساعات <input type="checkbox"/> كل 4-6 ساعات <input type="checkbox"/> كل 6-12 ساعة <input type="checkbox"/> مرة كل 12 ساعة أو أكثر <input type="checkbox"/> أبداً <input type="checkbox"/>
أبداً	أقل من نصف الوقت	أكثر من نصف الوقت	دائماً	إذا لم تكن هذه المنشأة مزودة بقسم للرعاية ما بعد الجراحة (PACU) أو منطقة للإنعاش، فتخطئ الأسئلة الستة التالية المتعلقة بقسم الرعاية ما بعد الجراحة.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عندما يتواجد المرضى في غرفة PACU/غرفة الإنعاش، ما مدى تكرار تدريب الموظفين على إعطاء الأدوية المسكنة والتعرف على مشاكل مجرى الهواء والدورة الدموية الموجودة فعلياً في غرفة PACU/غرفة الإنعاش؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى توفر جهاز قياس التأكسج النبضي لمراقبة جميع المرضى بشكل مستمر طوال فترة الرعاية في غرفة ما بعد الجراحة/غرفة الإنعاش؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى توفر قياس ضغط الدم غير الباضع لجميع المرضى في غرفة ما بعد الجراحة/غرفة الإنعاش؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة يتوفر الأكسجين على الفور لجميع المرضى في غرفة ما بعد الجراحة/غرفة الإنعاش؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى توفر جهاز الشفط على الفور لجميع المرضى في غرفة ما بعد الجراحة/غرفة الإنعاش؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ما مدى توفر قناع كيس ذاتي النفخ بحجم مناسب على الفور في غرفة ما بعد التخدير/غرفة الإنعاش؟
				هل لديك أي تعليقات أو توضيحات إضافية بشأن إجاباتك في هذا القسم؟

## حجم الحالات الجراحية وحالات التخدير

يرجى استخدام سجل غرفة العمليات و/أو سجل/بيانات المراضة والوفيات، إن توفرت، للإجابة على الأسئلة التالية. إذا لم يكن لديك وصول إلى السجل، يرجى تقدير هذه الإجابات. إذا لم يتم تقديم هذه الخدمات في هذه المنشأة، يرجى الإجابة بـ "0"

#	كم عدد الحالات الجراحية التي أجريت في غرف العمليات خلال الـ 12 شهراً الماضية
#	كم عدد حالات التخدير التي أجريت في المنشأة (أي غرف العمليات، والمواقع خارج غرف العمليات، وما إلى ذلك) خلال الـ 12 شهراً الماضية؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تجرى العمليات الجراحية بشكل روتيني خارج غرف العمليات (مثل جناح الجراحة)؟
#	كم عدد العمليات الجراحية الطارئة التي أجريت في غرف العمليات خلال الـ 12 شهراً الماضية؟
#	كم عدد عمليات إصلاح كسور العظام الطويلة المفتوحة التي أجريت في هذا المرفق خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟
#	كم عدد عمليات فتح البطن (مثل تمزق الرحم، والحمل خارج الرحم، وحالات البطن الحادة، وانتفاخ الأمعاء، والإصابات الرضحية) التي أجريت في هذا المرفق خلال الـ 12 شهراً الماضية؟
#	كم عدد عمليات الولادة القيصرية التي أجريت في هذا المرفق خلال الـ 12 شهراً الماضية؟
#	كم عدد العمليات الجراحية التي أجريت للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 1 و5 سنوات في هذا المرفق خلال الـ 12 شهراً الماضية؟
#	كم عدد العمليات الجراحية التي أجريت للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 1 و12 شهراً في هذا المرفق خلال الـ 12 شهراً الماضية؟
#	كم عدد العمليات الجراحية التي أجريت لأطفال تقل أعمارهم عن شهر واحد في هذا المرفق خلال الـ 12 شهراً الماضية؟
<input type="checkbox"/> دائماً <input type="checkbox"/> أكثر من نصف المرات <input type="checkbox"/> أقل من نصف المرات <input type="checkbox"/> أبداً	ما هي نسبة الحالات التي أجريت في غرفة العمليات (بما في ذلك حالات التوليد وأمراض النساء) تحت التخدير العام؟
	هل لديك أي تعليقات أو توضيحات إضافية بشأن إجاباتك في هذا القسم؟

## تحسين الجودة والسلامة في الوحدة

	هل يتم تنفيذ أو توفر ما يلي في الوحدة:
<input type="checkbox"/> حسب الحاجة <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> ربع سنوياً <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/> أبداً	كم مرة تُعقد اجتماعات على الأقل كل ثلاثة أشهر لاستخدام البيانات السريرية من أجل تحسين الجودة (مثل مؤتمرات المراضة والوفيات، ولجان الوفيات التي يمكن الوقاية منها)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	بروتوكول تطهير وتطهير وتعقيم معدات التخدير
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يوجد نموذج مستندات سريرية موحد لمقدمي الرعاية (مثل السجل الطبي القياسي)؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يتم تتبع حالات الوفاة الجراحية، بما في ذلك وقت الوفاة، بانتظام؟
#	كم عدد حالات الوفاة أثناء الجراحة (أي الوفيات في غرفة العمليات) التي وقعت في هذا المرفق خلال الـ 12 شهراً الماضية؟
#	كم عدد حالات الوفاة بعد الجراحة داخل المستشفى التي وقعت خلال الـ 12 شهراً الماضية؟ (أي حالات الوفاة قبل الخروج من المستشفى للمرضى الذين خضعوا لإجراء جراحي في غرفة العمليات)؟
	هل لديك أي تعليقات أو توضيحات إضافية بشأن إجاباتك في هذا القسم؟

تعليقات إضافية

Translated by A. Shalabi MBBCh, M.Sc. FCAI