

رقم الإصدار: 1	الرقم المرجعي: HRS/HPSD/PR/1/2019	نوع الوثيقة: سياسة
تاريخ المراجعة: 1/4/2022	تاريخ التطبيق: 1/4/2019	عنوان الوثيقة: سياسة إحالة المرضى
الملكية: إدارة التدقيق والرقابة الصحية		
مجال التطبيق: جميع المنشآت الصحية المرخصة من قبل هيئة الصحة بدبي.		
<p>1. الغرض:</p> <p>1.1. لضمان أعلى معايير العناية أثناء إحالة المريض.</p> <p>1.2. لضمان استمرارية رعاية المرضى وتعزيز نتائج المريض.</p> <p>1.3. لتحديد الحد الأدنى من المتطلبات لإحالة المريض للمنشآت الصحية.</p> <p>2. المطبق عليهم:</p> <p>2.1. جميع المهنيين الصحيين المرخصين من قبل هيئة الصحة بدبي.</p> <p>3. التعاريف/المصطلحات:</p> <p>3.1. إعادة الإحالة: يتم إعداده من قبل المنشأة الصحية التي استلمت الحالة في نهاية العملية لإعلام المنشأة المحالة عما قد تم القيام به.</p> <p>3.2. المنشأة الصحية: المكان المصرح له من قبل هيئة الصحة بدبي بإجراء الكشف الصحي على المرضى أو للمعاونة في تشخيص أمراضهم أو لعلاجهم أو لتمريضهم أو لإقامتهم بغرض النقاهاة، أو للقيام بأي عمل يتصل بالعلاج أو التأهيل بعد العلاج.</p> <p>3.3. المهني الصحي: الشخص الطبي المصرح له من قبل الهيئة بمزاولة المهنة في الإمارة.</p> <p>3.4. المنشأة المحالة/المبادرة: هي المنشأة الصحية التي بدأت عملية الإحالة.</p> <p>3.5. المهني المسؤول: هو المهني الصحي الذي تحمل المسؤولية الأساسية عن رعاية المريض في المنشأة الصحية.</p> <p>3.6. الإحالة الخارجية: يتم إعداده من قبل منشأة البدء لإبلاغ حالة المريض وحالته.</p> <p>3.7. المنشأة المستلمة: هي المنشأة التي تقوم باستلام الحالة المحالة.</p> <p>3.8. الإحالة: هي العملية التي يقوم بها المهني الصحي في حال عدم وجود مصادر كافية في المنشأة الصحية (الأدوية أو</p>		

المعدات او الخبرات الكافية) لإدارة حالة المريض.

4. السياسة:

- 4.1. يجب أن يكون لدى جميع المنشآت الصحية نظام لإحالة المرضى بما في ذلك الإحالة الخارجية و / أو إعادة الإحالة حسب النطاق الوظيفي للمنشأة الصحية.
- 4.2. يجب على المنشأة الصحية تطوير وتنفيذ سياسات وإجراءات مكتوبة بشأن عملية إحالة المرضى وفقاً للأنظمة المعمول بها في دبي وأفضل الممارسات الدولية.
 - 4.2.1. يجب أن توضح السياسة معايير عملية الإحالة، المهنيين الصحيين الذين ينبغي إشراكهم في عملية الاتصال، الحد الأدنى من المعدات المطلوبة لإحالة المريض حسب حدته.
 - 4.2.2. يجب أن تخاطب عملية الإحالة احتياجات المريض للرعاية المستمرة.
 - 4.2.3. يجب على المنشأة الصحية تعليم وتدريب المهنيين الصحيين المعنيين حول سياسة الإحالة الخاصة بهم.
- 4.3. يجب تواجد اتفاقية كتابية بين المنشأة المحالة والمنشأة المستقبلة لضمان كفاءة وفعالية عملية إحالة المريض.
- 4.4. يجب أن تكون عملية الإحالة متكاملة مع برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى في المنشأة الصحية.
 - 4.4.1. يجب إدراج جميع بيانات حالات الإحالة ضمن عملية التحليل والتحسين.
 - 4.5. يتوجب على المنشأة المحالة قبل إحالة أي حالة التعهد ما يلي:
 - 4.5.1. إجراء التقييم السريري للمريض، وضمان استقراره حالة المريض.
 - 4.5.2. تحديد متى توافر الخدمات المطلوبة لتلبية احتياجات المريض.
 - 4.5.3. تحديد قدرة المنشأة المستقبلة على استقبال حالة المريض.
 - 4.5.4. الحصول على موافقة المريض أو من ينوب عنه للإحالة الى مزود خدمة على مستوى أعلى في حال لزم الأمر.
 - 4.5.5. استيفاء الحد الأدنى من المتطلبات المنصوص عليها في نموذج الإحالة (الملحق 1 و 2)
 - أ. يتوجب على المنشأة الصحية تطوير نموذج إحالة المرضى الخاص بهم باللغة العربية أو الإنجليزية.
 - 4.5.6. توفير وتنظيم خدمات الإسعاف الداخلية أو الاستعانة بمصادر خارجية للإحالة الطارئة وغير الطارئة حسب الحاجة.

أ. تحدد المنشأة الصحية المسؤولة عن إحالة المريض مع مقدم الخدمة أو المنشأة الصحية المستقبلية طريقة النقل، وذلك من خلال مذكرة التفاهم.

i. يجب أن يتم تحديد طريقة النقل على حسب حالة المريض، وعلى قرار الطبيب المعالج وقبول المنشأة المستقبلية وفريق النقل على سبيل المثال، فني طوارئ، الطبيب المسؤول أو ممرضة مدربة في حالات الطوارئ / الرعاية الحرجة.

ii. يتوجب على المنشأة المحالة/المبادرة ضمان توفير جميع المعدات الطبية المناسبة والمستلزمات والأدوية في سيارة الإسعاف لتلبية احتياجات المريض الذي يتم إحالته.

4.6. يتوجب على الطبيب المعالج في المنشأة المحالة ان يكون مسؤولاً عن تنسيق نقل معلومات المريض في الوقت المناسب إلى المنشأة المستلمة.

4.6.1. يجب أن يعطى طبيب المنشأة الصحية المستلمة تفاصيل حالة النقل وأن يتم توثيق الموافقة على الإحالة في السجل الطبي للمريض لكلا الطرفين.

أ. يجب أن تقدم المنشأة المحالة/المبادرة تقريراً طبياً كاملاً (معلومات عن الرعاية والتشخيص والوضع الحالي للمريض والتغييرات الأخيرة / المتوقعة في الحالة أو العلاج واقتراحات حول ما يجب مراقبته) إلى المنشأة المستلمة.

4.7. يتوجب على أحد أخصائيي الرعاية الصحية مرافقة ومراقبة المريض أثناء النقل، وفقاً لقرار الطبيب المسؤول.

4.7.1. يجب توثيق ورصد جميع المؤشرات أثناء النقل، وتوثيق جميع ذلك في سجل الطبي للمريض.

4.8. يجب على المنشأة المحالة/المبادرة تقييم وضمان استقراره أي حالة طارئة للمريض قبل النقل.

4.9. عند الوصول إلى المنشأة المستلمة، يقوم أخصائيي الرعاية الصحية المرافق للمريض بتسليم المريض إلى الطبيب المسؤول في المنشأة المستلمة مع جميع الوثائق ذات الصلة.

4.10. يطلب من جميع المستشفيات ومراكز جراحة اليوم الواحد الالتزام بما يلي:

4.10.1. تلبية متطلبات شهادة برنامج انقاذ الحياة الأولي (BLS) وشهادة دعم الحياة والقلب المتقدم (ACLS).

4.10.2. تأكد من توفر عربات الكود (عربات تسليم الادوية / المعدات الطبية بغرف الطوارئ) للاستخدام والتحقق

منها بشكل دوري منتظم

4.10.3. وجود مذكرة تفاهم لنقل سيارات الإسعاف إذا لم تكن متوفرة داخل المنشأة

4.10.4. وجود مذكرة تفاهم مع منشأة صحية ذات قدرات ومستوى أعلى لإدارة الحالات المعقدة أو الحرجة.

4.11. يجب على جميع المنشآت غير التابعة للمستشفيات أو مراكز جراحة اليوم الواحد التأكد من أنها تلبى متطلبات

شهادة برنامج انقاذ الحياة الأولي (BLS) وتتصل بخدمات الطوارئ لرعاية المرضى حسب الحاجة.

4.12. من الأفضل توفير خدمة الإحالة مرة أخرى من قبل المنشأة المحالة/المبادرة لإبلاغ المنشأة المستلمة عن

النتائج أو التوصيات المتعلقة بالخدمة المقدمة للمريض.

5. المراجع:

5.1. Alliance for Cancer Care. Patient Referral Form. Available at:

http://allianceforcancercare.org/wp-content/uploads/2017/04/CCNW_ReferralNotepad.pdf.

(accessed on 09/01/2019).

5.2. Government of Western Australia (2014). Central Referral Service Policy. Available at:

<http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/attachments/866.pdf> (accessed on 09/01/2019).

5.3. HAAD (2017). HAAD Standard for Minimum Requirements for the Preparedness of Common Medical Emergencies In Inpatient Care Setting, Outpatient Care Setting, Ambulance Services and Interfacility Patient Transfer. Available at:

<https://www.haad.ae/HAAD/LinkClick.aspx?fileticket=QMaqCmoR940%3D&tabid=820>

(accessed on 09/01/2019).

5.4. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (2017). 6th Edition.

5.5. Provider Referral Request Form (2012). Available at:

<https://www.unicarestateplan.com/pdf/5SampleProviderReferralForm.pdf>

(accessed on 09/01/2019).

5.6. The Ohio State University (2017). Physician Referral Form. Available at:

<https://wexnermedical.osu.edu/~media/Files/WexnerMedical/Healthcare-Professionals/Referring-Physicians/2014OSUWexner-PhysicianReferralForm.pdf?la=en>.

(accessed on 11/01/2019).

5.7. University of Kelaniya (2013). Structured Printed Referral Letter (Form Letter); Saves Time and Improves Communication. Available at:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3894031/> (accessed on 11/01/2019).

5.8. UC San Diego Health (2015). Patient Referral Form. Available at:

<https://health.ucsd.edu/medinfo/pages/referral.aspx> (accessed on 11/01/2019).

5.9. WHO (2003). Referral Systems - a summary of key processes to guide health services managers. Available at: www.who.int/management/Referralnotes.doc (accessed on 11/01/2019).

6. المرفقات

6.1. المرفق 1- الحد الأدنى من متطلبات نموذج إحالة المريض:

- أ. اسم المنشأة المحالة/المبادرة
- ب. نوع الإحالة: طارئة/غير طارئة
- ت. اسم المنشأة المستلمة واسم التخصص المستلم
- ث. اسم المريض حسب جواز السفر/ الهوية الإماراتية، العمر، الجنس، رقم تعريف المريض
- ج. تاريخ ميلاد المريض
- ح. رقم هاتف المريض
- خ. التشخيص (رمز ICD)
- د. الإجراءات التشخيصية والعلاجية / المصطلحات الإجرائية الحالية (CPT)
- ذ. التاريخ الطبي للمريض ذات الصلة، والاعتلال المشترك
- ر. الأدوية المعطاة
- ز. سبب الإحالة
- س. النتائج الهامة
- ش. حالة المريض مع التوضيح
- ص. تعليمات المتابعة
- ض. بيان أن الطبيب قد ناقش مع المريض بطريقة مفهومة سبب الإحالة
- ط. معلومات تأمين المريض (إن وجدت)
- ظ. اسم وتوقيع الطبيب المحال
- ع. تاريخ ووقت الإحالة

المرفق 2- نموذج إحالة المريض

شعار المنشأة الصحية
نموذج إحالة المريض

يرجى تعبئة النموذج بالكامل

نوع الإحالة: طارئة غير طارئة

سبب الإحالة: استشارة إجراء/اختبار علاج

معلومات المريض

اسم المريض: _____ الجنس: _____ العمر: _____

رقم الهوية الإماراتية/جواز السفر: _____

تاريخ ميلاد المريض: _____

رقم هاتف المريض: _____

التشخيص (رمز ICD): _____

الإجراءات التشخيصية والعلاجية: _____

التاريخ الطبي للمريض ذات الصلة والاعتلال المشترك: _____

الأدوية المعطاة

سبب الإحالة

حالة المريض مع التوضيح

حالة المريض: تتحسن لا يوجد تغير أخرى

تعليمات المتابعة

المحال الى:

اسم المنشأة المحالة/المبادرة: _____

اسم القسم/التخصص: _____

اسم ومسمى الطبيب المعالج: _____

المحال من:

اسم المنشأة المحالة/المبادرة: _____

اسم القسم/التخصص: _____

اسم ومسمى الطبيب المعالج: _____

تم تعبئة النموذج من قبل: _____ تاريخ: _____ الوقت: _____