



CBAHI

المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى



CBAHI

المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions



Abbreviations	معنى الاختصارات
HR	الموارد البشرية
MS	الطاقم الطبي
PC	تقديم الرعاية للمرضى
QM	إدارة الجودة وسلامة المرضى
AN	رعاية التخدير
IPC	مراقبة و منع العدوى
MM	ادارة الادوية
LB	المختبرات
FMS	إدارة المرافق والسلامة



CBAHI

المركز السعودي للاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

Total Standards: 20

مجموع المعايير: 20

Total Sub-Standards: 113

مجموع المعايير الفرعية: 113

HR.5 The hospital has a process for proper credentialing of staff members licensed to provide patient care.

HR.5 لدى المستشفى عملية مناسبة لاعتماد وثائق ورخص الموظفين لتقديم رعاية المرضى

- HR.5.1** The hospital has a written policy describing the process used for the verification of credentials.
- HR.5.2** The hospital gathers, verifies, and evaluates the credentials (license, education, training, certification and experience) of those medical staff, nursing staff, and other health professionals licensed to provide patient care.
- HR.5.3** Credentials are verified from the original source.
- HR.5.4** Job responsibilities and clinical work assignments/ privileges are based on the evaluation of the verified credentials.
- HR.5.5** The hospital ensures the registration of all healthcare professionals with the Saudi Commission for Health Specialties.
- HR.5.6** Staff licensed to provide patient care must always have and maintain a valid license to practice only within their profession.
- HR.5.7** The hospital maintains an updated record of the current professional license, certificate, or registration, when required by laws, regulations, or by the hospital for every medical staff, nursing staff and other healthcare professionals.
- HR.5.8** When verification of credentials is conducted through a third party, the hospital must request for a confirmatory documentation.
- HR.5.9** Verification process applies to all clinical staff categories (full time, part time, visitor, and locum).

HR.5.1 لدى المستشفى سياسة مكتوبة تصف العملية المستخدمة للتحقق من الشهادات

HR.5.2 يقوم المستشفى بجمع بيانات الاعتماد والتحقق منها وتقييمها (الترخيص، التعليم، التدريب والشهادات والخبرة) من الموظفين الطبيين، والتمريض، وغيرها من الوظائف الصحية لتقديم رعاية المرضى

HR.5.3 يتم التحقق من بيانات الاعتماد من المصدر الأصلي

HR.5.4 تستند المهام ومسؤوليات الوظيفة والواجبات / وامتيازات العمل السريري على تقييم أوراق الاعتماد التي تم التحقق منها

HR.5.5 يضمن المستشفى تسجيل جميع مقدمي الرعاية الصحية في الهيئة السعودية للتخصصات الصحية

HR.5.6 يجب أن يحصل الموظفون المرخصون لتقديم رعاية المرضى على ترخيص صالح ويحافظون عليه دائما والممارسة فقط داخل التخصص

HR.5.7 تحتفظ المستشفى بسجل محدث للرخصة المهنية الحالية، الشهادة، أو التسجيل لكل الطواقم الطبية وموظفي التمريض وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية للرجوع له عند الحاجة من قبل المستشفى بموجب القوانين و اللوائح

HR.5.8 عندما يتم التحقق من أوراق الاعتماد من خلال طرف ثالث، يجب على المستشفى طلب للحصول على وثائق تأكيدية.

HR.5.9 تطبق عملية التحقق على جميع فئات الموظفين السريرية (دوام كامل، دوام جزئي، زائر، ونظام اللوكم).

MS.7 Medical staff members have current delineated clinical privileges.

MS.7 أعضاء الطاقم الطبي يمتلكون جميعا امتيازات سريرية محددة وسارية.

- MS.7.1** Medical staff members are allowed to practice only within the privileges granted by the credentialing and privileging committee.
- MS.7.2** Clinical privileges are reviewed and updated

MS.7.1 لا يسمح للموظفين الطبيين بالعمل إلا ضمن الامتيازات الممنوحة من قبل لجنة الإعتمادات ولجنة الامتيازات.

MS.7.2 تتم مراجعة الامتيازات السريرية وتحديثها كل عامين



CBAHI

المركز السعودي للاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

every two years and as needed.

- MS.7.3** The hospital identifies the circumstances under which temporary or emergency privileges are granted.
- MS.7.4** Temporary or emergency privileges are not granted for more than 90 days and are not renewable.
- MS.7.5** When a new privilege is requested by a medical staff member, the relevant credentials are verified and evaluated prior to approval

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

وحسب الحاجة.

- MS.7.3** يحدد المستشفى الظروف التي يتم بموجبها منح امتيازات مؤقتة أو طارئة.
- MS.7.4** لا تمنح الامتيازات المؤقتة أو الطارئة لأكثر من 90 يومًا وليست قابلة للتجديد.
- MS.7.5** عندما يطلب موظف طبي امتيازًا جديدًا ، يتم التحقق من بيانات الاعتماد ذات الصلة وتقييمها قبل الموافقة.

PC.25 Policies and procedures guide the handling, use, and administration of blood and blood products.

- PC.25.1** There are policies and procedures that are developed collaboratively by the blood utilization committee, guiding the handling, use, and administration of blood and blood products.
- PC.25.2** Only physicians order blood and in accordance with a policy clarifying when blood and blood products may be ordered.
- PC.25.3** The physician obtain informed consent for transfusion of blood and blood products. Elements of patient consent include:
- PC.25.3.1** Description of the transfusion process.
- PC.25.3.2** Identification of the risks and benefits of the transfusion.
- PC.25.3.3** Identification of alternatives including the consequences of refusing the treatment.
- PC.25.3.4** Giving the opportunity to ask questions.
- PC.25.3.5** Giving the right to accept or refuse the transfusion.
- PC.25.4** Two staff members verify the patient's identity prior to blood drawing for cross match and prior to the administration of blood.
- PC.25.5** In dire emergencies, patient/family signs consent for "transfusion without NAT testing".
- PC.25.6** Blood is transfused according to accepted transfusion practices from recognized

PC.25 لدى المستشفى سياسات وإجراءات واضحة تحكم عملية استخدام وتداول وإعطاء الدم ومشتقاته.

- PC.25.1** هناك سياسات وإجراءات يتم تطويرها بشكل تعاوني من قبل لجنة استخدام الدم ، التي تحكم عملية استخدام وتداول واعطاء ، الدم ومشتقاته.
- PC.25.2** لدى الأطباء فقط الاحقية بطلب الدم وفقاً لسياسة توضح متى يمكن طلب الدم ومشتقاته.
- PC.25.3** يحصل الطبيب على موافقة مستنيرة لنقل الدم ومشتقاته. تتضمن عناصر موافقة المريض ما يلي:
- PC.25.3.1** وصف عملية نقل الدم.
- PC.25.3.2** تحديد مخاطر وفوائد نقل الدم.
- PC.25.3.3** تحديد البدائل بما في ذلك عواقب رفض العلاج.
- PC.25.3.4** إعطاء الفرصة لطرح الأسئلة.
- PC.25.3.5** إعطاء الحق في قبول نقل الدم أو رفضه
- PC.25.4** يقوم اثنان من الموظفين بالتحقق من هوية المريض للمطابقة قبل سحب الدم وقبل إعطاء الدم.
- PC.25.5** في حالات الطوارئ القاسية ، يوقع المريض / الأسرة على موافقة "نقل الدم دون اختبار NAT".
- PC.25.6** يتم نقل الدم وفقاً لممارسات نقل مقبولة من منظمات مهنية معترف بها.



CBAHI

المركز السعودي للاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

- professional organizations.
- PC.25.7** Policies and procedures guide the administration of blood transfusions.
- PC.25.8** Patients receiving blood are closely monitored.
- PC.25.9** Transfusion reactions are reported and analyzed for preventive and corrective actions.
- PC.25.10** Side effects or complications are immediately reported to the medical staff and blood bank and the transfused unit is sent to the blood bank for further investigations.
- PC.26 Patients at risk for developing venous thromboembolism are identified and managed.**
- PC.26.1** Patients are screened for the risk of developing venous thromboembolism.
- PC.26.2** Patients at risk receive prophylaxis according to current evidence-based practice.
- QM.17 The hospital has a process to ensure correct identification of patients.**
- QM.17.1** At least two patient identifiers (e.g., patient full name and medical record number) are required whenever taking blood samples, administering medications or blood products, or performing procedures.
- QM.17.2** The hospital has a standardized approach to patient identification (e.g., use of ID bands with standardized information).
- QM.17.3** Patients are actively involved in the process of patient identification.
- QM.18 The hospital has a process to prevent wrong patient, wrong site, and wrong surgery/procedure.**
- QM.18.1** There is a process implemented to prevent wrong patient, wrong site, and wrong surgery/procedure during all invasive interventions performed in operating rooms or other locations.
- PC.25.7 السياسات والإجراءات تحكم إدارة عمليات نقل الدم.
- PC.25.8 يتم رصد المرضى الذين يتلقون الدم عن كثب.
- PC.25.9 يتم الإبلاغ عن تفاعلات نقل الدم وتحليلها للإجراءات الوقائية والتصحيحية.
- PC.25.10 يتم الإبلاغ فوراً عن الآثار الجانبية أو المضاعفات إلى الطاقم الطبي وبنك الدم ، ويتم إرسال الوحدة المنقولة إلى بنك الدم لإجراء مزيد من التحقيقات.
- PC.26 المرضى المعرضون لخطر الجلطات الوريدية يتم التعرف عليهم ومعالجتهم
- PC.26.1 يتم فحص المرضى لخطر التعرض للجلطات الدموية الوريدية.
- PC.26.2 يتلقى المرضى المعرضون للخطر العلاج الوقائي وفقاً للممارسة القائمة على الأدلة الحالية.
- QM.17 لدى المستشفى آلية مناسبة لضمان التعرف الصحيح على المرضى.
- QM.17.1 مطلوب على الأقل اثنين من معرفات المريض (على سبيل المثال ، اسم المريض الكامل ورقم السجل الطبي) كلما أخذ عينات الدم ، وإدارة الأدوية أو مشتقات الدم ، أو اتخاذ الإجراءات.
- QM.17.2 لدى المستشفى نهج موحد لتحديد المريض (على سبيل المثال ، استخدام بطاقات ID مع معلومات موحدة).
- QM.17.3 يشارك المرضى بشكل فاعل في عملية تحديد هوية المريض.
- QM.18 لدى المستشفى آلية مناسبة لاتقاء الخطأ في هوية المريض أو الخطأ في مكان أو نوع الإجراءات العلاجية أو الجراحية.
- QM.18.1 هناك عملية تنفذ لتفادي المريض الخطأ ، والموقع الخطأ ، والجراحة / الإجراءات الخاطئة خلال جميع التدخلات الغازية التي أجريت في غرف العمليات أو مواقع أخرى.



CBAHI

المركز السعودي للاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

- QM.18.2** The process consists of three phases: verification, site marking, and time out.
- QM.18.3** A pre-procedure verification of the patient information is carried out including the patient's identity, consent, full details of the procedure, laboratory tests and images, and any implant or prosthesis.
- QM.18.4** The surgical/procedural site is marked before conducting the surgery/procedure.
- QM.18.4.1** The site is marked especially in bilateral organs and multiple structures (e.g. fingers, toes, and spine).
- QM.18.4.2** The site is marked by the individual who will perform the procedure.
- QM.18.4.3** The patient is involved in the marking process.
- QM.18.4.4** The marking method is consistent throughout the hospital.
- QM.18.4.5** The mark is visible after the patient is prepped and draped.
- QM.18.5** A final check (time-out) is conducted before the procedure is initiated.
- QM.18.5.1** The time-out is conducted in the location where the procedure will be done, just before starting.
- QM.18.5.2** The time-out is initiated by a designated member of the team and involves the members of the team, including the individual performing the procedure, the anesthesia providers, and the nurse(s) involved.
- QM.18.5.3** The entire procedure team uses active communication during the time out.
- QM.18.5.4** During the time-out, the team members agree on the correct patient identity, the correct procedure to be performed, the correct site, and when applicable, the availability of the correct implant or equipment.
- QM.18.6** The hospital documents its processes for preventing wrong patient, wrong site, and wrong surgery/procedure.
- AN.2 Anesthesia staff members have the appropriate qualifications.**
- AN.2.1** Qualified anesthesiologists provide anesthesia

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

- QM.18.2** تتكون العملية من ثلاث مراحل: التحقق ، واسم الموقع ، والوقت المستقطع.
- QM.18.3** يتم إجراء التحقق المسبق من إجراءات المريض بما في ذلك هوية المريض والموافقة والتفاصيل الكاملة للإجراء والاختبارات والصور المخبرية وأي غرسة أو طرف صناعي.
- QM.18.4** يتم وضع علامة على الموقع الجراحي / الإجمالي قبل إجراء الجراحة.
- QM.18.4.1** تم وضع علامة على الموقع بشكل خاص في الأجهزة الثنائية والهيكل المتعددة (مثل الأصابع والعمود الفقري).
- QM.18.4.2** يتم تمييز الموقع من قبل الشخص الذي سيقوم بتنفيذ الإجراء.
- QM.18.4.3** يشترك المريض في عملية وضع العلامات.
- QM.18.4.4** إن طريقة وضع العلامات متناسقة في جميع أنحاء المستشفى.
- QM.18.4.5** تظهر العلامة بعد إعداد المريض ورفع.
- QM.18.5** يتم إجراء التحقق النهائي (المهلة) قبل بدء الإجراء.
- QM.18.5.1** يتم إجراء فترة المهلة في الموقع الذي سيتم فيه تنفيذ الإجراء ، قبل البدء مباشرةً.
- QM.18.5.2** تبدأ فترة المهلة من قبل عضو معين في الفريق ويتضمن أعضاء الفريق ، بما في ذلك مؤدو الإجراء ، ومقدمي التخدير ، والممرضين المعنيين.
- QM.18.5.3** يستخدم فريق الإجراء بأكمله الاتصال النشط خلال المهلة.
- QM.18.5.4** خلال فترة المهلة ، يتفق أعضاء الفريق على هوية المريض الصحيحة ، والإجراء الصحيح الذي يتعين القيام به ، والموقع الصحيح ، وتوافر الغرسة أو المعدات الصحيحة ، عند الاقتضاء.
- QM.18.6** توثق المستشفى عملياتها لتفادي المريض الخاطئ ، والموقع الخطأ ، والجراحة / الإجراء الخاطئ
- AN.2 أطباء وفنيو التخدير يمتلكون المؤهلات المناسبة لممارسة التخدير.**
- AN.2.1** يقدم أطباء التخدير المؤهلين خدمات التخدير.

ESR Standards

- services.
- AN.2.2** Qualified anesthesiologist is present inside the operating room throughout the operation.
- AN.2.3** Anesthesia consultant administers and supervises anesthesia for major/specialized operations or high risk patients, including:
- AN.2.3.1** Pediatric operations.
- AN.2.3.2** Cardio-pulmonary operations.
- AN.2.3.3** Neurosurgery operations.
- AN.2.3.4** Transplant operations.
- AN.2.4** Anesthesia staff are certified in advanced life support as appropriate to the patient's age.
- AN.15** **Qualified staff perform moderate and deep sedation/analgesia.**
- AN.15.1** Physicians who perform moderate and deep sedation/analgesia have competency-based privileges granted to perform moderate and deep sedation/analgesia.
- AN.15.2** Clinical staff who participate in caring for patients receiving moderate or deep sedation are certified in advanced life support as appropriate to the age of the patients served.
- AN.15.3** Clinical staff who participate in conducting sedation must successfully complete a proper education/training on moderate and deep sedation.
- IPC.4** **There is a designated multidisciplinary committee that provides oversight of the infection prevention and control program.**
- IPC.4.1** The infection prevention and control committee is chaired by the hospital director or the medical director.
- IPC.4.2** The membership of the infection prevention and control committee includes representatives from the medical staff, nursing staff, microbiology, operating room, central sterilization service, pharmaceutical care, dietary services, housekeeping, infection prevention and control staff, and other departments as needed.
- IPC.4.3** The infection prevention and control committee meets on a regular basis (at least quarterly).

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

- AN.2.2** طبيب التخدير المؤهل موجود داخل غرفة العمليات طوال العملية.
- AN.2.3** يقوم استشاري التخدير بإدارة التخدير والإشراف على العمليات الرئيسية / المتخصصة أو المرضى ذوي المخاطر العالية ، بما في ذلك:
- AN.2.3.1** عمليات طب الأطفال
- AN.2.3.2** عمليات القلب والرئتين
- AN.2.3.3** عمليات جراحة المخ والأعصاب
- AN.2.3.4** عمليات الزراعة
- AN.2.4** أطباء وممرضو التخدير مؤهلون في دعم الحياة المتقدم بما يتناسب مع عمر المريض.
- AN.15** **التخدير المتوسط والعميق وتسكين الألم يقدم حصراً من قبل الممارسين الصحيين المؤهلين لذلك.**
- AN.15.1** يمتلك الأطباء الذين يقومون بتخدير / تسكين معتدل وعميق امتيازات قائمة على الكفاءة الممنوحة لأداء التخدير / التسكين المعتدل والعميق.
- AN.15.2** الموظفين السريريين الذين يشاركون في رعاية المرضى الذين يتلقون تخديراً معتدلاً أو عميقاً مؤهلون بدعم الحياة المتقدم وفقاً لما يناسب مع عمر المرضى.
- AN.15.3** يجب على الموظفين السريريين الذين يشاركون في إجراء التخدير أن يكملوا بنجاح تعليماً / تدريباً مناسباً بشأن التخدير المعتدل والعميق.
- IPC.4** **لدى المستشفى لجنة متعددة التخصصات معينة للإشراف على برنامج مراقبة و منع العدوى.**
- IPC.4.1** يتأسس مدير المستشفى أو المدير الطبي لجنة مراقبة و منع العدوى.
- IPC.4.2** وتشمل عضوية لجنة مراقبة و منع العدوى ممثلين من الطاقم الطبي ، وموظفي التمريض ، و الأحياء المجهرية ، و غرفة العمليات ، وخدمة التعقيم المركزية ، والرعاية الصيدلانية ، والخدمات الغذائية ، والتدبير المنزلي ، وطاقم لجنة مراقبة و منع العدوى ، وغيرها من الإدارات حسب الحاجة.
- IPC.4.3** تجتمع لجنة مراقبة و منع العدوى على أساس منتظم (على الأقل كل ثلاثة أشهر).

ESR Standards

- IPC.4.4** Functions of the infection prevention and control committee include, but are not limited to, the following:
- IPC.4.4.1** Review of the hospital infection prevention and control policies and procedures.
- IPC.4.4.2** Review of the reports of healthcare-associated infections surveillance submitted regularly by the infection prevention and control team and suggestion of appropriate actions.
- IPC.4.4.3** Revision of the yearly plan submitted by infection prevention and control team and suggestion of additions/changes if necessary.
- IPC.4.4.4** Evaluates and revises on a continuous basis the procedures & the mechanisms developed by the infection prevention & control team to serve established standards and goals.
- IPC.4.4.5** Brings to the attention of the infection prevention & control team new infection control issues arising in different departments of the hospital & suggests solutions.
- IPC.4.4.6** Each member of the committee acts as an advocate of infection prevention & control in his department, trying to promote its principles, and ensures application of its rules.
- IPC.15 Facility design and available supplies support isolation practices.**
- IPC.15.1** There is at least one negative pressure airborne isolation room in the emergency room and one in patient care areas (one negative pressure room for every 25-30 beds in general hospitals).
- IPC.15.2** The infection prevention and control team decides the need for more airborne isolation rooms depending on the volume of patients in need for airborne isolation admitted to the hospital.
- IPC.15.3** The ventilation system serving airborne isolation facilities provides pressure patterns that prevent airborne pathogens from being distributed to other areas of the hospital.
- IPC.15.3.1** Rooms designed for airborne isolation patients are under negative

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

- IPC.4.4** تشمل مهام لجنة مراقبة و منع العدوى على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:
- IPC.4.4.1** استعراض سياسات وإجراءات مراقبة و منع العدوى في المستشفيات
- IPC.4.4.2** استعراض تقارير مراقبة و منع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية التي يقدمها فريق منع العدوى ومكافحته بشكل منتظم واقتراح الإجراءات المناسبة.
- IPC.4.4.3** مراجعة الخطة السنوية المقدمة من لجنة مراقبة و منع العدوى واقتراح الإضافات / التغييرات إذا لزم الأمر.
- IPC.4.4.4** التقييم والتنقيح بشكل مستمر للإجراءات والآليات التي طورتها لجنة مراقبة و منع العدوى لخدمة المعايير والأهداف المحددة.
- IPC.4.4.5** تعنى لجنة مراقبة و منع العدوى بالمشكلات الجديدة في مكافحة العدوى التي تنشأ في مختلف أقسام المستشفى وتقرح الحلول.
- IPC.4.4.6** يعمل كل عضو في اللجنة كمدافع عن مراقبة و منع العدوى في إدارته ، في محاولة لتعزيز مبادئه ، وبضمن تطبيق قواعده.
- IPC.15 يدعم تصميم المنشأة وتوفير الإمدادات ممارسات عزل المرضى عند الحاجة.**
- IPC.15.1** توجد غرفة عزل واحدة على الأقل ذات ضغط سلبي في غرفة الطوارئ وواحدة في مناطق رعاية المرضى (غرفة ضغط واحدة لكل 25-30 سرير في المستشفيات العامة).
- IPC.15.2** تقرر لجنة مراقبة و منع العدوى الحاجة إلى مزيد من غرف العزل المنقولة بالهواء ، اعتماداً على حجم المرضى المحتاجين لعزل منقول بالهواء تم إدخالها إلى المستشفى.
- IPC.15.3** يوفر نظام التهوية الذي يخدم منشآت العزل المنقولة بالهواء أنماطاً للضغط تمنع انتشار مسببات الأمراض المنقولة بالهواء إلى مناطق أخرى في المستشفى.
- PC15.3.1** الغرف المصممة لمرضى العزل المنقولة بالهواء تحت



CBAHI

المركز السعودي للاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

pressure.

IPC.15.3.2 Air is exhausted to the outside and is not re-circulated unless it is filtered through High-Efficiency Particulate Air (HEPA) Filter.

IPC.15.3.3 There is evidence of daily air exchange monitoring (12 air changes per hour) when a patient is isolated. Weekly monitoring of the air exchange is needed when no patient is isolated.

IPC.15.4 The entry of the isolation room is through a work area or ante-room that serves as a site for hand washing, gowning and storage of protective clothing (gloves, aprons, masks).

IPC.15.5 Toilet, shower, or tub and hand washing facilities are provided for each isolation room.

IPC.15.6 Transmission-based precaution cards (isolation signs) are consistent with the patient diagnosis and are posted in Arabic and English and indicate the type of precautions required.

IPC.15.6.1 Transmission-based precaution cards (isolation signs) are color coded for isolation of different categories (e.g., contact: green, airborne: blue, droplet: pink or red).

IPC.15.6.2 Transmission-based precaution cards (isolation signs) should contain short statements and supported with the required figures.

IPC.15.6.3 Isolation instructions must highlight the transmission-based precaution cards (isolation signs) needed while transporting the patients under transmission-based precautions to other department (e.g., radiology).

IPC.15.7 Respirator (high filtration) masks (N-95, N-99) are used by staff during direct care of patients on airborne precautions and are available on all units likely to admit patients on airborne precautions.

IPC.15.8 Respirator (high filtration) masks (N95, N-99) can be reused by the same patient

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

ضغط سلبي

IPC.15.3.2: يتم استنفاد الهواء إلى الخارج ولا يتم إعادة تعميمه ما لم يتم ترشيحه من خلال فلتر هواء جسيمات عالي الكفاءة (HEPA).

IPC.15.3.3: يوجد دليل على مراقبة يومية للتبادل الجوي (12 تغيير جوي لكل ساعة) عند عزل المريض. هناك حاجة إلى المراقبة الأسبوعية للتبادل الجوي عندما لا يتم عزل أي مريض.

IPC.15.4 مدخل غرفة العزل هو من خلال منطقة عمل أو غرفة قبل أن تكون بمثابة موقع لغسل الأيدي ، العباءات وتخزين الملابس الواقية (القفازات ، المآزر ، الأقفعة).

IPC.15.5 توفر مرحاض أو دش أو حوض استحمام ومرافق غسل اليدين لكل غرفة عزل.

IPC.15.6 تتوافق البطاقات التحذيرية للنقل (علامات العزل) مع تشخيص المريض ويتم نشرها باللغتين العربية والإنجليزية وتشير إلى نوع الاحتياطات اللازمة.

IPC.15.6.1 البطاقات التحذيرية للنقل (علامات العزل) مشفرة بالألوان لعزل فئات مختلفة (مثل: الاتصال: أخضر ، منقول بالهواء: أزرق ، قطرة: وردي أو أحمر).

IPC.15.6.2 ينبغي أن تحتوي البطاقات التحذيرية للنقل (علامات العزل) على بيانات موجزة وتدعم بالأرقام المطلوبة.

IPC.15.6.3: يجب أن تسلط تعليمات العزل الضوء على البطاقات التحذيرية للنقل (علامات العزل) اللازمة أثناء نقل المرضى تحت الاحتياطات المعتمدة على النقل إلى قسم آخر (مثل الأشعة).

IPC.15.7 يتم استخدام أقنعة التنفس (فلتر عالية) (N-95 ، N-99) من قبل الموظفين أثناء الرعاية المباشرة للمرضى ذوو تحذيرات منقول بالهواء ومتاحة في جميع الوحدات التي من المرجح أن تقبل المرضى ذوو تحذيرات منقول بالهواء.

IPC.15.8 يمكن إعادة استخدام أقنعة التنفس (فلتر عالية) (N95 ، N-99) من قبل نفس مقدم الرعاية للمريض حسب المدة المحددة من

ESR Standards

care giver as per the period specified by the manufacturer.

MM.5 The hospital has a system for the safety of high-alert medications.

- MM.5.1** There is a written multidisciplinary plan for managing high-alert medications and hazardous pharmaceutical chemicals. It includes identification, location, labeling, storage, dispensing, and administration of high-alert medications.
- MM.5.2** The hospital identifies an annually updated list of high-alert medications and hazardous pharmaceutical chemicals based on its own data and national and international recognized organizations (e.g., Institute of Safe Medication Practice, World Health Organization). The list contains, but is not limited to, the following:
- MM.5.2.1** Controlled and narcotics medications.
- MM.5.2.2** Neuromuscular blockers.
- MM.5.2.3** Chemotherapeutic agents.
- MM.5.2.4** Concentrated electrolytes (e.g., hypertonic sodium chloride, concentrated potassium salts).
- MM.5.2.5** Antithrombotic medications (e.g., heparin, warfarin).
- MM.5.2.6** Insulins.
- MM.5.2.7** Anesthetic medications (e.g., propofol, ketamine).
- MM.5.2.8** Investigational (research) drugs, as applicable.
- MM.5.2.9** Other medications as identified by the hospital.

- MM.5.3** The hospital plan for managing high-alert medications and hazardous pharmaceutical chemicals is implemented. This includes, but is not limited to, the following:
- MM.5.3.1** Improving access to information about high-alert medications.
- MM.5.3.2** Limiting access to high-alert

المتطلبات الاساسية لسلامة المرضى

قبل الشركة المصنعة

MM.5 لدى المستشفى نظام لسلامة الأدوية الخطرة

- MM.5.1** هناك خطة مكتوبة متعددة التخصصات لإدارة الأدوية والمواد الكيميائية الصيدلانية الخطرة. وتشمل الخطة تحديدها ، موقعها ، ووضع العلامات ، والتخزين ، والتوزيع ، وإدارة الأدوية الخطرة.
- MM.5.2** تحدد المستشفى قائمة مستوفاة سنوياً من الأدوية عالية التحذير والمواد الكيميائية الصيدلانية الخطرة استناداً إلى بياناتها الخاصة والمنظمات المعترف بها على الصعيدين الوطني والدولي (على سبيل المثال ، معهد ممارسات الدواء الآمن ، منظمة الصحة العالمية). تحتوي القائمة ، على سبيل المثال لا الحصر ، على ما يلي:
- MM.5.2.1** الأدوية الخاضعة للرقابة والمخدرة
- MM.5.2.2** حاصرات عصبية عضلية.
- MM.5.2.3** عوامل العلاج الكيميائي.
- MM.5.2.4** إلكتروليت مركز (على سبيل المثال ، كلوريد صوديوم مفرط التوتر ، أملاح البوتاسيوم المركزة).
- MM.5.2.5** الأدوية المضادة للتخثر (على سبيل المثال ، الهيبارين ، الوارفارين).
- MM.5.2.6** الانسولين
- MM.5.2.7** الأدوية المخدرة (مثل البروبوفول والكيامين).
- MM.5.2.8** العقاقير (البحثية) التحقيقية ، حسب الاقتضاء.
- MM.5.2.9** الأدوية الأخرى التي يحددها المستشفى.

- MM.5.3** يتم تنفيذ خطة المستشفى لإدارة الأدوية الخطرة والمواد الكيميائية الصيدلانية الخطرة. وهذا يشمل ، على سبيل المثال لا الحصر ، ما يلي:

MM.5.3.1 تحسين الوصول إلى المعلومات حول الأدوية الخطرة.

MM.5.3.2 تقييد الوصول إلى الأدوية عالية الخطورة.



CBAHI

المركز السعودي للاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

medications.

MM.5.3.3 Using auxiliary labels or computerized alerts if available.

MM.5.3.4 Standardizing the ordering, transcribing, preparation, dispensing, administration, and monitoring of high-alert medications.

MM.5.3.5 Employing independent double checks.

MM.5.4 The hospital develops and implements standard concentrations for all medications administered by intravenous infusion.

MM.6 The hospital has a system for the safety of look-alike and sound-alike (LASA) medications.

MM.6.1 There is a multidisciplinary policy and procedure on handling look- alike/sound-alike (LASA) medications.

MM.6.2 The hospital reviews and revises annually its list of confusing drug names, which include LASA medication name pairs that the hospital stores, dispenses, and administers.

MM.6.3 The hospital takes actions to prevent errors involving LASA medications including the following, as applicable:

MM.6.3.1 Providing education on LASA medications to healthcare professionals at orientation and as part of continuing education.

MM.6.3.2 Using both the brand and generic names for prescribing LASA medications.

MM.6.3.3 Writing the diagnosis/ indication of the LASA medication on the prescription.

MM.6.3.4 Changing the appearance of look-alike product package.

MM.6.3.5 Reading carefully the label each time a medication is accessed, and/or prior to administration.

MM.6.3.6 Minimizing the use of verbal and telephone orders.

MM.6.3.7 Checking the purpose/indication of the medication on the prescription prior to dispensing and administering.

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

MM.5.3.3 استخدام بطاقات مساعدة أو تنبيهات حاسوبية إذا كانت متاحة.

MM.5.3.4 توحيد ترتيب الأدوية الخطرة والنسخ منها وإعدادها وصرفها وإدارتها ومراقبتها.

MM.5.3.5 توظيف شيكات مزدوجة مستقلة.

MM.5.4 تطور المستشفى وتنفذ تركيزات قياسية لجميع الأدوية التي يتم تناولها عن طريق الحقن في الوريد.

MM.6 لدى المستشفى نظام للسلامة من الأدوية التي تبدو متشابهة الشكل والاسم.

MM.6.1 هناك سياسة وإجراءات متعددة حول التعامل مع الأدوية التي تبدو متشابهة الشكل والاسم.

MM.6.2 ويستعرض المستشفى ويفتح سنويًا قائمته لأسماء الأدوية المركبة ، والتي تشمل أزواج اسم الدواء LASA التي تخزنها المستشفى ، وتوزعها ، وتديرها.

MM.6.3 يتخذ المستشفى إجراءات لمنع الأخطاء التي تتضمن أدوية لاسا بما في ذلك ما يلي ، حسب الاقتضاء:

MM.6.3.1 توفير التثقيف بشأن أدوية LASA لأخصائيي الرعاية الصحية في التوجيه وكجزء من التعليم المستمر.

MM.6.3.2 استخدام كل من العلامة التجارية والأسماء العامة لوصف أدوية LASA.

MM.6.3.3 كتابة التشخيص / الدلالة على دواء لاسا على الوصفة الطبية.

MM.6.3.4 تغيير مظهر عبوة المنتج المشابهة.

MM.6.3.5 قراءة العلامة بعناية في كل مرة يتم فيها الوصول إلى الدواء و / أو قبل الإعطاء.

MM.6.3.6 التقليل إلى أدنى حد من استخدام الأوامر اللفظية والهاتفية.

MM.6.3.7 التحقق من الغرض / الدلالة على الدواء على وصفة طبية قبل الاستغناء عنها وإدارتها.

ESR Standards

MM.6.3.8 Placing LASA medications in locations separate from each other or in non-alphabetical order

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

MM.6.3.8 وضع أدوية LASA في مواقع منفصلة عن بعضها البعض أو بترتيب غير أبجدي

MM.41 **The hospital has a process for monitoring, identifying, and reporting significant medication errors, including near misses, hazardous conditions, and at-risk behaviors that have the potential to cause patient harm.**

MM.41 لدى المستشفى آلية مناسبة للرصد والتعرف على والتبليغ عن الأخطاء الطبية الجسيمة بما في ذلك الأخطاء القريبة الحوادث والحالات الخطرة والسلوك المعرض للمخاطر التي يحتمل ان تضر المريض

MM.41.1 There is a multidisciplinary policy and procedure on handling medication errors, near misses, and hazardous situations (e.g., confusion over look-alike/sound-alike drugs or similar packaging).

MM.41.1 هناك سياسة وإجراءات متعددة للتعامل مع الأخطاء الدوائية ، الأخطاء المحتملة ، والحالات الخطرة (على سبيل المثال ، الارتباك عند ادوية شبيهة أو عبوات مماثلة على حد سواء).

MM.41.2 The policy has a clear and acceptable definition of significant medication error, near misses, and hazardous situations.

MM.41.2 تحتوي هذه السياسة على تعريف واضح ومقبول لخطأ الدواء الكبير ، الأخطاء المحتملة ، والحالات الخطرة.

MM.41.3 The treating physician is notified of the medication error at the appropriate time.

MM.41.3 يتم إخطار الطبيب المعالج بالخطأ الدوائي في الوقت المناسب.

MM.41.4 Medication error reporting is completed within the specified time frame after discovery of the error.

MM.41.4 اكتمال الإبلاغ عن الأخطاء الدوائية ضمن الإطار الزمني المحدد بعد اكتشاف الخطأ.

MM.41.5 The hospital has a standard format for reporting medication errors.

MM.41.5 لدى المستشفى صيغة قياسية للإبلاغ عن الأخطاء الدوائية.

MM.41.6 Staff are educated on the process and importance of medication error reporting.

MM.41.6 يتم تثقيف الموظفين على عملية وأهمية الإبلاغ عن الأخطاء الدواء.

MM.41.7 There is active reporting of medication errors, near misses, and hazardous situations.

MM.41.7 هناك تقارير نشطة عن الأخطاء الدوائية ، الأخطاء المحتملة ، والحالات الخطرة.

MM.41.8 The hospital conducts intensive root-cause analysis for all significant or potentially significant medication errors.

MM.41.8 يجري المستشفى تحليلاً جذرياً شاملاً لجميع الأخطاء الدوائية الهامة أو المحتملة.

MM.41.9 Medication errors, near misses, and hazardous situations are documented in the patient's medical record.

MM.41.9 يتم توثيق الأخطاء الدوائية والدوائية والأخطاء المحتملة والحالات الخطرة في السجل الطبي للمريض.

MM.41.10 The hospital utilizes reported data to improve the medication use process, prevent medication errors, and improve patient safety.

MM.41.10 يستخدم المستشفى البيانات المبلغ عنها لتحسين عملية استخدام الدواء ، ومنع الأخطاء الدوائية ، وتحسين سلامة المرضى.

MM.41.11 Healthcare professionals are provided with feedback on reported medication errors, near

MM.41.11 يتم تزويد المتخصصين في الرعاية الصحية بتعليقات على أخطاء الدواء المبلغ عنها ، الأخطاء المحتملة ، والمواقف



CBAHI

المركز السعودي للاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

misses, and hazardous situations.

MM.41.12 The hospital reports sentinel events related to serious medication errors to the relevant authorities.

LB.51. The blood bank develops a process to prevent disease transmission by blood/platelet transfusion.

LB.51.1 There are policies and procedures mandating that a sample of blood obtained from the donor during blood/ blood component collection is subjected to the following infectious diseases testing:

LB.51.1.1 HBsAg.

LB.51.1.2 Anti-HBc.

LB.51.1.3 Anti-HCV.

LB.51.1.4 Anti-HIV-1/2.

LB.51.1.5 Anti-HTLV-I/II.

LB.51.1.6 HIV-1 RNA.

LB.51.1.7 HCV RNA.

LB.51.1.8 HBV DNA.

LB.51.1.9 Serological test for syphilis.

LB.51.1.10 Other additional or supplemental tests as mandated by relevant health authorities.

LB.51.2 The blood bank has a process to limit and detect bacterial contamination in platelet components.

The process:

LB.51.2.1 Describes the blood bank approach to limit bacterial contamination and the investigations of positive cases.

LB.51.2.2 Ensures the employed detection method is sensitive enough to detect significant bacterial contamination.

FMS.9 The hospital ensures that all its occupants are safe from radiation hazards.

FMS.9.1 The hospital has a radiation safety policy and procedure and it is implemented.

FMS.9.2 All radio-active materials are clearly labeled and safely and securely stored.

FMS.9.3 The hospital has the relevant valid license(s) from King Abdulaziz City for Science and Technology.

FMS.9.4 Staff handling nuclear materials are qualified and certified by King Abdul-Aziz City for

المتطلبات الاساسية لسلامة المرضى

الخطرة.

MM.41.12 تقارير المستشفى الأحداث الخافرة المتعلقة بأخطاء الدواء الخطيرة للسلطات ذات الصلة.

LB.51. لدى بنك الدم آلية مناسبة لتجنب انتقال الامراض عن طريق نقل الدم أو الصفائح.

LB.51.1 هناك سياسات وإجراءات تقضي بإخضاع عينة من الدم تم الحصول عليها من المتبرع أثناء جمع مكونات الدم للاختبارات التالية للأمراض المعدية:

LB.51.1.1 HBsAg.

LB.51.1.2 Anti-HBc.

LB.51.1.3 Anti-HCV.

LB.51.1.4 Anti-HIV-1/2.

LB.51.1.5 Anti-HTLV-I/II.

LB.51.1.6 HIV-1 RNA.

LB.51.1.7 HCV RNA.

LB.51.1.8 HBV DNA.

LB.51.1.9 Serological test for syphilis.

(اختبار لمرض الزهري)

LB.51.1.10 Other additional or supplemental tests as mandated by relevant health authorities.

اختبارات إضافية أو تكميلية حسب تفويض السلطات الصحية ذات الاختصاص.

LB.51.2 لدى بنك الدم عملية للحد من التلوث البكتيري في مكونات الصفائح الدموية. العملية تشمل:

LB.51.2.1 وصف نهج بنك الدم للحد من التلوث الجرثومي والتحقق في الحالات الإيجابية.

LB.51.2.2 ضمان أن طريقة الكشف المستخدمة حساسة بما فيه الكفاية للكشف عن التلوث الجرثومي.

FMS.9 يضمن المستشفى أن جميع شاغليه في مأمن من مخاطر الإشعاعات.

FMS.9.1 لدى المستشفى سياسة وإجراءات سلامة من خطر الإشعاعات ويتم تنفيذها.

FMS.9.2 جميع المواد المشعة النشطة يتم تصنيفها بوضوح ويتم تخزينها بشكل آمن.

FMS.9.3 لدى المستشفى التراخيص السارية من مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية

الموظفون المعنيون بالمواد النووية مؤهلون ومعتمدون من قبل مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.



CBAHI

المركز السعودي للاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

Science and Technology.

- FMS.9.5** There is a valid shielding certificate of the x-ray room(s) including regular test to ensure permissible radiation levels.
- FMS.9.6** Lead aprons and gonad/thyroid shields are available to cover patients and staff needs and are annually tested according to a hospital-wide inventory.
- FMS.9.7** Personal radiation dosimeters (TLD cards) are available, tested every 3 months, and actions taken when test results exceed permissible levels.

FMS.21 The hospital has an effective fire alarm system.

- FMS.21.1** There is a fire alarm system that is functioning and regularly inspected as per civil defense guidelines.
- FMS.21.2** The fire alarm system testing results are documented.
- FMS.21.3** The fire alarm system has preventive maintenance.
- FMS.21.4** The elevators are connected to the fire alarm system.
- FMS.22 The hospital has a fire suppression system available in the required area(s).**
- FMS.22.1** The hospital has a functional sprinkler system.
- FMS.22.2** The hospital has clean agent suppression system.
- FMS.22.3** The hospital has wet chemical system.
- FMS.22.4** The hospital has stand pipes and hose system.

FMS.23 There are fire exits that are properly located in the hospital.

- FMS.23.1** Fire exits are available and are properly located in the hospital.
- FMS.23.2** Fire exits are not locked.
- FMS.23.3** Fire exits are not obstructed.
- FMS.23.4** Fire exits have panic hardware.
- FMS.23.5** Fire exits are fire resistant.
- FMS.23.6** Fire exits are clearly marked with illuminated exit sign.

FMS.24 The hospital and its occupants are safe from fire and smoke.

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

- FMS.9.5** توجد شهادة حماية ضد اشعاعات غرف الأشعة السينية بما في ذلك الفحص المنتظم لضمان مستويات الإشعاع المسموح بها.
- FMS.9.6** تتوفر مرايايل ودروع واقية للمرضى والموظفين تحجب الأشعة السينية ويتم فحصها سنويًا وفقًا لمخزون على مستوى المستشفى.
- FMS.9.7** توفر مقاييس جرعات الإشعاع الشخصية (بطاقات TLD) ، ويتم فحصها كل 3 أشهر ، والإجراءات المتخذة عندما تتجاوز نتائج الفحص المستويات المسموح بها

FMS.21 لدى المستشفى نظام فعال للإنذار ضد الحريق

- FMS.21.1** هناك نظام إنذار ضد الحريق يعمل ويفحص بانتظام حسب إرشادات الدفاع المدني.
- FMS.21.2** يتم توثيق نتائج اختبار نظام الإنذار ضد الحريق.
- FMS.21.3** هناك صيانة وقائية لنظام الإنذار ضد الحريق.
- FMS.21.4** المصاعد مزودة بنظام الإنذار ضد الحريق

FMS.22 لدى المستشفى نظام إخماد حريق فعال في المناطق المطلوبة.

- FMS.22.1** لدى المستشفى نظام مرشات الماء ضد الحريق.
- FMS.22.2** لدى المستشفى نظام أداة إخماد الحريق.
- FMS.22.3** لدى المستشفى نظام إخماد الحرائق بالكيمائيات الرطبة
- FMS.22.4** لدى المستشفى أنظمة مواسير وخرطوم مياه لإخماد الحريق

FMS.23 مخارج الطوارئ موزعة بشكل صحيح في أنحاء المستشفى.

- FMS.23.1** مخارج الطوارئ متوفرة وموزعة بشكل صحيح في أنحاء المستشفى.
- FMS.23.2** مخارج الطوارئ غير مقفلة.
- FMS.23.3** لا يتوفر عوائق في مخارج الطوارئ.
- FMS.23.4** لدى مخارج الطوارئ ادوات الامان.
- FMS.23.5** مخارج الطوارئ مقاومة للحريق.
- FMS.23.6** مخارج الطوارئ موضحة بعلامة خروج مضاءة

FMS.24 مبنى المستشفى وشاغلوه في مأمن من النار والدخان.



CBAHI

المركز السعودي للاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

- FMS.24.1** The hospital implements a strict “No Smoking” policy. **FMS.24.1** يطبق المستشفى سياسة "عدم التدخين" الصارمة.
- FMS.24.2** There are no obstructions to exits, fire extinguishers, fire alarm boxes, emergency blankets, safety showers, and eye wash stations. **FMS.24.2** لا توجد أية عوائق للمخارج ، وطفائيات الحريق ، وصناديق إنذار الحريق ، والبطانيات في حالات الطوارئ ، ودشات السلامة ، ومحطات غسيل العين.
- FMS.24.3** Emergency lighting is adequate for safe evacuation of the hospital. **FMS.24.3** ضوء الطوارئ كافي للإخلاء الآمن من المستشفى.
- FMS.24.4** Storage areas are properly and safely organized: **FMS.24.4** مناطق التخزين منظمة بشكل صحيح وآمن:
- FMS.24.4.1** Shelves and racks are sturdy and in good condition. **FMS.24.4.1** تتمتع الرفوف بحال جيدة و متينة.
- FMS.24.4.2** No items stored directly on the floor (a minimum of ten centimeters is left to manage spills). **FMS.24.4.2** لا يتم تخزين أي من المواد مباشرة على الأرض (يتم ترك 10 سنتيمترات كحد أدنى لمنع الانسكابات).
- FMS.24.4.3** Items should be stacked on a flat base. **FMS.24.4.3** يجب أن تكون المواد مجمعة على قاعدة مسطحة.
- FMS.24.4.4** Heavier objects are close to the floor and lighter/smaller objects are higher. **FMS.24.4.4** الأجسام الأثقل قريبة من الأرض وتكون الأجسام الخفيفة أو الأصغر أعلى.
- FMS.24.4.5** Items are not stacked so high to block sprinklers or come in contact with overhead lights or pipes (a minimum distance of fifty centimeters from ceiling level). **FMS.24.4.5** المواد غير مكدسة عاليًا بحيث لا تغطي مرشات الماء أو تتلامس مع الأضواء أو الأنابيب العلوية (على بعد خمسين سنتيمتراً كحد أدنى من مستوى السقف).
- FMS.24.5** Fire rated doors are available according to the hospital zones with no separation between walls and ceiling to prevent smoke spread between rooms and areas. **FMS.24.5** تتوفر أبواب مقاومة للحريق في أنحاء المستشفى دون فواصل بين الجدران والسقف لمنع انتشار الدخان بين الغرف والمناطق.
- FMS.32** **The hospital ensures proper maintenance of the medical gas system.** **FMS.32** **يضمن المستشفى الصيانة السليمة لنظام الغاز الطبي.**
- FMS.32.1** The medical gas system is regularly tested for: **FMS.32.1** يتم اختبار نظام الغاز الطبي بانتظام من أجل:
- FMS.32.1.1** Pressure. **FMS.32.1.1** الضغط.
- FMS.32.1.2** Leaks. **FMS.32.1.2** تسربات.
- FMS.32.1.3** Functionality of valves, alarms, pressure gauge, and switches. **FMS.32.1.3** وظائف الصمامات والإنذارات ومقياس الضغط والمفاتيح.
- FMS.32.2** There is a policy and procedure that ensures effective use of medical gas system. Areas covered include, but are not limited to, the following: **FMS.32.2** هناك سياسة وإجراءات تضمن الاستخدام الفعال لنظام الغاز الطبي. تشمل المناطق المشمولة ، على سبيل المثال لا الحصر ، ما يلي:
- FMS.32.2.1** The procedures to follow for taking any part of the system offline. **FMS.32.2.1** الإجراءات الواجب اتباعها لأخذ أي جزء من النظام دون اتصال.
- FMS.32.2.2** Commissioning and testing new branching or modifications. **FMS.32.2.2** التكليف واختبار الفروع أو التعديلات الجديدة.
- FMS.32.2.3** The procedure for ordering and



CBAHI

المركز السعودي للاعتماد المنشآت الصحية
Saudi Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions

ESR Standards

filling liquid oxygen.

FMS.32.2.4 Documenting all repairs/alterations/tests/filling logs/consumption.

- FMS.32.3** Compressed medical air is regularly tested for humidity and purity.
- FMS.32.4** The central medical gas station is in a safe and secure place.
- FMS.32.5** The outlets of medical gases in patient care areas are clearly marked with the type of gas and have different connections according to the gas type.
- FMS.32.6** All medical gas pipes are clearly marked and labeled for the contents and direction of gas flow.
- FMS.32.7** In case of gas pipe repairs or new extensions, outlets are tested for the type of gas to ensure the correct type is delivered through the new pipe. Results of testing are recorded and maintained with engineering and the unit manager.
- FMS.32.8** The hospital keeps standby oxygen and medical air cylinders enough for forty eight hours of average consumption.
- FMS.32.9** The gas cylinders are regularly tested for gas type, amount, and any leaks.
- FMS.32.10** Emergency shut off valves are available in all units and are clearly marked with areas/rooms affected.
- FMS.32.11** The hospital dedicates the responsibility of the closure of shut off valves to well-trained individual(s) available in the unit concerned.
- FMS.32.12** The hospital has adequate medical gases outlets in the patient care areas as appropriate and these outlets are to be error proof medical gas outlets- preferred to be in accordance with DIN standards related to gases piping, outlets and valves.

المتطلبات الأساسية لسلامة المرضى

FMS.32.2.3 إجراء طلب وملء الأكسجين السائل.

FMS.32.2.4 توثيق جميع عمليات الإصلاح / التعديلات / الاختبارات / السجلات / الاستهلاك.

FMS.32.3 يتم اختبار الهواء الطبي المضغوط بانتظام من أجل الرطوبة والنقاء.

FMS.32.4 تقع محطة الغاز الطبية المركزية في مكان آمن ومأمون.

FMS.32.5 يتم تمييز منافذ الغازات الطبية في مناطق رعاية المرضى بشكل واضح بنوع الغاز ولها اتصالات مختلفة وفقاً لنوع الغاز.

FMS.32.6 يتم وضع علامة واضحة على جميع أنابيب الغاز الطبي وتمييزها بمحتويات واتجاه تدفق الغاز.

FMS.32.7 في حالة إصلاح أنابيب الغاز أو الامتدادات الجديدة ، يتم اختبار المنافذ لنوع الغاز لضمان تسليم النوع الصحيح من خلال الأنابيب الجديد. يتم تسجيل نتائج الاختبار والحفاظ عليها مع الهندسة ومدير الوحدة.

FMS.32.8 يحافظ المستشفى على احتياطي الأكسجين والاسطوانات الطبية بما فيه الكفاية لمدة ثمان وأربعين ساعة من متوسط الاستهلاك.

FMS.32.9 يتم اختبار أسطوانات الغاز بصورة منتظمة حسب نوع الغاز والكمية وأية تسرب.

FMS.32.10 تتوفر صمامات إغلاق الطوارئ في جميع الوحدات ويتم توضيحها بوضوح مع المناطق / الغرف المتضررة.

FMS.32.11 يخصص المستشفى مسؤولية إغلاق صمامات الإغلاق إلى أفراد (أفراد) مدربين تدريباً جيداً متاحين في الوحدة المعنية.

FMS.32.12 لدى المستشفى منافذ للغازات الطبية الكافية في مناطق رعاية المرضى حسب الاقتضاء ، وهذه المنافذ هي منافذ للغازات الطبية الخاطئة ، فضلاً عن الالتزام بمعايير DIN المتعلقة بأنابيب الغازات ومنافذها وصماماتها.