**Visit Form (نموذج زيارة)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **المحافظة:** |  | | **الجهة المالكة:** |  | **اسم المنشأة:** |
|  | | | | **العنوان:** |  | **رقم التليفون:** |
|  | | | | | | **البريد الالكتروني:** |
|  | | | | | | **الموقع الرسمي:** |
| **البريد الالكتروني** | | | **رقم الهاتف** | | **الاسم رباعي** |  |
|  | | |  | |  | **مدير المنشأة** |
|  | | |  | |  | **مسئول الجودة** |
|  | | |  | |  | **مسئول السلامة و الصحة المهنية** |
|  | | |  | |  | **مسئول مكافحة العدوى** |
| **هل لديك نسخه من متطلبات التسجيل أو معايير الاعتماد؟ نعم  لا**  في حالة الاجابة بلا برجاء تنزيل نسخة من على موقع الهيئة [**www.gahar.gov.eg**](http://www.gahar.gov.eg/) | | | | | | |
| **هل يتوافر فريق مكلف لتطبيق متطلبات التسجيل أو معايير الاعتماد؟ نعم  لا** | | | | | | |
| **هل سبق لك استخدام أداة التقييم الذاتي؟ نعم  لا**  في حالة الإجابة بلا برجاء تنزيل الأداة من على صفحة الإدارة على موقع الهيئة.  في حالة الاجابة بنعم، برجاء التوضيح في الخانة التالية هل تم عمل تقييم وخطة تصحيحية بالأداة وتوضيح نسبة استكمال الخطة. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **هل يوجد تطوير أو إنشاءت حالية بالمنشأة؟ نعم  لا**  في حالة الاجابة بنعم برجاء الوصف في الخانة التالية | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **في حال أن المنشأة المتقدمة بطلب الزيارة مستشفى أو مركز جراحات يوم واحد برجاء استكمال البيانات التالية:** | | | | | | |
|  | | | | **عدد أسرّة المرضى** | | |
|  | | | | **عدد الرعايات المركزة** | | |
|  | | | | **عدد غرف العمليات** | | |
|  | | | | **عدد الصيدليات** | | |
| **نعم  لا** | | | | **هل يوجد أجهزة غسيل كلوي** | | |
| **نعم  لا** | | | | **هل يتم إجراء عمليات زرع أعضاء أو نخاع شوكي** | | |
| **نعم  لا** | | | | **هل يتم عمل أبحاث علمية داخل المنشأة** | | |

**برجاء مليء البيانات التالية بدقة**

|  |  |
| --- | --- |
| **الخدمات المقدمة (Scope of Service)** | **الدور** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **التراخيص الموجودة:** | | | | | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **اذكر السياسات، الخطط، البرامج و التقارير الموجودة** | | | | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |

الشروط و الأحكام:

* تلتزم المنشأة بوصف نطاق الخدمات بدقة.
* تلتزم المنشأة بتوفير وسيلة انتقال مناسبة آمنة في الوقت المتفق عليه من و إلى الهيئة.
* في حال استدعت الزيارة للإقامة، تلتزم المنشأة بتوفير مكان آمن و مناسب لإقامة أعضاء الفريق.
* تلتزم المنشأة بتجهيز و عرض المستندات الموجودة لديهم الخاصة بتطبيق المعايير.
* تلتزم المنشأة بتوفير فريق مصاحب لفريق الإدارة أثناء و طوال فترة الزيارة.
* تحافظ المنشأة على الالتزام بالمعايير المهنية للتعامل مع الفريق.
* تضمن المنشأة عدم وجود مخاطر مباشرة على أمن و سلامة الفريق.
* تقوم المنشأة مسبقاً بتعريف جميع العاملين بالمنشأة بمواعيد و أهداف الزيارة.
* في حال الإخلال بأحد هذه الشروط أثناء الزيارة يحق لقائد الفريق إلغاء الزيارة.

أوافق  لا أوافق