

## نموذج الزيارة Visit Form

|                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                          |                              |           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|-----------|--|
| اسم المنشأة:                                                                                                                                                                                                                                                   |            | الجهة المالكة:                                           |                              | المحافظة: |  |
| رقم التليفون:                                                                                                                                                                                                                                                  |            | العنوان:                                                 |                              |           |  |
| البريد الإلكتروني:                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                          |                              |           |  |
| الموقع الرسمي:                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                                                          |                              |           |  |
| البريد الإلكتروني                                                                                                                                                                                                                                              | رقم الهاتف | الاسم رباعي                                              |                              |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                          | مدير المنشأة                 |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                          | مسئول الجودة                 |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                          | مسئول السلامة والصحة المهنية |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                          | مسئول مكافحة العدوى          |           |  |
| هل يوجد تطوير أو إنشاءات حالية بالمنشأة؟<br>في حالة الإجابة بنعم برجاء الوصف                                                                                                                                                                                   |            |                                                          |                              |           |  |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                       |            |                                                          |                              |           |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                           |            |                                                          |                              |           |  |
| هل لديك نسخه من متطلبات التسجيل أو معايير الاعتماد؟<br>في حالة الإجابة بلا برجاء تنزيل نسخة من علي موقع الهيئة <a href="http://www.gahar.gov.eg">www.gahar.gov.eg</a>                                                                                          |            |                                                          |                              |           |  |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                       |            |                                                          |                              |           |  |
| هل يتوافر فريق مكلف لتطبيق متطلبات التسجيل أو معايير الاعتماد؟                                                                                                                                                                                                 |            |                                                          |                              |           |  |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                       |            |                                                          |                              |           |  |
| هل سبق لك استخدام أداة التقييم الذاتي؟<br>في حالة الإجابة بلا برجاء تنزيل الأداة من علي موقع الهيئة <a href="http://www.gahar.gov.eg">www.gahar.gov.eg</a><br>في حالة الإجابة بنعم، برجاء توضيح هل تم عمل تقييم وخطة تصحيحية بالأداة وتوضيح نسبة استكمال الخطة |            |                                                          |                              |           |  |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                       |            |                                                          |                              |           |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                           |            |                                                          |                              |           |  |
| في حال أن المنشأة المتقدمة بطلب الزيارة مستشفى أو مركز جراحات يوم واحد برجاء استكمال البيانات التالية                                                                                                                                                          |            |                                                          |                              |           |  |
| عدد أسرة المرضى                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                          |                              |           |  |
| عدد الرعاية المركزة                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                          |                              |           |  |
| عدد غرف العمليات                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                          |                              |           |  |
| عدد الصيدليات                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                                                          |                              |           |  |
| هل يوجد وحدة غسيل كلوي؟                                                                                                                                                                                                                                        |            | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم |                              |           |  |
| هل يتم إجراء عمليات زرع أعضاء أو أنسجة؟                                                                                                                                                                                                                        |            | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم |                              |           |  |
| هل يتم عمل أبحاث علمية داخل المنشأة؟                                                                                                                                                                                                                           |            | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم |                              |           |  |

CHS/SAP/FRM/004

## الشروط والأحكام:

- 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 ومناسب لإقامة أعضاء الفريق.
- تلتزم المنشأة بتجهيز وعرض المستندات الموجودة لديهم الخاصة بتطبيق المعايير.
- تلتزم المنشأة بتوفير فريق مصاحب لفريق الإدارة أثناء وطوال فترة الزيارة .
- تحافظ المنشأة على الالتزام بالمعايير المهنية للتعامل مع الفريق.
- تضمن المنشأة عدم وجود مخاطر مباشرة على أمن وسلامة الفريق.
- تقوم المنشأة مسبقاً بتعريف جميع العاملين بالمنشأة بمواعيد وأهداف الزيارة.
- في حال الإخلال بأحد هذه الشروط أثناء الزيارة يحق لقائد الفريق إلغاء الزيارة.

☐ لا أوافق

☐ أوافق