

نموذج سجل بيانات المستشفى

شكرا لكم على مشاركتكم!

الاسم _____

اللقب _____

الأحرف الأولى _____

يرجى ذكر انتمائك المؤسسي ومنصبك الأكاديمي ومؤهلاتك العليا

هل لديك شهادة GCP؟ نعم لا

هل تم تأكيد مشاركتك ك:

- الباحث الوطني الرئيسي
 باحث رئيسي إقليمي/إقليمي
 الباحث الرئيسي في المستشفى
 باحث مشارك في المستشفى
(تحقق من كل ما ينطبق)

اسم البلد:

اسم لجنة الموافقة التنظيمية:

اسم المقاطعة/الولاية:

الاسم الكامل للمستشفى:

إحداثيات GPS للمستشفى (تنسيق الدرجات والثواني):

مستوى الرعاية في المستشفى (انظر التعريف أدناه):

المستوى الأول

المستوى الثاني

المستوى الثالث

الجدول: تعريفات مستويات الرعاية في المستشفيات	
المصطلحات البديلة الشائعة في الأدبيات	مستوى الرعاية
مستشفى على المستوى الابتدائي مستشفى المقاطعة مستشفى ريفي مستشفى مجتمعي المستشفى العام	مستشفيات المستوى الأول: عدد قليل من التخصصات - بشكل رئيسي الطب الباطني والتوليد وأمراض النساء وطب الأطفال والجراحة العامة ؛ غالبا ما يكون طبيب ممارس عام واحد فقط أو ممارس غير طبيب ؛ خدمات مختبرية محدودة متاحة للتحليل المرضي العام ولكن ليس المتخصص ؛ من 50 إلى 250 سريرا.
المستشفى الإقليمي مستشفى المقاطعة (أو منطقة إدارية مكافئة مثل المقاطعة) المستشفى العام	مستشفيات المستوى الثاني: أكثر تميزا من حيث الوظيفة مع ما يصل إلى 5 إلى 10 تخصصات سريرية ؛ من 200 إلى 800 سرير.
المستشفى الوطني المستشفى المركزي مستشفى أكاديمي أو تعليمي أو جامعي	مستشفيات المستوى الثالث: موظفون ومعدات تقنية عالية التخصص - على سبيل المثال ، أمراض القلب ووحدة العناية المركزة ووحدات التصوير المتخصصة ؛ الخدمات السريرية متباينة للغاية حسب الوظيفة ؛ يمكن أن يكون لها أنشطة تعليمية ؛ من 300 إلى 1500 سرير.

هل هذا المستشفى:

ممولة من الحكومة

ممول من جهة خاصة

المنظمات غير الحكومية/البعثات/المرافق الخيرية

□ مستشفى جامعي
(تحقق من كل ما ينطبق)

عدد أسرة المستشفيات:

عدد غرف العمليات:

كم عدد قوائم التشغيل التي يتم إجراؤها في الأسبوع؟

كم عدد الحالات الجراحية الإجمالية التي يتم إجراؤها في المتوسط شهريا في المستشفى؟
كم عدد الحالات الجراحية للمرضى الذين >18 سنة يتم إجراؤها في المتوسط شهريا في المستشفى الخاص بك؟
هل تلتقط إدارة المستشفى بيانات عن حجم الجراحة؟ □ نعم □ لا
هل تلتقط إدارة المستشفى المتغيرات التي يمكن استخدامها لتحديد الوفيات المحيطة بالجراحة؟

عدد أسرة العناية المركزة للأطفال التي تسمح بالتهوية الغازية:

عدد أسرة العناية المركزة للأطفال التي لا تسمح بالتهوية الغازية:

عدد أطباء الأطفال المتخصصين بدوام كامل:

عدد الجراحين المتخصصين بدوام كامل:

عدد أخصائيي التخدير المتفرغين:

هل يقوم أي من أطباء التخدير المتخصصين بطب الأطفال فقط؟ □ نعم □ لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، كم عددهم؟

هل هناك بروتوكول مستشفى لصيام الأطفال قبل الجراحة؟ □ نعم □ لا

هل يتم إجراء عمليات نقل الدم في هذا المرفق؟ □ نعم □ لا

هل لدى المستشفى بنك دم في الموقع؟ □ نعم □ لا

توافر الأدوية

هل كان لديك الأتروبين متاحا لك في كل مرة كنت في حاجة إليها؟

□ دائما □ أحيانا □ أبدا

هل كان لديك الفنتانيل متاح لك في كل مرة كنت في حاجة إليها؟

□ دائما □ أحيانا □ أبدا

هل كان لديك أدريبالين متاح لك في كل مرة كنت في حاجة إليها؟

□ دائما □ أحيانا □ أبدا

معدات

هل غرف العمليات الخاصة بك مجهزة بشكل كاف لأداء ما يلي:

التخدير في: □ حديثي الولادة (0-28 أيام)

□ الرضع (29 يوما - 1 سنة)

□ الأطفال 2-5 سنوات

□ الأطفال 6-1 سنوات

□ المراهقون 13-17 سنة

الجراحة في: □ حديثي الولادة (0-28 يوما)

- الرضع (29 يوما - 1 سنة)
 الأطفال 2-5 سنوات
 الأطفال 6-12 سنة
 المراهقون 13-17 سنة

هل لديك مصدر كهرباء موثوق به؟ دائما أحيانا أبدا

هل لديك إمدادات أكسجين موثوقة؟ دائما أحيانا أبدا

هل لديك حاضنات عاملة؟ نعم لا
 هل لديك أجهزة تسخين كهربائية تعمل بدرجة حرارة المريض؟ نعم لا

هل هناك عربة مخصصة للمجرى الجوى لطوارئ الأطفال في مجمع العمليات؟ نعم لا

هل هناك بروتوكول مستشفى لإدارة مجرى الهواء في حالات الطوارئ للأطفال؟ نعم لا

العوامل التي قد تؤثر على إنتاجية المريض خلال فترة الدراسة

هل هناك أي أعياد وطنية خلال فترة الدراسة؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة بنعم، كم يوما؟
 هل هناك أي عطلات مدرسية خلال فترة الدراسة؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة بنعم، كم يوما؟
 أي مشاكل محتملة أخرى تعتقد أنها قد تؤثر على إنتاجية المريض خلال فترة الدراسة؟ على سبيل المثال
 تجديدات المباني وقضايا المعدات وما إلى ذلك
 يرجى وصف _____

تأكيد الموافقة على الأخلاقيات المحلية نعم لا

اسم لجنة الأخلاقيات _____

تأكيد الموافقة على إدارة البيانات المحلية نعم لا

اسم لجنة حوكمة البيانات _____

تأكيد الموافقة التنظيمية المحلية الأخرى نعم لا

اسم اللجنة التنظيمية المحلية _____

أؤكد أن هذه المعلومات أعلاه صحيحة _____