

نماذج إضافية إدارة التخصصات الصحية



نموذج "1" خطاب تعهد في حال انتهاء صلاحية ترخيص مزاولة المهنة

Undertaking

We, the undersigned hereby declare that we shall **cease the below mentioned healthcare practitioner from practicing** until the completion of the procedure to renew their license, we pledge not to repeat this mistake again and shall not allow any healthcare practitioner to practice with an expired license in our facility.

• Healthcare practitioner's name:

• Profession:

• Scope of practice:

• License No.:

• Health practitioner's signature:

• Healthcare facility name:

• Medical Director name:

• Healthcare facility signature & stamp:

• Date:

Note: Practitioners are strictly prohibited from practicing with an expired license. Doing so constitutes a violation of law, and both the medical director and the practitioner will face disciplinary actions.

إقرار

نتعهد نحن الموقعون أدناه، **بإيقاف الممارس الصحي المذكور أدناه عن العمل** لحين استكمال إجراءات تجديد ترخيص مزاولة المهنة، مع التعهد بعدم تكرار هذا الخطأ وعدم السماح لأي ممارس بالعمل في المنشأة قبل تجديد ترخيصه.

• اسم الممارس الصحي:

• التخصص:

• مجال العمل:

• رقم الترخيص :

• توقيع الممارس الصحي:

• اسم المنشأة الصحية :

• اسم المدير الطبي:

• توقيع وختم المنشأة:

• التاريخ:

ملاحظة: يمنع منعاً باتاً مزاولة المهنة في حال انتهاء صلاحية ترخيص مزاولة المهنة، ويعد القيام بذلك انتهاكاً للقانون، وسيتم اتخاذ إجراء تأديبي بحق كل من المدير الطبي والممارس الصحي.

نموذج "2" - خطاب التوظيف

خطاب التوظيف

تشهد المنشأة الصحية / _____
بأن الممارس الصحي / _____ يعمل لدينا من تاريخ / _____ ،

ومازال قائماً على رأس عمله دون انقطاع حسب البيانات المدرجة أدناه:

- التخصص: _____
- مجال العمل: _____
- رقم الترخيص: _____

كما أننا نقر بأن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وأننا نتحمل المسؤولية كاملة فيما يتعلق بهذه التفاصيل.

- يجب على الممارس الصحي مواصلة المهنة في دولة قطر بشكل مستمر ضمن نطاق الممارسة المصرح به لمدة لا تقل عن عشرة أشهر كل عام.
- نقر بأن كل المعلومات التي وردت أعلاه في هذا الخطاب صحيحة ودقيقة.

يرجى التوضيح أدناه، في حال وجود أي تباين عن المعلومات المذكورة سابقاً

اسم المدير الطبي:

رقم الترخيص:

التوقيع:

ختم المنشأة:



نموذج "3" خطاب تعهد للتراخيص المؤقتة

إقرار وتعهد

اسم المؤسسة \ المنشأة الصحية:

اتعهد أنا، الموقع أدناه _____ ، المدير الطبي للمؤسسة/المنشأة الصحية بموجب هذا الإقرار بأن المؤسسة/المنشأة تتحمل كامل المسؤولية عن جودة الخدمات المقدمة من قبل الممارسين الصحيين العاملين لدينا الحاصلين على ترخيص مؤقت من إدارة التخصصات الصحية، و في حال وقوع أي خطأ طبي أو إهمال، تنتفي مسؤولية إدارة التخصصات الصحية بموجب هذا الإقرار. كما أقر بأنني على دراية كاملة بالشروط المذكورة أدناه، وأنه سيتم مشاركتها مع الأطراف المعنية (ممثلي المنشآت الصحية والممارسين الصحيين) بمجرد استلامها وتوقيعها. مع احتفاظ إدارة التخصصات الصحية بكافة الحقوق القانونية المخولة لها.

1. الترخيص الممنوح هو ترخيص مؤقت وهو صالح فقط للاستخدام داخل المؤسسة/المنشأة الصحية المذكورة أعلاه بعد ترخيص المؤسسة من قبل إدارة المنشآت الصحية بوزارة الصحة العامة، ولا يجوز استخدامه في أي مؤسسة أخرى.*
2. لن يتم إصدار شهادة حسن سيرة وسلوك بناءً على هذا الترخيص، إلا أنه يمكن إصدار خطاب "لمن يهمه الأمر" مع ذكر نوع الترخيص.
3. يلغى هذا الترخيص بعد مرور 6 أشهر من تاريخ الإصدار وهو غير قابل للتجديد.
4. يتعين على الممارس الصحي الحصول على الترخيص الدائم و استخراج بطاقة الإقامة القطرية (في حال عدم استخراجها سابقاً) خلال فترة صلاحية الترخيص المؤقت (6 أشهر).

التاريخ: _____ توقيع المذكور أعلاه **: _____

*الا في حال وجود اتفاق رسمي بين إدارة التخصصات الصحية و المؤسسة المذكورة أعلاه، ينص على عكس ذلك.
**يجب إرفاق هذا النموذج -بمجرد توقيعه- بطلب الترخيص المؤقت الإلكتروني.

إقرار وتعهد

اسم المؤسسة \ المنشأة الصحية: _____

أقر أنا، الموقع أدناه _____، الممارس الراغب بالعمل في المؤسسة/المنشأة الصحية المذكورة أعلاه، بانتفاء مسؤولية إدارة التخصصات الصحية بموجب هذا الإقرار في حال وقوع أي خطأ طبي أو إهمال طالما أحمل الترخيص المؤقت. كما أقر بأنني على دراية كاملة بالشروط المذكورة أدناه بمجرد استلامها وتوقيعها، مع احتفاظ إدارة التخصصات الصحية بكافة الحقوق القانونية المخولة لها.

1. الترخيص الممنوح هو ترخيص مؤقت وهو صالح فقط للاستخدام داخل المؤسسة/المنشأة الصحية المذكورة أعلاه بعد ترخيص المؤسسة من قبل إدارة المنشآت الصحية بوزارة الصحة العامة، ولا يجوز استخدامه في أي مؤسسة أخرى.*
2. لن يتم إصدار شهادة حسن سيرة وسلوك بناءً على هذا الترخيص. ومع ذلك، يمكن إصدار خطاب "لمن يهمله الأمر" مع ذكر نوع الترخيص.
3. يلغى هذا الترخيص بعد مرور 6 أشهر على تاريخ الإصدار وهو غير قابل للتجديد.
4. يتعين على الممارس الصحي الحصول على الترخيص الدائم و استخراج بطاقة الإقامة القطرية (في حال عدم استخراجها سابقاً) خلال فترة صلاحية الترخيص المؤقت (6 أشهر).

التاريخ: _____ توقيع المذكور أعلاه:**: _____

ختم المنشأة:

*الا في حال وجود اتفاق رسمي بين إدارة التخصصات الصحية و المؤسسة المذكورة أعلاه، ينص على عكس ذلك.
**يجب إرفاق هذا النموذج -بمجرد توقيعه- بطلب الترخيص المؤقت الإلكتروني.

نموذج "4" خطاب استكمال العمل تحت الإشراف

التاريخ: _____

خطاب استكمال العمل تحت الإشراف

تشهد المنشأة الصحية/ _____ بأن الممارس الصحي/ _____

قد استكمل فترة العمل تحت الإشراف المطلوبة بنجاح من تاريخ _____ إلى _____

- المهنة: _____
- مجال العمل: _____
- رقم المرجع/رقم الطلب: _____

كما أننا نقر بأن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وأننا نتحمل المسؤولية كاملة فيما يتعلق بهذه التفاصيل.

اسم المشرف المباشر:

رقم الترخيص:

التوقيع:

اسم المدير الطبي/ المدير:

رقم الترخيص:

التوقيع:

ختم المنشأة الصحية:

ملاحظة: هذا الخطاب صالح لمدة 3 أشهر من تاريخ الإصدار

نموذج "5" خطاب الإشراف والتّعهّد (للأطباء وأطباء الأسنان)

Supervision and undertaking letter	خطاب الإشراف والتعهد
<p>I, the undersigned (medical director of the facility) hereby declare that the supervisee (mentioned in point no. 1) will work under supervision of the supervisor (mentioned in point no. 2) provided that both adhere to the supervision framework specified by the DHP, and that the supervisor bears full responsibility for the safety of patients and the quality of health services provided within this framework, and that the supervisor is committed not to supervise more than one supervisee at the same time.</p>	<p>اتعهد أنا الموقع أدناه (المدير الطبي للمنشأة) بموجب هذا الخطاب بأن الطبيب المذكور في البند رقم (1) سوف يعمل تحت إشراف الطبيب المذكور في البند رقم (2)، على أن يلتزم كلا الطبيبين بإطار الإشراف المحدد من قبل إدارة التخصصات الصحية، وأن يتحمل الطبيب المشرف المسؤولية الكاملة عن سلامة المرضى وجودة الخدمات الصحية المقدمة في هذا الإطار، وأن يلتزم الطبيب المشرف بعدم الإشراف على أكثر من طبيب في نفس الوقت.</p>
<p>• Applicant's name (Supervisee) and signature:</p> <hr/>	<p>• اسم الطبيب تحت الإشراف وتوقيعه:</p> <hr/>
<p>• Supervisor's name and signature:</p> <hr/>	<p>• اسم الطبيب المشرف وتوقيعه:</p> <hr/>
<p>• Supervisor's Scope of practice:</p> <hr/>	<p>• نطاق ممارسة الطبيب المشرف:</p> <hr/>
<p>• Supervisor's License No.:</p> <hr/>	<p>• رقم ترخيص الطبيب المشرف:</p> <hr/>
<p>• Healthcare facility name:</p> <hr/>	<p>• اسم المنشأة الصحية:</p> <hr/>
<p>• Medical Director's name and License Number:</p> <hr/>	<p>• اسم المدير الطبي للمنشأة ورقم ترخيصه:</p> <hr/>
<p>• Medical Director's signature & stamp:</p> <hr/>	<p>• توقيع وختم المدير الطبي:</p> <hr/>
<p>• Date:</p> <hr/>	<p>• التاريخ:</p> <hr/>

Health Facility Stamp:	ختم المنشأة الصحية:
------------------------	---------------------



نموذج "6" نموذج تقييم للصيدلي المتدرب تحت الإشراف

نموذج تقييم للصيدي المتدرب تحت الإشراف

الكفاءة المهنية في مجال الصيدلة تُشير إلى مجموعة المعارف والمهارات والسلوكيات والاتجاهات اللازمة لتمكين الصيدلي من أداء واجباته ومسؤولياته بما يتوافق مع المعايير المهنية المعتمدة من قبل إدارة التخصصات الصحية

المجال	الكفاءة	ممتاز	مرضٍ	غير مرضٍ	الملاحظات
الممارسة المهنية	يقدم رعاية تتمحور حول المريض				
	يمارس المهنة باحترافية				
	يمارس المهنة بأخلاقيات عالية				
	يشارك في التطوير المهني المستمر بشكل مناسب				
الممارسة المهنية	مهارات القيادة				
	مهارات اتخاذ القرار				
	مهارات العمل ضمن الفريق				
	مهارات التواصل				
صرف الأدوية	يدير سلسلة توريد الأدوية				
	يراجع ويصرف الأدوية بدقة				
الاستخدام الآمن للأدوية	مهارات استشارة المرضى				
	مهارات إرشاد المرضى				
	يراجع ويدير أدوية المرضى				
	يحدد ويدير مشكلات سلامة الدواء				
	يقدم معلومات وتثقيفًا دوائيًا				
مهارات التنظيم والإدارة	مهارات إدارة الذات				
	مهارات إدارة بيئة العمل				
	مهارات إدارة الموارد البشرية				
	مهارات الإدارة المالية				
	ضمان الجودة				

				معرفة وفهم لوائح صرف الأدوية	التعاميم والمذكرات الصادرة من إدارة الصيدلة والرقابة الدوائية
--	--	--	--	------------------------------	--

التوقيع: _____

اسم المتدرب: _____

التوقيع: _____

اسم المشرف/رقم الترخيص: _____

التاريخ: _____

ختم المنشأة: _____