

إدارة التسجيل

REGISTRATION DEPARTMENT

تعميم رقم (2015/8)

| | |
|----------|--|
| من : | المجلس القطري للتخصصات الصحية |
| إلى : | <ul style="list-style-type: none"> جميع المنشآت الصحية بدولة قطر (القطاعين الحكومي والخاص) جميع ضباط الإتصال بدولة قطر (القطاعين الحكومي والخاص) جميع الأطباء في مجالي الطب البشري والأسنان بدولة قطر (القطاعين الحكومي والخاص) |
| الموضوع: | توجيهات إلزامية لجميع الأطباء (بشري- أسنان) |
| التاريخ: | 19 أبريل 2015 |

"تهديكم إدارة التسجيل في المجلس القطري للتخصصات الصحية أطيب التمنيات"

- تماشياً مع رؤية ورسالة وقيم المجلس القطري للتخصصات الصحية والذي يهدف إلى الحفاظ على سلامة المرضى ومأمونية الخدمات الصحية المقدمة في دولة قطر ، ونظراً لرصد العديد من المخالفات والتجاوزات المتعلقة بقيام عدد من الأطباء (بشري- أسنان) بممارسة بعض الامتيازات الجراحية/ امتيازات الأسنان قبل الحصول على موافقة رسمية من إدارة التسجيل ، فإنه يتوجب على جميع أصحاب العمل وضباط الاتصال والأطباء (بشري- أسنان) العاملين بالقطاع الخاص في دولة قطر الالتزام بالتالي:-
- العمل ضمن نطاق التخصص الممنوح لهم من قبل إدارة التسجيل وعدم تجاوزه. (جميع الممارسين الصحيين)
 - التقدم بطلب للحصول على امتيازات جراحية / امتيازات أسنان (مرفق طيه بالتعميم) في حال رغبة الطبيب (بشري- أسنان) ممارسة أي امتياز جراحي خارج نطاق تخصصه ، على أن يكون الطلب مستوفى الشروط والمتطلبات وفقاً للإجراءات المتبعة من إدارة التسجيل.
 - لا يُسمح للطبيب (بشري- أسنان) بممارسة الامتيازات الجراحية/ امتيازات الأسنان التي تقدم بطلب للحصول عليها إلا بعد إصدار خطاب موافقة رسمي من إدارة التسجيل يتضمن العمليات التي تمت الموافقة عليها.
 - ممارسة الامتيازات الجراحية / امتيازات الأسنان الممنوحة له من قبل إدارة التسجيل فقط وعدم الخروج عن نطاق تلك العمليات بأي حال من الأحوال.
 - في حال مخالفة ما ورد أعلاه سيتم اتخاذ الإجراءات اللازمة ضد الممارس والمنشأة الصحية.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير ،،،،

فريق التسجيل /المجلس القطري للتخصصات الصحية

Request for approval to perform Surgical Privileges For Consultant / Specialist Physicians

Date: _____

Name: _____ License No.: _____

Scope of practice: _____

Required Documents:

1-A list of type and number of procedures performed by the Surgeon within the last three years (log book) Signed and Stamped by chairperson of the Dept and Medical Director of the Hospital (s) where the Log Book has been issued attested from Embassy of country of origin + Qatari Ministry of Foreign affairs .

2- Full Address of the Hospital (s) where the Log Book has been issued (including the name of the hospital, Fax No, Tel No. , P.O. Box, Email, Website) for verification purpose.

3-For further requirements, please visit SCH, QCHP websites: <http://www.sch.gov.qa/> , <http://www.qchp.org.qa/en/Pages/default.aspx>

Kindly note that you must submit all the required documents otherwise your request will be neglected.

Undertaking:

I. The Physician:

I hereby declare that all information provided in this request and attached documents are accurate to the best of my knowledge.

I hereby undertake not to perform any procedure(s) before getting an official approval from the Registration Department/ QCHP.

I hereby undertake not to perform any procedure(s) not approved by the Registration Department/ QCHP; and that I shall bare all legal and disciplinary responsibilities in case of violation of this clause. Further, I declare that performing the approved procedures / treatments will be at my sole responsibility.

Signature: _____ Stamp: _____

II. The Facility:

This medical institution undertakes to provide all requirements that are legally and/or professionally deemed necessary for providing quality and safe care for patients before, during and after approved surgical intervention (s) are performed by this licensed and privileged Surgeon in this facility. The institution also acknowledges taking full responsibility and financial liability in case of negligence and/or malpractice that have been proven beyond doubt which have directly or indirectly caused harm and/or complication(s) to the patient.

Institution: _____ Stamp: _____

Director: _____ Signature: _____ Stamp: _____

Personal Declaration for Dental Privileges (General Scope Dentist – Specialist Dentist)

Date: _____
Practitioner Name: _____ License No.: _____
Scope of Practice: _____

Undertaking:

I hereby declare that all information provided in this request and attached documents are accurate to the best of my knowledge.

I hereby undertake not to perform any procedure(s) before getting an official approval from the Registration Department/ QCHP.

I hereby undertake not to perform any procedure(s) not approved by the Registration Department/ QCHP; and that I shall bare all legal and disciplinary responsibilities in case of violation of this clause. Further, I declare that performing the approved procedures / treatments will be at my sole responsibility.

Signature: _____ Stamp: _____

III. The Facility:

This medical institution undertakes to provide all requirements that are legally and/or professionally deemed necessary for providing quality and safe care for patients before, during and after approved dental/surgical intervention(s) are performed by this licensed and privileged (Temporary / Permanent) Dentist in this facility. The institution also acknowledges taking full responsibility and financial liability in case of negligence and/or malpractice that have been proven beyond doubt which have directly or indirectly caused harm and/or complication(s) to the patient.

Institution: _____ Stamp: _____

Director: _____ Signature: _____ Stamp: _____

Kindly note that you must submit all the required documents (refer to dentists guidelines) otherwise your request will be neglected.