



تعميم رقم (15) لسنة 2023 (DHP)

من	إدارة التخصصات الصحية / وزارة الصحة العامة
إلى	• جميع فئات التمريض بالقطاع الصحي بالدولة • سكان دولة قطر (مواطنين ومقيمين)
الموضوع	بدء تنظيم ممارسة التمريض المنزلي واستحداث مسمى ممرض منزلي ومعايير التسجيل / الترخيص الخاصة به ضمن فئات التمريض المنظمة من قبل إدارة التخصصات الصحية
التاريخ	6 يوليو 2023

" تهديكم إدارة التخصصات الصحية اطيب التمنيات "

تزامناً مع استلام إدارة التخصصات الصحية بعض الطلبات من المرضى أو ذويهم ممن هم في حاجة ماسة الى الرعاية التمريضية المنزلية ومتابعة المرضى، وذلك للسماح بترخيص الممرضة المنزلية التي يمكن استقدامها على كفالتهم الشخصية.

ومع اتساع نطاق العناية طويلة الأمد والرعاية المنزلية التي أصبحت من أنماط الرعاية الصحية الأكثر ملاءمة وقبولاً من قبل كبار السن والأطفال وغيرهم من المرضى الذين يعانون من امراض مزمنة أو من ذوي الإعاقة.

ومن منطلق مسؤولية الادارة في تنظيم وتقنين عمل جميع الممارسين الصحيين فقد تقرر السماح للكوادر التمريضية ممن يعملون في بيئة المريض المنزلية (In-home Nurse) بالتقديم بطلب التسجيل والترخيص تحت مظلة إدارة التخصصات الصحية ومنحهم ترخيص "ممرض منزلي" للعمل في البيئة المنزلية للمريض وعلى كفالتهم

ويأتي هذا القرار متماشياً مع الرأي القانوني في وزارة الصحة العامة وكذلك المعمول به في كثير من دول العالم والمنظم من قبل الهيئات التنظيمية للتمريض.

يرجى الاطلاع على مرفقات التعميم للاطلاع على السياسة المتعلقة باشتراطات الترخيص ونطاق الممارسة المعتمد للمجال أعلاه.

للمزيد من المعلومات، يرجى التواصل مع البريد الإلكتروني: dhpreistration@moph.gov.qa

شاكرين لكم حسن التعاون- إدارة التخصصات الصحية

ضبط الوثائق

اسم السياسة: سياسة تنظيم ممارسة التمريض المنزلي
رمز السياسة:
رقم الإصدار:
تم إعدادها من قبل: قسم التسجيل - إدارة التخصصات الصحية
تم مراجعتها من قبل/التاريخ:
تم اعتمادها من قبل/التاريخ:
تاريخ نفاذ السياسة:
تاريخ استحقاق المراجعة:
الصلاحية:

تاريخ المراجعة

الإصدار	التغييرات	التاريخ	الاسم

مراجعات من قبل قسم التسجيل - إدارة التخصصات الصحية

الإصدار	المؤسسة/المسمى الوظيفي	التاريخ	الاسم

1. مقدمة

من منطلق مسؤولية الإدارة (DHP) في تنظيم وتقنين عمل جميع الممارسين الصحيين فقد تقرر السماح للكوادر التمريضية ممن يعملون في بيئة التمريض المنزلية (in – home nurse) بالتقديم بطلب التسجيل والترخيص تحت مظلة وزارة الصحة العامة.

تهدف سياسة تنظيم ممارسة التمريض المنزلي إلى ما يلي:

- تخفيف العبء المادي على المريض وذويه جراء التعاقد مع وكالات الخدمات التمريضية وكذلك خلق بيئة تنافسية دون المساس بجودة وسلامة الخدمة التمريضية المقدمة.
- ضمان تقديم الرعاية التمريضية المطلوبة دون تأخير ودون قائمة الانتظار الطويلة.
- تخفيف الطلب على اطقم التمريض من ادارة الرعاية المنزلية في مؤسسة حمد الطبية.
- إتاحة خيار البقاء في المنزل مع استمرار تلقي الرعاية التي يحتاجها المريض. ويعد هذا البديل مهم بشكل خاص لكبار السن الذين يمثل بقاؤهم في المنزل دعماً نفسياً للتعافي والحفاظ على نمط حياة صحي. أيضاً يمكن تخصيص إجراءات الرعاية وفقاً لاحتياجات كل مريض، والذي يصعب توفيره في المنشآت الصحية ذات القواعد المعيارية.

2. بيان السياسة

- ملائمة المؤهلات الأكاديمية والخبرات العملية المطلوبة للتحقق من كفاءة كادر التمريض مع المسؤوليات والمهام التي سوف ينفذها، فالتمريض المنزلي يتطلب حداً أدنى من الكفاءة والأمنية للعمل بشكل مستقل دون إشراف: وتلبية الاحتياجات الطارئة للمرضى، والقدرة على اتخاذ القرار بالتصرف المباشر أو طلب المشورة من كوادر صحية أعلى في المستوى.
- منح ترخيص مزاولة المهنة تحت مسمى ممرض منزلي لحاملي شهادات البكالوريوس في التمريض والشهادات المتوسطة في مجال التمريض مثل درجة الدبلوم المشارك في التمريض (ADN)، أو دبلوم المدارس الثانوية الفنية للتمريض أو أي برنامج دراسي آخر معترف به على المستوى الوطني ومخصص لهذا الغرض، كما يمكن منح نفس الترخيص للكوادر التمريضية من حملة البكالوريوس في التمريض إذا رغبوا في ذلك مع توضيح الالتزام بمجال العمل، يرجى مراجعة الملف المرفق (criteria for national registration requirements)
- سيتم إصدار ترخيص مزاولة المهنة للكوادر من هذه الفئة غير مرتبطة بمنشأة صحية، وسوف يذكر في بطاقة الترخيص، اسم الممارس، ومهنته: التمريض، وفئته: تمريض منزلي، واسم المتقدم إذ أن عمل كادر التمريض من هذه الفئة مقتصر على استخدامه.
- لن يلغي العمل بهذا المقترح مسمى الممرض المساعد.
- يقوم الممرض/الممرضة باستكمال نقاط التطوير المهني على ان تكون 80 نقطة كمتطلب من متطلبات تجديد الترخيص.

3. تعاريف

الممرض المنزلي (in-home nurse): الكوادر التمريضية ممن يعملون في بيئة المريض المنزلية بشكل شخصي للاستعانة بهم لأداء مهام التمريض المنزلي.

(criteria for national registration requirements): يشير هذا المصطلح إلى معايير متطلبات التسجيل الوطنية الخاصة بالمرضى المنزلي من حيث تعريف مصطلح المرضى المنزلي، مكان الممارسة، نطاق الممارسة، المتطلبات العلمية والعملية للممارسة ومجال الممارسة.

منشأة صحية: تتكون من المؤسسات التي تقدم الخدمات الطبية، وتصنع المعدات الطبية أو الأدوية، وتوفر التأمين الطبي، أو تسهل تقديم الرعاية الصحية للمرضى.

درجة الدبلوم المشارك في التمريض (ADN): الدبلومة التي تتراوح مدتها من ثمانية عشر شهراً إلى سنتين

4. الاختصارات

(DHP): إدارة التخصصات الصحية

(in-home nurse): ممرض منزلي

5. نطاق السياسة

تنطبق هذه السياسة على:

- مقدمو طلبات التسجيل/الترخيص من الكوادر التمريضية
- المرضى وعائلاتهم ممن يتلقون خدمات التمريض المنزلي.

6. بيان السياسة

1) يتم تسجيل / ترخيص كادر التمريض للعمل في منزل المريض وعلى كفالاته ودون التقيد بترخيصهم على منشأة صحية مرخصة شريطة استكمال جميع شروط ومتطلبات التقييم / الترخيص من حيث التحقق من صحة جميع الشهادات والوثائق المقدمة الخبرة العملية بالإضافة إلى:

- صورة من البطاقة الشخصية للمستقدم (المريض او ذويه)
- خطاب لا مانع من المستقدم
- يجب ان يكون الممرض / الممرضة على كفالة المستقدم
- تأشيرة باسم المستقدم تتضمن أسم الممرض/ الممرضة
- عقد عمل مع الممرض / الممرضة

7. نطاق الممارسة

- الامام بحالة المريض والمتابعة مع الطبيب المعالج وأن يكون على دراية تامة بالإجراءات المتبعة عند ملاحظة أي تغير من التغيرات التي تستجد على حالة المريض وسرعة التصرف في طلب سيارة الإسعاف في حالة الطوارئ.
- التثقيف الصحي للمريض والأسرة حسب الحالة.
- قياس وتسجيل العلامات الحيوية.
- ملاحظة ومراقبة سلوك/ الحالة الصحية للمريض.
- تضميد الجروح الخفيفة وغير المعقدة والعناية بها.
- إعطاء الأدوية للمريض ومتابعة المحاليل الوريدية.

- حقن المريض تحت الجلد وفي العضل وفق الحالة.
- مساعدة المريض على الحركة، ودعمه في أداء مهامه الذاتية الحياتية اليومية.
- مساعده المريض في القيام بالتمارين البدنية على النحو الموصوف من قبل المعالجين الصحيين.
- تغذية المريض على النحو المطلوب.
- الحفاظ على نظافة بيئة المريض.
- توفير العناية بجلد المريض والمحافظة عليه من حدوث أي تقرحات.
- مراقبة المريض اثناء المتابعة والإقامة في المؤسسات الصحية.
- تنفيذ أي تعليمات وارشادات ترد من الأطباء المعالجين للمريض واتباع الخطة العلاجية الموضوعية من قبلهم.
- الامتثال لجميع القوانين والسياسات والتوجيهات التي تصدر من الجهة المختصة بوزارة الصحة العامة والاطلاع الدائم على موقع وزارة الصحة الالكتروني لهذا الغرض.

8. ملحوظات

- يمكن أن يغير كادر التمريض المنزلي نطاق ممارسته إلى أحد فئات تسجيل التمريض الأخرى متى استوفى متطلبات تسجيل الفئة المطلوبة، ويجب أن يشمل طلب تغيير نطاق الممارسة تغييرًا لمكان العمل حتى يُنقل على مكان عمله الجديد. وتُنظر الإدارة في طلب التغيير حسب الإجراءات والشروط المتبعة.
- يحق للممرض من هذه الفئة الحصول على شهادة حسن سيره وسلوك مهني وفق السياسة المتبعة لدى قسم التسجيل.
- تطبق على هذه الفئة نفس الإجراءات المطبقة على جميع فئات الممارسين الأخرى فيما يتعلق بعدم الالتزام بتجديد الترخيص قبل تاريخ انتهائه وذلك بتزويد الإدارة بنموذج التعهد المتعلق بتجديد الترخيص.
- يخضع قياس أداء والتحقق من كفاءة هذه الفئة من الممارسين إلى نفس إجراءات وسياسة تدقيق امتثال الممارسين ومراقبة أدائهم وفق المتبع في الإدارة مع تعبئة نموذج التعهد المتعلق بتحمل مسؤولية تقديم الخدمات كاملة.

9. الرسوم البيانية

- للحصول على المخططات التوضيحية للإجراءات، يرجى الرجوع إلى الأدلة الإرشادية لكل مهنة على موقع إدارة التخصصات الصحية الالكتروني.

10. المراجع

- Ref how to become a home health nurse < education < salary and job outlook
[/https://www.allnursingschools.com/specialties/home-health-nurse](https://www.allnursingschools.com/specialties/home-health-nurse)
- <http://blog.bayada.com/be-healthy/10-benefits-of-homehealth-care>
- Home nursing services
- <https://www.homewatchcarehttps://www.allnursingschools.com/specialities/home-health-gives.com/home-care-services/nursing-services/nurse>
- [Western governors university](https://www.allnursingschools.com/specialities/home-health-gives.com/home-care-services/nursing-services/nurse)

11. المرفقات



Criteria for National Registration Requirements

Criteria	Home Health Nurse
Definition	Home health nurses provide one-on-one care for patients in their homes. Patients who need home health nursing may be elderly, disabled, or terminally ill, but they may also be recovering from an injury or accident or living with a chronic disease. Some home health nurses also work with pregnant women and new mothers to provide ongoing care, education, and support. Home healthcare may involve assisting patients with basic needs such as bathing and dressing, as well as more specialized services such as wound care, medication management, and IV therapy. ¹
Practice Settings	<ul style="list-style-type: none"> • Patients' homes
Education	<ul style="list-style-type: none"> • Eighteen (18) months to two (2) years of nursing diploma after completion of general education. • Graduate of Enrolled or Practical Nursing program recognized by country where he/she is currently licensed. • Three (3) years nursing diploma after completion of nine (9) years general education.
Scope of Practice	<ul style="list-style-type: none"> • Assesses patient needs and develops plan of care after consultation with physician. • Educate patient and his family when needed. • Documents the nursing care provided in accordance with clinical documentation policy. • Assists patients in mobilizing and in doing exercises as prescribed by therapists. • Feeds patients as required. • Measures and records vital signs of patients. • Observes and monitors patients' behaviors. • Maintains cleanliness of patients' surroundings. • Provides skin care for patients to prevent pressure sores. • Provides wound care. • Monitors and evaluates patients' response to treatment and medication. • Records healing/mobilization progress. • Administers medication and intravenous infusions. • Helps patients with the activities of daily living, such as, personal grooming, personal hygiene, toileting etc.

¹ [Western Governors University](#)



Criteria	
Licensure	Home Health Nurse must apply for licensure through The Department of Healthcare Professions (DHP) and successfully write the relevant Qatar National Examination as applicable.
Experience	Two years (2) recent experience in the field of nursing.
Other Requirement for Evaluation & Registration	<i>(Refer to DHP requirements for license Registration/Evaluation)</i> https://dhp.moph.gov.qa/en/Pages/Home.aspx
Requirements for License Renewal	<i>(Refer to DHP requirements for license Registration/Evaluation)</i> https://dhp.moph.gov.qa/en/Pages/Home.aspx
Note: Applicants with a break from practice please see QCHP "Break from Practice Policy".	

Applicant User Manual (Home Practitioner License)

(Evaluation)

Guidelines on using the Registration & Licensing Electronic System

A. Apply for Evaluation ([https:// dhportal.moph.gov.qa](https://dhportal.moph.gov.qa))

Enter User name and password on login Tab

[Login/Sign In](#) [Register/Sign Up](#) [Guidelines](#)

Login

Username
Please enter your User Name

Password
Please enter your Password

Sign In ↗

[Forgot Password](#)

After Successful login, kindly choose Apply for Evaluation

Department of Healthcare Professions



User Resel

- ✓ Create and Submit Requests
- Apply for Evaluation ←
- Apply for Additional Place of Work
- Apply for Temporary License
- Apply for Licensing
- Print
- Contact Information

Welcome:DHP Test - You may perform the following actions:

View & track status of my requests

Search

Request Type	Request Status	Request Date From	Request Date To
Select	Select	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Search

Request No.	Request Type	Request Type	Applicant Submission Date	Date of submission to QCHP	Date of Completion	Current Status	Remove	Comments
⚠ No data has been retrieved								

1. Please read through the declaration statements and click on the highlighted points

Personal Declaration Personal and Professional Information Educational Qualifications Work Experience and Registration Information Verification Report and Additional Information Pay Fees and Submit Application

Personal Declaration

I hereby declare the information and documents I provide to QCHP are true and verifiable to the best of my knowledge and I bear responsibility for any discrepancies in the presented particulars.

I undertake that I must inform QCHP of any past or current criminal charges or convictions. I will also inform the Council of any physical or mental conditions that jeopardize my ability to provide quality health care. I also undertake that as long as I am licensed by QCHP I will provide them with any updates regarding the aforementioned.

I hereby declare the above mentioned statements.

Please make sure you have the following scanned documents before you proceed with the application:

Passport
 Educational qualifications
 Work experience certificates
 Licensing exam (if required by your scope of practice)
 Previous registration/medical license
 Primary source verification report

Save Save and Close Close Reset

← →

1. Please fill all the information as per the highlighted asterisk

Personal Declaration Personal and Professional Information Educational Qualifications Work Experience and Registration Information Verification Report and Additional Information

Pay Fees and Submit Application

Personal and Professional Information

Personal Information

First Name on Passport* Middle Name(s) on Passport Last Name on Passport*

Ahmed Middle Name(s) on Passport Mohamed

First Name on Passport - Arabic Middle Name(s) on Passport - Arabic Last Name on Passport - Arabic

Gender* Date of Birth* Nationality*

Male 20/06/1986 QATAR

Passport Number* Passport Expiry Date*

A123458 14/04/2027


Personal Photo:

Please select a file

Maximum File Size is :2 MB

PIC:Photo-16417.JPG

Please upload a passport sized photo with white background
Circular (04:2014) - Required Specifications of the Personal Photograph for Medical License Cards





Note:

- A. put tick (✓) Check If you are going to working as a Home Practitioner under the sponsorship of the patient or one of their family members.
B. Add Sponsor's Qatar ID Number

Profession

Check If you are going to working as a Home Practitioner under the sponsorship of the patient or one of their family members

Profession*
Nurse

Scope Of Practice*
Home Nurse

Sponsor's Information

Sponsor's Qatar ID Number*
25252525252

Sponsor's Full Name*
Ali Ali Ali

Sponsor's Full Name - Arabic*
علي علي علي

Sponsor's Mobile Number*
12121212121

Sponsor's Email ID*
123@123.com

Sponsor's QID Scanned Copy

Please select a file

Maximum File Size is : 2 MB

SA-SponsorQID-16417.pdf

Visa Details

Kindly attach both sides of your QID in one file

Qatar ID Number
28642201006

QID Expiry Date
16/08/2029

QID Scanned Copy

Please select a file

Maximum File Size is : 2 MB

ID_COPY-QID-16417.pdf

Passport Scanned Copy

Please select a file

Maximum File Size is : 2 MB. Allowed file extensions are: .PDF, .JPG, .JPEG, .PNG

Attachments

Remove

SA-Passport-16417.pdf

SA-Passport-16417.pdf

National Number

National Number

National Id Copy

Please upload your Home country National Id

Please select a file

Maximum File Size is : 2 MB

Place of work

If your potential place of work is not already licensed, please select "Private Home Nursing"

Institution Type
Private Home Nursing

Institution
Patient Private Residency

Contact Information

The following information will be used to contact you. Please make sure you enter accurate and valid contacts

Mobile Number*
55906918

Email Address*
krystelnafeh@hotmail.com

Address / P.O Box*
Mushairat Residence 2 - Apartment 302

Save

← →



2. Please fill Education Qualification information and Qualifying Examination (Prometric)

Personal Declaration Personal and Professional Information **Educational Qualifications** Work Experience and Registration Information Verification Report and Additional Information Pay Fees and Submit Application

Educational Qualifications

You have applied for the scope: "Registered General Nurse"

Please provide information along with the supporting documents about your educational qualifications relevant to your clinical practice and licensing requirements. You can add more than one qualification.

Qualifications

Qualifications *	Specialty *	Country *
Select	Select	Select
City *	Institution *	Start Date *
		End Date *

+ Add **Reset**

Qualification Information Attachments

Please make sure you attach all the supporting documents for the qualifications you have provided above. Please attach the transcripts for your educational qualifications specifying the length of the program.

Please attach your latest CV on the QCHP template as per the link below : QCHP's CV template

Maximum File Size is : 2 MB. Allowed file extensions are .PDF, .JPG, .DOC/DOCX, .PNG & .GIF

Attachments	Description	Remove
11a20fb-1081840.pdf		

Prometric Exam Details

Have you taken the QCHP Licensing exam relevant to your scope? Yes No

Licensing Examination:

Exam Appointment Id *	Exam Date *	Exam Score *

Please attach the Qualifying Exam results (Score report)

Maximum File Size is : 2 MB. Allowed file extensions are .PDF, .JPG, .DOC/DOCX, .PNG & .GIF

Attachments	Description	Remove
No Attachments Available		

Save **Save and Close** **Close** **Reset** **←** **→**



3. Please fill Work Experience information and Registration Information History



Work Experience and Registration Information

1 You have applied for the scope - "Internal medicine"

2 Please add all your work experience certificates. You can add your internships, residency training and fellowship experience in this section.

Work Experience

Start Date *	End Date *	Position *
Country *	City *	Place of Work *
Contact Phone No *		

+ Add **Reset**

Start Date	End Date	Position	Country	City	Place of Work	Contact Phone No	Remove
No data is available							

Work Experience Attachments

1 Please make sure you attach all the supporting documents for the work experiences you have provided above.

2 Maximum File Size is : 2 MB. Allowed file extensions are .PDF, .JPG, .DOC/.DOCX, .PNG & .GIF

Attachments	Description	Remove
No Attachments Available		

Registration/License Information

1 Kindly attach all your previous medical Registration/Licenses with full details (which covers your experience mentioned above)

Country	Registration/Licensing Authority	Registration/License Number
Current Status	Start Date	End Date

2 Before you apply for your licensing application, please request a Certificate of Good Standing to be sent directly from your registration authority to QCHP either by mail or email.

QCHP, MOPH Address and Email: Ministry of Public Health
P.O Box 7744
Doha, Qatar
QCHPGoodSt@moph.gov.qa

+ Add **Reset**

Country	Registration/Licensing Authority	Registration/License Number	Current Status	Start Date	End Date	Requested CoGS	Remove
No data is available							

Registrations/Medical Licenses Attachments

1 Please make sure you attach all the registrations/medical licenses you have provided above.

2 Maximum File Size is : 2 MB. Allowed file extensions are .PDF, .JPG, .DOC/.DOCX, .PNG & .GIF

Attachments	Description	Remove
No Attachments Available		

Save **Save and Close** **Close** **Reset**



4. Verification report and Additional Information



Verification Report and Additional Information

Additional Information:

Please attach the Primary Source Verification report. Please add any comments and/or attach any supporting documents that are relevant to your application.

Verification Report

Maximum File Size is : 2 MB. Allowed file extensions are .PDF, .JPG, .DOC/.DOCX, .PNG & .GIF

Attachments	Description	Remove
No Attachments Available		

Please provide additional information(if required)

Maximum File Size is : 2 MB. Allowed file extensions are .PDF, .JPG, .DOC/.DOCX, .PNG & .GIF

Attachments	Description	Remove
No Attachments Available		

Save Save and Close Close Reset



5. While completing Primary Evaluation - Kindly follow below steps for online payment



Pay Fees and Submit Application

Please note that there is no payment for sent back requests, so please submit to proceed to the next stage.

Request Type:	Request Transaction ID:	Request Fees:
Apply for Evaluation	1061840	100 QR

Payment Method

Online payment Pay Application Fees

Please note that the fees are non-refundable

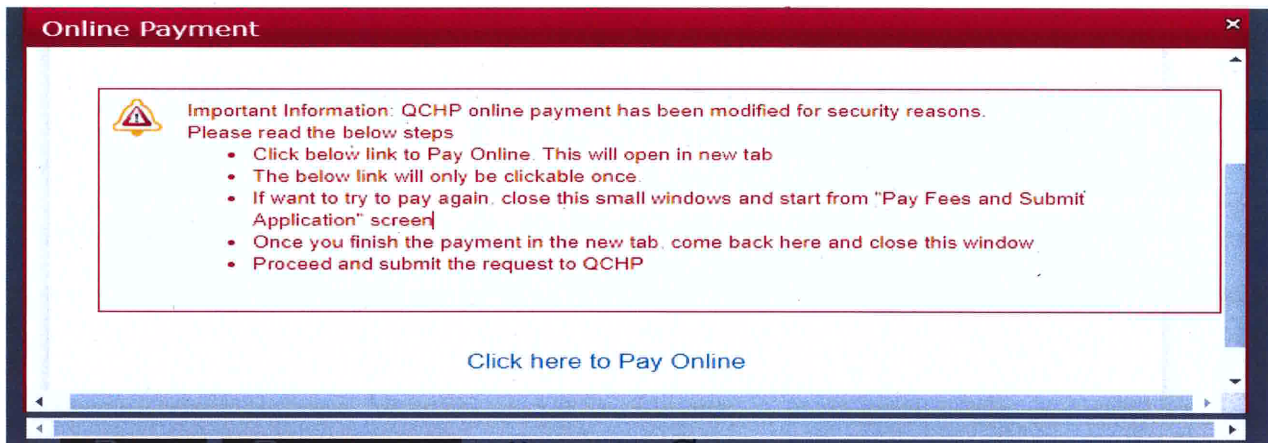
confirm that I have attached the below documents in the application:

- Passport
- Educational qualifications
- Work experience certificates
- Licensing exam (if required by your scope of practice)
- Previous registration/medical license
- Primary source verification report

Save Save and Close Close Reset



1. Click here to pay online.



2. Enter your Credit card information and Click on **Pay Now**

Qatar e-Government

Secure payment

Card number *



Expiry month * Expiry year *

MM YY

Cardholder name *

Security code *

 3 digits on back of your card

Billing address

Street 1

Street 2

City

State / Province

Postcode / Zipcode

Country

Select Country

Order details

e-Service

TOTAL QAR: 100.00

The next screen you see may be payment card verification through your card issuer.

[Cancel](#)

[Pay now](#)

After payment, your request will show (Pending with employer) which means you have to contact dphhelpdesk@moph.gov.qa to accept the request.

Welcome:DHP Test - You may perform the following actions:

View & track status of my requests

Search

Request Type: Select Request Status: Select Request Date From: Request Date To:

Search

Request No.	Request Type	Applicant Submission Date	Date of submission to QCHP	Date of Completion	Current Status	Remove	Comments
1061840	Apply for Evaluation	27/03/2021	---	---	Pending with employer		

After approval the request will be evaluated by DHP

On completion of evaluation process from DHP an email and SMS will be sent.

You can do the following according to evaluation decision mentioned below

1. *Send back:* - Click on "Apply for evaluation" and provide missing information according to the comments mentioned by DHP.
2. *Rejected:* - Contact your employer representative.
3. *Approved:* - Click on "Apply for Licensing" and complete licensing requirements.

✘ If you face any technical issues please send an email to our technical support helpdesk: dphhelpdesk@moph.gov.qa