



## استمارة تقييم المراكز الصحية للتدريب

في تمريض المجتمع

(طلب الاعتراف)

### استبيان لتقييم وحدات التدريب في تمريض صحة المجتمع

اسم البرنامج: \_\_\_\_\_

#### 1. معلومات عامة:

1.1 اسم القطر: \_\_\_\_\_

1.2 الجهة التي تطلب التقييم: \_\_\_\_\_

1.3 العنوان: \_\_\_\_\_

1.4 البريد الالكتروني: \_\_\_\_\_

1.5 الهاتف: \_\_\_\_\_

#### 2. معلومات حول المؤسسة

2.1 نوع المؤسسة:

حكومية  خاصة  غير حكومية  تشترك مع مؤسسات دولية

2.2. هل للمؤسسة ارتباط وثيق بالمجتمع وهيئاته الاجتماعية؟  نعم  لا

2.3. هل تتبع المؤسسة اجراءات عمل مكتوبة لعمل تريض صحة المجتمع

نعم  لا

2.4. هل يوجد في المؤسسة نظام لضبط النوعية وتحسين الجودة؟

نعم  لا

### 3. معلومات عامة:

- 3.1. تلتزم إدارة المؤسسة الصحية بالعملية التعليمية والتدريبية وتوفير احتياجاتها ودعمها  نعم  لا
- 3.2. تلتزم إدارة المؤسسة الصحية بتسهيل حضور المدربين والمتدربين للمؤتمرات والدورات  نعم  لا
- 3.3. يوجد توصيف وظيفي لكافة العاملين في المؤسسة الصحية  نعم  لا
- 3.4. توجد برامج تدريبية مستمرة لكافة فئات العاملين في المؤسسة الصحية  نعم  لا
- 3.5. المؤسسة الصحية مقيمة من قبل مؤسسة دولية أو اقليمية أو محلية  نعم  لا
- 3.6. توجد في المؤسسة لجنة متابعة لأموار التدريب  نعم  لا
- 3.7. يوجد في المؤسسة مدير لبرامج المجلس العربي (مشرف عام)  نعم  لا
- 3.8. يتلقى مدير البرنامج الدعم الكافي والوقت الكافي لتسهيل القيام بواجباته  نعم  لا
- 3.9. يوجد في المؤسسة مشرف متابع للتدريب في التخصص المعني  نعم  لا
- 3.10. المؤسسة الصحية مرتبطة بهيئات علمية ( خارجية أو داخلية)  نعم  لا
- 3.11. المؤسسة الصحية معترف به من قبل المجلس/ الهيئة المحلية  نعم  لا

#### 4. الوحدات التدريبية المتوفرة في المؤسسة:

- 4.1. صحة أولية  نعم  لا
- 4.2. صحة انجابية ورعاية الامومة والطفولة  نعم  لا
- 4.3. صحة الاسرة  نعم  لا
- 4.4. صحة المرأة  نعم  لا
- 4.5. الصحة المدرسية  نعم  لا
- 4.6. تمريض الصحة المنزلية/ الميدانية  نعم  لا
- 4.7. رعاية المسنين  نعم  لا
- 4.8. ادارة الكوارث المجتمعية  نعم  لا
- 4.9. صحة نفسية  نعم  لا
- 4.10. تمريض رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة  نعم  لا

#### 5. معلومات حول المسؤول/ة عن تدريب التمريض في المؤسسة الصحية

5.1. ما هي مؤهلاته/ها الأكاديمية؟

<input type="checkbox"/> دبلوم تمريض صحة المجتمع	<input type="checkbox"/> تمريض عام
<input type="checkbox"/> دكتور في تمريض صحة المجتمع	<input type="checkbox"/> ماجستير تمريض صحة المجتمع
غير ذلك حدد/ي _____	

5.2. ما هي عدد سنوات الخبرة المكتسبة لديه في هذا الاختصاص؟

\_\_\_\_\_ في هذه المؤسسة  
خارج هذه المؤسسة.

5.3. ما هي نسبة تفرغ المؤسسة لمدرّب مؤهل للعمل مع التدريب في هذا البرنامج؟

%20  %40  %60  %80  %100

5.4. ما هو عدد المتدربين في التمريض في المؤسسة؟ ---

#### 6. نظم المعلومات في المؤسسة:

- 6.1. هل يوجد نظام معلومات في المؤسسة؟  نعم  لا
- 6.2. هل يوجد نشاط فعلي لجمع هذه المعلومات؟  نعم  لا
- 6.3. هل تقوم المؤسسة بتحليل هذه المعلومات؟  نعم  لا
- 6.4. هل نظم معلومات تغذي الحاسوب الالي؟  نعم  لا
- 6.5. هل يتم ارسال المعلومات بصورة دورية للمعنيين؟  نعم  لا
- 6.6. هل يمكن للمتدرب الحصول على هذه المعلومات؟  نعم  لا

#### 7. الكوادر البشرية العاملة في المؤسسة:

7.1. عدد الكوادر البشرية العاملة في المؤسسة حسب الفئات التالية

العدد	البشرية
_____	طبيب
_____	خصائي تغذية
_____	تمريض
_____	باحثة اجتماعية
_____	اخرى الرجاء تحديدها
_____	-
_____	-
_____	-
_____	-

## 8. المكتبة العلمية:

8.1. هل للمؤسسة مكتبة يمكن للمتدربين الاستفادة منها؟  نعم  لا

### 8.2. أجهزة ووسائل تعليمية:

- |                             |                              |                        |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | 1. غرفة للندوات        |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | 2. أجهزة سمعية وبصرية  |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | 3. أجهزة حاسوب للتدريب |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | 4. انترنت              |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | 5. غرفة فيديو كونفرنس  |