

The Arab League
Council of the Health Ministers
The Arab Board of Health Specializations
General Secretariat

جامعة الدول العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الصحية
الأمانة العامة



استمارة طلب الاعتراف في اختصاص
طب العيون وجراحاتها

تعليمات عامة

1. تلتزم إدارة المستشفى بالعملية التعليمية والتدريبية وتوفير احتياجاتها ودعمها نعم لا
2. تلتزم إدارة المستشفى بتسهيل حضور المدربين والمتدربين للمؤتمرات والدورات نعم لا
3. يوجد توصيف وظيفي لكافة العاملين في المستشفى نعم لا
4. توجد برامج تدريبية مستمرة لكافة فئات العاملين في المستشفى نعم لا
5. المشفى مقيم من قبل مؤسسة دولية أو إقليمية أو محلية نعم لا
6. توجد لجنة متابعة لأمر التدريب نعم لا
7. يوجد مدير لبرامج المجلس العربي (مشرف عام) نعم لا
8. يتلقى مدير البرنامج الدعم الكافي والوقت الكافي لتسهيل القيام بواجباته نعم لا
9. يوجد مشرف متابع للتدريب في التخصص المعني نعم لا
10. المستشفى مرتبطة بهيئات علمية (خارجية أو داخلية) نعم لا
11. المشفى معترف به من قبل المجلس /الهيئة المحلية نعم لا



جامعة الدول العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الصحية
المجلس العلمي لاختصاص طب العيون وجراحاتها

تجديد اعتراف

اعتراف جديد

I. بيانات عامة:

اسم المستشفى:

الدولة / البلد: المدينة:

العنوان:

صندوق بريد:

هاتف: الفاكس:

البريد الإلكتروني:

الموقع الإلكتروني:

الجهة التي يتبع لها المستشفى: جامعي وزارة الصحة مستشفى خاص

II. هل تتوفر الأقسام التالية في المستشفى (يؤشر عليها بعلامة ✓):

- قسم التخدير .
- العيادات الخارجية.
- قسم الإسعاف الطوارئ .
- المختبرات
- قسم العناية المركزة .
- بنك الدم .
- قسم الأشعة التشخيصية.
- السجلات الطبية.
- قسم العلاج الفيزيائي .
- المكتبة الطبية.
- قسم العزل من الأمراض المعدية. - الصيدلانية .

III. الأسرة في المستشفى:

- العدد الكلي للأسرة:
- العدد المخصص للاختصاص المطلوب الاعتراف به:

IV. الكادر الطبي في المستشفى :

- عدد الأطباء في التخصص المطلوب:
الأطباء الاستشاريين
الأطباء المتدربين
الأطباء الاختصاصيين
الأطباء الآخرون

V. التمريض :

- عدد الممرضات في التخصص المطلوب :
- ساعات الدوام في كل مناوبة :

VI. قسم المختبرات :

- هل جميع الفحوصات الأساسية متوفرة : نعم لا
- اذكر الفحوصات الأخرى المتوفرة :

VII. الفحص المرضي النسيجي :

متوفر غير متوفر

VIII. بنك الدم :

متوفر غير متوفر

في حال عدم وجود بنك دم في المستشفى من أين يتم الحصول على الدم :

IX. قسم الأشعة التشخيصية :

- التجهيزات :
X-RAY C.T.Scan MRI
Ultrasound Gamma Camera

X. قسم المعالجة الفيزيائية :

- التجهيزات المتوفرة بالقسم :

XI. السجلات الطبية :

- استخدام الحاسب الآلي التسجيل اليدوي

XII. المكتبة الطبية :

- عدد الكتب الطبية عدد الدوريات

XIII. الأنشطة العلمية والتعليمية في المستشفى عامة :

- ندوات ورشات عمل
 مؤتمرات التعليم الطبي المستمر CME
 غير ذلك :

XIV. التسهيلات والأجهزة التعليمية والتدريبية المتوفرة :

- قاعة للمحاضرات والندوات وسائل الإيضاح الطبي والتصوير
 أجهزة عرض وتوضيح أجهزة أخرى

طلب الاعتراف بصلاحية المستشفى للتدريب – اختصاص طب العيون وجراحاتها

1- اسم المستشفى:-----

2- الأقسام الموجودة بالمستشفى:

لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- قسم باطنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- قسم جراحة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- قسم أطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- قسم نساء وولادة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- قسم تخدير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- قسم أشعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- قسم مختبرات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- قسم تشريح مرضي (باتولوجي)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- قسم أشعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- سجلات طبية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- وجود مكتبة طبية

3- تاريخ إحداث قسم طب وجراحة العيون /

4 - عدد الأسرة الكلي بالمستشفى -----

- عدد الأسرة الخاصة بطب العيون -----

- اسم رئيس القسم ومؤهلاته ----- (ترفق السيرة الذاتية)

5- الاستشاريون في القسم:

- العدد: -----

- المؤهل العلمي والخبرة: (ترفق السيرة الذاتية)

6 - الأخصائيون في القسم:

- العدد: -----

- المؤهل العلمي والخبرة: (ترفق السيرة الذاتية)

7 - عدد الأطباء المقيمين :

السنة الأولى: _____

السنة الثانية: _____

السنة الثالثة: _____

السنة الرابعة: _____

8- وجود عُرف للطبيب المناوب: _____

9- عدد أخصائيي البصرييات (Optometrist) _____

10- عدد أخصائيي دراسة الحول (Orthoptest) _____

11- عدد أخصائيي التصوير العيني (Ocular Photographer) _____

12- عدد أخصائيي دراسة المجال البصري: _____

13- وجود جهاز تمرير لقسم العيون: نعم لا

عدد كادر التمريض _____

14- نظام السجلات والملفات الصحية _____

15- توافر المكتبة الطبية والالكترونية وما تشمل عليه من الدوريات والمجلات العلمية: نعم لا

16- توافر الوسائل السمعية والبصرية: _____

17- عدد المحاضرات والندوات العلمية في السنة لقسم طب العيون _____

18- نشاط القسم في البحث العلمي نعم لا

19- توافر خدمة الانترنت في المستشفى نعم لا

20- وجود برنامج تدريبي للأطباء المقيمين نعم لا

21- عدد العيادات والتخصصات إن وجدت

عدد العيادات: _____

عدد التخصصات: _____

22- عدد المرضى في العيادات الخارجية خلال السنة : -----

23- عدد العمليات خلال السنة:

----- : الماء الأبيض (الساد) -

----- : الشبكية والجسم الزجاجي -

----- : الحول -

----- : الزرق (الجلوكوما) -

----- : الجفون ومحاجر العين -

----- : عمليات القرنية -

24- الأجهزة المتوفرة لطب وجراحة العين

	Available	Not available
A) Basic Requirements:		
1- Slit Lamp & Tonometers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Lens set & Refraction & Prisms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Keratometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Perimeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Indirect Ophthalmology	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Ultrasonography A & B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Ancillary Required Services:		
1- Fluorescin Angiography	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Argon Laser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Nd: YAG Laser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- fundus camera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- OCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Corneal topography	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- ERG / EOG / VEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) Operating Room:

- Number of Operating Rooms -----

- Operating Room Required Equipment:

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- Operating Microscope | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- Phaco emulsification machine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- vitrectomy machine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- Diathermy machine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- Diode laser machine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Optional

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Research Facilities | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - low vision aids clinic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- مدة الاعتراف ست سنوات قابلة للتجديد إذا توافرت شروط المجلس للاعتراف والتوصيف.

اسم رئيس القسم

اسم رئيس المستشفى

التوقيع

التوقيع

التاريخ : / / 20