

رقم المرفق	١١	رقم المادة	١٠/٨	رقم الإصدار	٥
عنوان المرفق	الامتيازات والصلاحيات السريرية لأطباء الأسنان				

التعاريف

التقديم: هو مجموعة تشمل استمارة الطلب وغيرها من النماذج التي يجب على جميع الأطباء العاملين في القطاع الخاص لطب الأسنان استكمالها في بداية التقديم أو عند إعادة تقديم طلب للحصول على امتيازات طب الأسنان.

الامتيازات السريرية: هي العملية التي تمنح المؤسسة الصحية فيها رخصة لطبيب الأسنان من أجل تقديم خدمات طب الأسنان أو غيرها من خدمات رعاية المرضى ضمن شروط واضحة. وتعتمد هذه الشروط على الكفاءة السريرية للطبيب على النحو الذي يحدده تصنيف الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، التدريب والمؤهلات، الترخيص، والتسجيل. كما يستند منح هذه الامتيازات على التخصص وتوفر موارد المؤسسة لدعم الامتيازات السريرية المحددة على ألا تتجاوز المدة الممنوحة فترة الترخيص لمزاولة المهنة من قبل مقدم الطلب.

الامتيازات الأساسية: هي أنشطة طب الأسنان التي يجب على أي طبيب أسنان مرخص ومدرب بشكل جيد أن يكون قادراً على القيام بها.

امتيازات خاصة (غير الأساسية): هي أنشطة سريرية متقدمة ضمن تخصص طب الأسنان والتي يمكن القيام بها بأمان وكفاءة فقط من قبل المتخصص أو الاستشاري في هذا التخصص.

الامتيازات الإضافية: هي أنشطة سريرية دقيقة يتم طلبها إما من قبل طبيب نائب لطب الأسنان أو الاستشاري وفقاً لخصته المتخصصة في طب الأسنان.

لجنة الاستشارات والامتيازات لطب الأسنان

هي اللجنة التي يتم تعيينها واعتمادها من قبل المؤسسة الصحية لطب الأسنان (تشمل مجمع طب اسنان أو عيادات مستقلة أو مستشفيات) وهي المسؤولة عن تحديد وتنفيذ ومراجعة واعتماد امتيازات طب الأسنان. وفي

حالة طلب الامتيازات الأساسية، يمكن لأحد المتخصصين أو الاستشاريين رفض أو منح الامتيازات بعد الموافقة. أما بالنسبة للامتيازات الخاصة (غير الأساسية) والإضافية، يمكن لاثنتين من المتخصصين أو الاستشاريين ممن لديهم تخصص في نفس مجال الامتيازات المطلوبة، رفض أو منح الامتيازات بعد الموافقة. وإذا لم يكن مجمع طب الأسنان قادراً على تكليف هذه اللجنة بسبب نقص الأطباء المؤهلين أو الموارد المطلوبة، فيمكن طلب ذلك من خارج المؤسسة الصحية حسب السياسات والإجراءات المتبعة لديهم.

الكفاءة: هي المعرفة والقدرة على الحكم والمهارات الأساسية في صنع القرار والأداء بما يتفق مع دور الطبيب المهني.

بيانات الاعتماد: هي الدليل الموثق على المؤهلات الرسمية والتدريب والكفاءة السريرية للمتقدم.

الاعتماد: هي العملية المنهجية لمراجعة المؤهلات والحالة الصحية للمتقدمين قبل التعيين، وذلك للتأكد من أنهم يمتلكون التعليم والتدريب والخبرة والمهارة للوفاء بمتطلبات الوظيفة والامتيازات المطلوبة. الانضباط: هو التخصص الذي يتم فيه تدريب الطبيب، بما في ذلك مجالات التخصص الفرعية من الممارسة.

الخدمات الصحية: هي كل الخدمات الطبية أو العلاجية أو السنية أو البيئية أو المجتمعية أو أية خدمات أخرى تتعلق بتحسين أو استعادة الصحة أو وقاية الأشخاص من الأمراض والإصابة بالجروح.

المؤسسة الصحية للأسنان: تشمل أي عيادة أسنان مستقلة أو في مجمع طبي أو مستشفى توفر رعاية سنية للمجتمع في القطاع الخاص.

الطبيب: هو من يقوم بتقديم خدمات طبية بشكل مباشر أو غير مباشر للعملاء سواء كانوا أفراداً أو مجموعات أو أسر أو مجتمعات، ويعد طب الأسنان نشاطاً عاماً ومنظماً لا يشمل الأنشطة غير النظامية أو المتكررة. مثل الاستشارات الموجزة والبرامج التي تتم مرة كل عام والعروض التقديمية ومراسم التكريم. كما يشمل طب الأسنان المتقدم تقديم الرعاية الأولية أو الثانوية أو اللاحقة وتوفير الخدمات نحو الدعم أو الحفاظ أو الاستعادة المثلى لصحة الأسنان.

مراجعة الأداء: هي عملية تحدد ما إذا كان الطبيب ما زال يتمتع بالقدرة على الوفاء بشروط وأحكام الامتيازات المطلوبة.

تحديد الدور: هو مستوى الخدمات السريرية التي يمكن توفيرها بأمان ويتم دعمها بشكل مناسب داخل مرفق صحي على النحو الذي تحدده خدمات الدعم المتاحة، وملف تعريف الموظفين، ومعايير السلامة الدنيا، والمتطلبات الأخرى التي تراها منظمة الصحة العامة مناسبة.

التحقق من المصدر الأساسي: هو التحقق من المصدر الأصلي لبيانات اعتماد محددة لتحديد دقة مؤهل تم الإبلاغ عنه من قبل أحد أطباء الرعاية الصحية. وتتضمن أمثلة التحقق من المصدر الأساسي، على سبيل المثال لا الحصر، المراسلات المباشرة والتحقق من الهاتف والإنترنت وتدفق البيانات عن طريق (الهيئة السعودية للتخصصات الصحية) وتقارير من منظمة التحقق من بيانات الاعتماد.

التوصية: هي خطاب من الأشخاص الذين يمكنهم أن يشهدوا على الحكم المهني والسريري الحالي لمقدم الطلب وكفاءته وشخصيته. يجب أن تفي هذه التوصيات بتعريف "المتقدم" (على سبيل المثال، من مزودي الخدمة في نفس الانضباط المهني كمقدم الطلب). وبالنسبة للمتقدمين الذين أكملوا مؤخراً أو يكملون تدريباً احترافياً في البرامج المهنية أو الدراسات العليا، يجب أن يكون خطاب التوصية من البرنامج التدريبي. أما بالنسبة لجميع المتقدمين الآخرين، الذين هم حالياً يعملون لدى مؤسسة صحية، يجب أن يكون الخطاب من المشرف الفني أو رئيس القسم في المستشفى أو المؤسسة الصحية على أن يكون المتقدم على رأس عمله (كما هو محدد في هذه السياسة).

١ المقدمة

الرسالة

الغرض من هذه الوثيقة هو وصف العملية المطلوبة لملاءمة اختصاص طبيب الأسنان مع كفاءة المؤسسة الصحية للأسنان، وذلك من أجل ضمان تقديم الأطباء المناسبين الخدمات المناسبة في المؤسسة الصحية المناسبة لرعاية الأسنان. وبالتالي، تهدف هذه السياسة إلى التأكد من أن جميع الأطباء مؤهلون بشكل صحيح وأن كل موظف طب أسنان يملك الصلاحية لأداء تلك الإجراءات التشخيصية والعلاجية فقط، والتي - من المفترض - أن يكونوا مؤهلين للقيام بها. حيث سيتم تطبيق أحكام هذه السياسة على جميع الممارسين وأطباء الأسنان المستقلين. في حين سيحصل كل طبيب على وثيقة اعتماد وامتياز تم إنشاؤها واعتمادها وفقاً لهذه السياسة. ويعد هذا جانباً مهماً في توفير خدمات عالية الجودة لطب الأسنان، وسلامة المرضى والحد من زيادة حالات سوء ممارسة طب الأسنان.

وتمنح الامتيازات السريرية لكل طبيب مستقل مرخص حسب ما تسمح به الهيئة السعودية للتخصصات الصحية لممارسة مستقلة، ولتقديم خدمات طب الأسنان ضمن نطاق تدريب الفرد وخبرته وكفاءته الراهنة والحكم والشخصية والقدرة. ومع ذلك، فإن تحديد الامتيازات السريرية لا يعفي أطباء الأسنان من مسؤوليتهم عن التصرف في حالة الطوارئ لإنقاذ الأرواح وتخفيف المعاناة.

الرؤية

يمارس أطباء الأسنان أدواراً رئيسية في تقديم خدمات طب الأسنان وتحسين الجودة. حيث يتوقع المرضى أن يتم الاعتناء بهم بواسطة أطباء مدربين تدريباً جيداً وذوي خبرة وكفاءة. ولتلبية هذا التوقع، يجب الحفاظ على عمليات شفافة ومتسقة لتحديد الامتيازات السريرية لأطباء الأسنان عامة والمتخصصين في منظمات صحة الأسنان المختلفة. ويأتي تحديد الامتيازات السريرية نتيجة مطابقة أوراق اعتماد الشخص ومهاراته وكفاءته.

هناك عاملان رئيسيان لعملية تحديد الامتيازات السريرية:

أولاً: الاعتماد

وهو مراجعة أوراق اعتماد الأطباء والمهارات والخبرات والكفاءات لجميع مقدمي الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية بموجب سياسات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

ثانياً: تحديد الأدوار

وهو الامتياز السريري وتحديد الامتيازات السريرية المسموح بها في كل مؤسسة. حيث يجب على المؤسسة الصحية
لطب الأسنان النظر في مستوى تقديم الخدمات والموظفين والمرافق والمعدات وخدمات الدعم المتاحة.

حيث يتم تحديد الامتيازات السريرية لكل طبيب من أجل حماية المرضى، من خلال تمكين التقييم الموضوعي
لكفاءة كل طبيب. ومن شأن هذا التقييم تحديد نطاق ممارسة الممارس داخل الخدمات السريرية التي تقدمها
المؤسسة الصحية.

لا يمكن أن تنطوي عملية تحديد الامتيازات السريرية على احتمال حدوث خطأ، وذلك لأن هذه العملية تعد عنصراً
أساسياً لإطار فعال للحوكمة السريرية.

كما أنه لا ينبغي أن تستخدم هذه العملية من أجل ما يلي:

أ- الحد من المبادرات المهنية المناسبة

ب- تقييد الإجراءات المناسبة التي قد يلزم اتخاذها في حالات الطوارئ

ج- السماح للأطباء بالعمل بمعزل دون وجود أنظمة دعم مناسبة.

تنطبق هذه السياسة على أطباء الأسنان العاملين في المؤسسات الصحية الخاصة بالأسنان في المملكة العربية السعودية.

الجهات الإدارية

سيتم تنفيذ هذه السياسة بالاقتران مع السلطات التالية:

١- وزارة الصحة.

٢- فروع ومكاتب الوزارة بالمناطق والمحافظات المديرية العامة للشؤون الصحية (الأقسام الإدارية لطب الأسنان، إدارات تنمية الاستثمار، إدارات
الالتزام)

٣- الهيئة السعودية للتخصصات الصحية

٢ المبادئ العامة

تستند هذه السياسة إلى المبادئ العامة التالية:

- تتحمل المؤسسة الصحية لطب الأسنان مسؤولية ضمان الكفاءة وتيسير أداء جميع أطباء الأسنان الممارسين داخل المؤسسة. لذلك، يجب أن يكون لجميع أطباء الأسنان امتيازاتهم السريرية المحددة في وقت التعيين وإعادة التعيين وجزء من عملية مراجعة الأداء.
- يجب أن تتم مراجعة امتيازات جميع الممارسين السريريين على فترات منتظمة طوال فترة التعيين أو التوظيف.
- يجب إجراء تقييم الامتيازات السريرية من قبل الزملاء والمهنيين المختصين.
- يجب أخذ دور البنية التحتية الخاصة بالمرافق المعني في الاعتبار عند تحديد الامتيازات السريرية المسموح بها.
- يمكن مراجعة الامتيازات السريرية في أي وقت بناءً على طلب لجنة الاستشارات والامتيازات لطب الأسنان أو بناءً على طلب الطبيب.

لدعم تنفيذ المبادئ المذكورة أعلاه، يجب ضمان فعالية الأنظمة التالية:

- يجب على المؤسسات الصحية لطب الأسنان الاحتفاظ بسجل لجميع المعلومات المتعلقة بنتائج عملية التعيين، بما في ذلك تحديد الامتيازات السريرية ومنحها في أي مؤسسة صحية.
- يجب على المؤسسات الصحية لطب الأسنان إجراء مراجعة منتظمة لأداء الممارسين لتحديد تحسن الأداء والتقدم في المهارات والكفاءات ولضمان التعرف المبكر على الأمور التي قد تضر بنوعية الرعاية. حيث يجب على المؤسسة الصحية لطب الأسنان اعتماد استراتيجيات لمعالجة مثل هذه الأمور.

٣ المؤسسة الصحية لطب الأسنان

دور المؤسسة الصحية لطب الأسنان

- يجب على كل مؤسسة صحية لطب الأسنان التأكد من تعيين الأطباء وفقاً لاحتياجات المؤسسة ومواردها المتاحة. بحيث يضمن مجلس الإدارة وجود إجراءات مناسبة لتحديد عدد ونطاق هذه التعيينات.
- مجلس إدارة المؤسسة الصحية لطب الأسنان مسؤول عن اتخاذ القرار النهائي بشأن ما إذا كان سيتم تعيين شخص كطبيب بامتيازات طب الأسنان المعتمدة أم لا. كما يحتفظ مجلس الإدارة بالمسؤولية عن عواقب تعيين الأطباء والمتخصصين في فريق العمل كجزء من المسؤولية الشاملة للحكومة السريرية.
- جميع موافقات الامتيازات يجب أن تسجل وتحفظ في ملف منفصل.
- يتحمل مجلس الإدارة مسؤولية ضمان أن تكون المستندات محدثة وأن كل طبيب على دراية كافية بمسؤولياته وامتيازاته المحددة.
- يجب أن يضمن مجلس إدارة المؤسسة الالتزام بعملية التعيين، واتباع السياسات والمبادئ التوجيهية وامتثال الأطباء لهذه السياسات.

٤ لجنة الاستشارات والامتيازات لطب الأسنان

دور لجنة الاستشارات والامتيازات لطب الأسنان

هي لجنة تم تعيينها واعتمادها من قبل مجلس إدارة المؤسسة الصحية لطب الأسنان، وهي مسؤولة عن تحديد وتنفيذ ومراجعة واعتماد امتيازات طب الأسنان التي يجب منحها لجميع أطباء الأسنان. وفي حالة طلب الامتيازات الأساسية، يمكن لأحد المتخصصين أو الاستشاريين رفض أو منح الامتيازات بعد الموافقة. وبالنسبة للامتيازات الخاصة (غير الأساسية) والإضافية، يستطيع اثنان من المتخصصين أو الاستشاريين ممن لديهم تخصص في نفس مجال الامتيازات المطلوبة، رفض أو منح الامتيازات بعد الموافقة.

٥ تحديد الامتيازات السريرية

تتضمن عملية تحديد الامتيازات السريرية خطوتين:

أولاً - الاعتماد: وهو استعراض أوراق اعتماد المهارات والخبرات والكفاءات لكل طبيب.

ثانياً - تحديد الأدوار: وهو الامتياز السريري وتحديد الامتيازات السريرية المسموح بها في كل مؤسسة صحية. حيث يجب على المؤسسة الصحية لطب الأسنان النظر في مستوى توفير الخدمات والموظفين والمرافق والمعدات وخدمات الدعم المتاحة قبل الموافقة على الامتيازات.

وثائق الاعتماد: هي وثائق تشكل دليلاً على المؤهلات الرسمية للشخص وتدريبه وتجاربه وكفاءته. كما يشير الاعتماد إلى عملية تقييم أوراق اعتماد طبيب الأسنان للعمل في منطقة سريرية محددة. فيما يشير مصطلح "الامتيازات السريرية" إلى نوع العمل (وفقاً لأية قيود محددة) الذي تحدده المؤسسة الصحية لطب الأسنان والتي يُسمح لطبيب الأسنان القيام بها في أي من مستشفياتها أو المجمعات الطبية أو العيادات المستقلة.

أما الهدف من عملية تحديد الامتيازات السريرية فهو تقييم قدرة الطبيب على تقديم خدمات سريرية محددة ومطابقتها مع القدرة على الحصول على الدعم المناسب من البنية التحتية للمؤسسة.

ويجب أن تتم هذه العملية كجزء من عملية التعيين بشكل روتيني كجزء من مراجعة الأداء. ويمكن أن تتم لمراجعة الامتيازات السريرية الحالية.

تحديد الامتيازات كجزء من عملية التعيين

ينبغي أن يتم تحديد الامتيازات السريرية كجزء من عملية التعيين. كما يجب إبلاغ المتقدمين المحتمل قبولهم بالدور المحدد لمرافق المؤسسة الصحية لطب الأسنان المتعلقة بالوظيفة المطلوبة، وبالنطاق المحتمل للامتيازات التي تمنحها في الوقت الذي يستفسرون فيه عن الوظيفة.

ويتعين كذلك على المؤسسة الصحية إنشاء وتوضيح الاحتياجات والمتطلبات للخدمة المحلية، والتي ستُفيد القرارات المتعلقة بالمهارات والمؤهلات اللازمة لتوفير هذه الخدمات.

فئات الامتيازات السريرية

تنقسم الامتيازات السريرية التي يتم منحها للأطباء إلى ثلاث فئات:

١- الامتيازات الأساسية: هي أنشطة طب الأسنان السريرية (الإجراءات أو مجالات العلاج) التي تتماشى مع مؤهلات الطبيب وتدريبه. حيث يتوقع من أي طبيب أسنان تم تدريبه بشكل مناسب ولديه رخصة مصدقة وحاز على توصيات جيدة لممارسة مهنته أن يكون مؤهلاً للحصول على تلك الامتيازات.

٢- امتيازات خاصة (غير الأساسية): هي أنشطة سريرية متقدمة ضمن تخصص طب الأسنان، يمكن فقط للمتخصصين أو الاستشاريين في هذا المجال القيام بها بكفاءة وأمان.

٣- امتيازات إضافية: هي الإجراءات أو مجالات العلاج التي لا ترتبط بالمؤهلات والتدريب المهني للطبيب، فهي أنشطة سريرية متقدمة قد يطلب إجرائها طبيب أسنان عام، أو نائب أو استشاري من الحاصلين على رخصة في التخصصات الطبية مثل إجراءات زراعة الأسنان والليزر والعلاج تحت التخدير العام.

تطبق سياسة التخطيط على جميع أطباء الأسنان الذين يمارسون دور أطباء الأسنان المستقلين في القطاع الخاص وفي المستشفيات التي تقدم الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية، بما في ذلك:

- أطباء الأسنان عامة.
- أطباء الأسنان النائبين والاستشاريين

تعتبر هذه السياسة، بما في ذلك نماذج التوظيف والوثائق المطلوبة وما إلى ذلك، إلزامية وذلك ليكون الأطباء على دراية بالإجراءات التي يمكنهم تنفيذها بناءً على تدريبهم ومؤهلاتهم، وأن يوقعها ويوافق عليها

مدير المؤسسة الصحية أو المشرف الفني للمؤسسة الصحية، من أجل الحصول على موافقة اللجنة بعد ذلك.

يتوجب على طبيب الأسنان العام أن يتقدم للحصول على الامتيازات الأساسية، فيما ينبغي على الاستشاري / النائب التقدم للحصول على الامتيازات الخاصة في تخصصهم، ويمكنهم التقدم بطلب للحصول على الامتيازات الأساسية في نموذج طلب الالتحاق نفسه. أما إذا تم طلب امتيازات إضافية مما هو محدد أعلاه، يجب تقديم طلب منفصل مع الوثائق المطلوبة للمراجعة والتقييم من قبل اللجنة.

توفر سياسة الامتيازات إرشادات شاملة للخدمات الصحية المقدمة لطب الأسنان، كما تعرف بحقوق أطباء الأسنان ومسؤولياتهم فيما يتعلق بالامتيازات. في حين تقوم لجنة الامتيازات بمنح الامتيازات الأولية أو المحدثّة أو مراجعة أو منح امتيازات للأطباء المستقلين المرخصين. ولكن قبل أن تتمكن اللجنة من منح الامتيازات، يجب عليها التأكد من أن الأطباء المرخصين لديهم أوراق الاعتماد اللازمة لأداء امتيازاتهم. أما بالنسبة لمنح امتيازات للأطباء المرخصين، يتعين على اللجنة جمع المعلومات المتعلقة بأوراق اعتمادهم والتحقق منها وتقييمها، بما في ذلك الترخيص الحالي والتدريب ذي الصلة والكفاءة الحالية والقدرة على أداء الامتيازات السريرية التي طلبتها، كما يتوجب على أطباء الأسنان ممارسة الامتيازات الممنوحة لهم على وجه التحديد.

مدة الامتيازات السريرية

يتم منح الامتيازات السريرية عمومًا لفترة تتناسب مع مدة الترخيص الممنوحة للممارسة على ألا تزيد عن سنتين قابلة للتجديد.

وقد توصي لجنة الامتياز بوضع قيود على مدة الامتيازات السريرية حسب الحاجة. كما يمكن أن توصي بفترة اختبار لمزيد من التقييم قبل منح الموافقة النهائية. وفي مثل هذه الحالة، يجب مراجعة بيانات اعتماد الطبيب والامتيازات السريرية في نهاية فترة الاختبار.

عملية تطبيق الامتيازات السريرية

تشمل ما يلي:

أولاً- مجموعة سياسة الامتيازات بما في ذلك الهدف والرؤية والنماذج المناسبة التي يتعين إكمالها، المستندات المطلوبة والمعتمدة من مجلس الإدارة أو اللجنة المعينة من المؤسسة الصحية لطب الأسنان لتشمل جميع أطباء الأسنان في عيادات الأسنان الخاصة والمجمعات الطبية والمستشفيات. حيث يتوجب أن يكون مدير المستشفى أو المجمع الطبي مسؤولاً عن تلقي وتوزيع وضمان استكمال جميع الطلبات بشكل صحيح. بحيث يمثل جميع الموظفين الخاضعين لإشرافه للامتيازات المحددة التي تتوافق مع بيانات اعتمادهم ومؤهلاتهم.

المستندات المطلوبة والتي يجب حفظها إلكترونياً وورقياً فهي كما يلي:

أ- بالنسبة للامتيازات الأساسية والامتيازات الخاصة (غير الأساسية):

- ١- استمارة امتيازات طب الأسنان السريرية موقعة ومختومة ومكتملة (الملحق أ).
- ٢- نسخة من المؤهلات التعليمية والتدريبية.
- ٣- نسخة من التسجيل لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
- ٤- نسخة من بطاقة الهوية أو الإقامة.
- ٥- صورة شخصية حديثة.
- ب- امتيازات إضافية:

بالإضافة إلى المستندات المذكورة أعلاه، يجب على الطبيب الذي يتقدم للحصول على امتيازات إضافية تقديم ما يلي:

- ١- السيرة الذاتية، والتي تحتوي على التاريخ المهني الكامل للمتقدم.
- ٢- نموذج امتيازات طب الأسنان السريري موقعاً ومختوماً (الملحق أ)

٣- نسخ من شهادات المؤهلات التعليمية والدورات وورش العمل والحلقات الدراسية التي حضرها، والخبرات المعتمدة، والبحوث المنشورة، إن وجدت، والتي تتعلق بالامتيازات المطلوبة.

ثانياً- تخضع جميع نماذج التقديم للتقييم الأولي والتحقق من توافر المستندات المطلوبة (قائمة المراجعة) من قبل المؤسسة الصحية لطب الأسنان.

ثالثاً- يتم إرسال الطلبات الثلاثة الكاملة التي تطابق المستندات المطلوبة إلى لجنة الاستشارات والامتيازات لطب الأسنان، حيث تقوم اللجنة بمراجعة طلب مقدم الطلب للحصول على الامتيازات. ويمكن للجنة استخدام مصادر المعلومات الإضافية المناسبة، بما في ذلك المقابلات الشخصية مع مقدم الطلب، وتقييم سجله من الحالات المكتوبة والعملية والسريية حسب ما تراه ضرورياً، لا سيما لطلبات الامتيازات الإضافية.

رابعاً- مراجعة جميع الطلبات في الوقت المناسب من قبل اللجنة لتحديد خطة التقييم المناسبة بناءً على كل طلب والموافقة النهائية اللاحقة.

خامساً- إذا صوتت لجنة الاعتماد لرفض أو مراجعة أو إلغاء أي امتيازات، يحق لمقدم الطلب طلب مراجعة الطلب مرة أخرى.

سادساً- عملية الامتياز سرية ولا يجوز الإفصاح عن جميع المعلومات والسجلات والتقارير والمراسلات التي يتم تلقيها وإنشاؤها من قبل أو بتوجيه من لجنة الامتيازات دون إذن من رئيس اللجنة. على أن يكون الإفشاء وفق الأنظمة واللوائح

سابعاً- إرسال إشعار بالإجراء النهائي للجنة الاعتمادات والامتيازات، المتعلقة بمقدم الطلب، إلى مدير المؤسسة الصحية لطب الأسنان أو من ينوب عنه الذي سيمنح المتقدم المعتمد

امتيازات العرض الكتابي وإشعار خاص بأي ملاحظة على الطلب في الوقت المناسب. (انظر الملحق ب، خريطة مسار امتيازات طب الأسنان)

المسؤولية:

تنحصر المسؤولية في كل من:

١ - مدير المستشفى أو المجمع الطبي

وهو مسؤول في النهاية عن برنامج الاعتمادات والامتيازات، فيما يتعلق باستكمال نماذج التقديم بأكملها من أجل الموافقة النهائية وضمان تنفيذ هذه الامتيازات في ممارستها كما أقرتها اللجنة.

٢ - رئيس قسم طب الأسنان

يتحمل رئيس قسم طب الأسنان، بالتعاون مع طاقم طب الأسنان، المسؤولية عن مراجعة أوراق الاعتماد والكفاءة المهنية والحالة الصحية لجميع المتقدمين للتعيين وإعادة التعيين، وعليه أن يضمن حصول الأطباء المتقدمين على نسخة من الامتيازات السريرية والموافقة على الالتزام باللائحة الداخلية لموظفي طب الأسنان والقواعد واللوائح وسياسة وإجراءات وزارة الصحة.

تنويه:

- تكون مسؤولية أعضاء اللجنة عن الامتيازات الصادرة عن لجائهم في حال منحهم امتيازات غير صحيحة.
- إذا تم الإخلال بهذه الامتيازات بعد الموافقة أو الرفض، فسيتم اعتبار ذلك مخالفة وسيتم اتخاذ الإجراء المناسب.



وزارة الصحة
Ministry of Health

الملحق (أ)

نموذج الامتيازات السريرية لطب الأسنان

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

١ مطلوب	امتيازات	٢ معتمد	٣ مرفوض	٤ موافقة لجنة الامتيازات
☐	الكشف و التشخيص والخطة العلاجية			
☐	علاج تسوس الأسنان			
☐	التدابير الوقائية (تطبيق الفلورايد ووضع سادات الشقوق)			
☐	الحشوات التحفظية المباشرة			
☐	قلع الأسنان بسيط			
☐	شق وتفريغ لورم سني داخل الفم			
☐	علاج التهابات وخراجات اللثة الحادة			
☐	علاج التهابات اللثة والأنسجة المحيطة غير الجراحي			

☐	استئصال اللب للأسنان الدائمة		
☐	معالجة لبية للأسنان الأمامية والضواحك الغير معقدة		
☐	استئصال اللب الجزئي للأسنان اللبينة		

الامتيازات الخاصة غير الأساسية (انظر المؤهلات والمعايير المحددة *)

ليكون المتقدم مؤهلاً للحصول على الامتيازات الخاصة غير الأساسية المذكورة أدناه، يجب عليه إثبات نجاحه في إتمام دورة معتمدة ومعترف بها عند إقامتها، أو تدريب مقبول خاضع للإشراف في الإقامة أو الزمالة أو أي خبرة مقبولة أخرى. كما يجب عليه تقديم وثائق الكفاءة في تنفيذ الإجراء المطلوب بما يتوافق مع المعايير المنصوص عليها في سياسات لجنة طب الأسنان التي تقرر ممارسة امتيازات محددة.

١ مطلوب	امتيازات ١. طب الأسنان / التجميلي	٢ معتمد	٣ مرفوض	٤ موافقة لجنة الامتيازات
☐	الحشوات غير المباشرة، حشوات مصبوبة فقط (من الخزف أو الذهب أو الزركون)			
☐	القشرة الخزفية (الفينير)			
☐	تركيبات ثابتة (بدلات)			
☐	زراعة الأسنان (الجزء التعويضي)			
☐	تبييض الأسنان الحيوي			
☐	تبييض الأسنان غير الحيوي			
☐	تقويم الإطباق المحدود			

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

١ مطلوب	امتيازات	٢ معتمد	٣ مرفوض	٤ موافقة لجنة الامتيازات
☐	الحشوات التحفظية للمرضى الأطفال			
☐	قلع الأسنان الأولية والدائمة			
☐	حافظات المسافات			
☐	شق اللب / استئصال اللب			
☐	علاج اصابات الأسنان			
☐	تاج ستينلس ستيل			
☐	تاج شريطي\ تجميلي			
☐	أجهزة سلوكية لمنع ميل الأسنان			



وزارة الصحة
Ministry of Health

☐	علاج الأسنان تحت التخدير التام			
١ مطلوب	امتيازات ٣. تقويم الأسنان	٢ معتمد	٣ مرفوض	٤ موافقة لجنة الامتيازات
☐	تقدير حالة الأسنان التقويمية ووضع الخطة العلاجية			
☐	استقامة وتعديل الأضراس المائلة			
☐	الأجهزة التقويمية الوقائية / الاعتراضية			
☐	علاج تقويم الأسنان الشامل			
☐	الاستفادة من أجهزة تقويم الأسنان الثابتة			
☐	استخدام أجهزة تقويم الأسنان القابلة للإزالة			
☐	الأجهزة الوظيفية			

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

٤	٣	٢	امتيازات	١
موافقة لجنة الامتيازات	مرفوض	معتمد	٤. تركيب الأسنان	مطلوب
			أطقم أسنان كاملة	☐
			أطقم أسنان فورية	☐
			تركيب الكروم على أطقم الأسنان الجزئية القابلة للإزالة	☐
			طقم أسنان أكريليك قابل للإزالة	☐
			أطقم أسنان مثبتة بملحقات	☐
			أطقم أسنان مدعومة بزرعات أسنان	☐
			تركيبات ثابتة	☐
			تركيبات ثابتة مع تعديل الاتجاه العمودي	☐
			زراعة الأسنان - الجزء التعويضي	☐



وزارة الصحة

Ministry of Health

☐	تركيبات الوجه والفكين			
☐	مسد لشق الحنك			
١ مطلوب	امتيازات ٥. علاج العصب والجذور السنية	٢ معتمد	٣ مرفوض	٤ موافقة لجنة الامتيازات
☐	تشخيص آلام أسنان الفم والوجه			
☐	علاج قناة الجذر الأمامي			
☐	علاج قناة الجذر للضواحك			
☐	علاج قناة جذر الضرس			
☐	معالجة الجذور غير مكتملة النمو			
☐	إزالة الأوتاد والأدوات المنفصلة في القنوت			
☐	معالجة انثقاب الجذر			
☐	إعادة علاج قناة الجذر			
☐	معالجة الأسنان الموضوعة			
☐	الجراحة اللبية			

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

٤ موافقة لجنة الامتيازات	٣ مرفوض	٢ معتمد	امتيازات ٦. دواعم الأسنان (أمراض وجراحة اللثة)	١ مطلوب
			تنظيف عميق وكحت الجذور	☐
			عمليات الوتد الجانبي والوحشي	☐
			استئصال وترميم اللثة	☐
			جراحة متعلقة بالغشاء المخاطي واللثة	☐
			جراحة إعادة تشكيل الحواف لداعم السن العظمي	☐
			عمليات ترقيع داعم السن العظمي	☐
			عمليات ترقيع النسيج الرخو للثة	☐
			معالجة على أمراض الفم الحويصلية المسببة للتآكل	☐
			تثبيت الأسنان	☐



وزارة الصحة Ministry of Health

☐	إحكام الإطباق			
☐	عملية شريحة لثوية			
☐	جراحة إطالة التاج			
☐	كشف جراحي لسن منحشرة ومخفية للمساعدة على خروجها			
☐	الإجراءات الدورية لرعاية دواعم الأسنان			
١ مطلوب	امتيازات ٧. زراعة الأسنان- الجزء الجراحي	٢ معتمد	٣ مرفوض	٤ موافقة لجنة الامتيازات
☐	جراحة بسيطة لزراعة سن عظمي مدمج			
☐	جراحة معقدة لزراعة سن عظمي مدمج			
☐	عمليات ترقيع العظام			
☐	عمليات ترقيع النسيج الرخو			
☐	إزالة عظم ذاتي المنشأ داخل الفم (الشعبة الصاعدة من عظم الفك السفلي / الذقن)			
☐	عمليات رفع التجويف / الجيب الداخلي			
☐	عمليات رفع التجويف / الجيب الخارجي			
☐	إزالة الزرع جراحياً			
☐	المعالجة الجراحية واللاجراحية لالتهاب ما حول زراعة الأسنان			

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

٤ موافقة لجنة الامتيازات	٣ مرفوض	٢ معتمد	امتيازات ٨. جراحة الفم	١ مطلوب
			قلع الأسنان	☐
			القلع الجراحي	☐
			الإزالة جراحيًا لسن مطمور	☐
			إغلاق قناة فموية جيبيّة	☐
			تعديل طقم الأسنان / استئصال جزء من عظم نائي	☐
			خزعة داخل الفم	☐
			إزالة النمو العظمي السطحي	☐
			ترميم جراحي لتمزق اللسان	☐



وزارة الصحة
Ministry of Health

			كشف جراحي لسن مطمور ومخفي للمساعدة على خروجه	☐
			إرجاع الفك العلوي المغلق والأسنان المثبتة	☐
			إرجاع الفك السفلي المغلق	☐
			تثبيت دعامة جذور الأسنان	☐
			إرجاع مغلق لخلع المفصل الصدغي الفكي السفلي	☐

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

٤ موافقة لجنة الامتيازات	٣ مرفوض	٢ معتمد	امتيازات ٩. جراحة الفم والوجه والفكين	١ مطلوب
			الخلع الجراحي	☐
			الإزالة جراحياً لسن منحشر	☐
			إغلاق قناة فموية جيبية	☐
			تعديل طقم الأسنان / استئصال جزء من عظم نائى	☐
			خزعة داخل الفم	☐
			إزالة النمو العظمي السطحي	☐
			ترميم جراحي لتمزق اللسان	☐



وزارة الصحة Ministry of Health

☐	كشف جراحي لسن منحشرة ومخفية للمساعدة على خروجها		
☐	تنويم المريض		
☐	خزعة		
☐	إجراء رفع الجيوب لوضع زرع الأسنان		
☐	ترميم عظم الفك العلوي والسفلي وتعقيدات وجنة الفك العلوي		
☐	إرجاع / تقليص الكسر للفك العلوي المغلق		
☐	إرجاع / تقليص لتعقيدات وجنة الفك العلوي المغلق		
☐	استئصال ووضع لطعوم فطرية		
☐	استئصال عظم لطعم ضلع		
☐	استئصال ترقيع عظم القحف وحافة الحرقف / النتوء السني		
☐	استئصال طعوم جلدية لموضع داخل الفم		
☐	تقليص مفتوح للثنيبات الداخلي وكسور الأنف المغلقة بالتزامن مع كسور متعددة أخرى		
☐	تقليص مفتوح للثنيبات الداخلي وتقليص مغلق لكسور الفك السفلي		
☐	تقليص مفتوح للثنيبات الداخلي وتقليص مغلق لكسور الفك العلوي		
☐	تقليص مفتوح للثنيبات الداخلي للكسور الحجاجية		
☐	تقليص مفتوح للثنيبات الداخلي لتعقيدات وجنة الفك العلوي		
☐	وضع أجهزة تثبيت دبوس خارجي للفكين ومحيط الرأس		
☐	إعادة بناء منطقة القحف الوجهية		
☐	إزالة الأورام الحميدة غير السنية		



وزارة الصحة
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

☐	إزالة الأورام الحميدة ، سنية المنشأ		
☐	إزالة الأجسام الحميدة		
☐	إزالة كيس بجانب الفم		
☐	إزالة التورمات الحنكية		
☐	ترميم التمزقات داخل الفم		
☐	ترميم جيب في الفم وناسور أنفي فموي		
☐	جراحة للمفصل الفكي الصدغي		
☐	تصحيح جراحي لفك الشفة والحنك		
☐	تصحيح جراحي لصغر الفك العلوي والسفلي		
☐	تصحيح جراحي لبروز الفك العلوي والسفلي		
☐	تصحيح جراحي للتشوهات الوجهية السنية الأخرى		
☐	العلاج الجراحي لأمراض الفك الحميدة		



وزارة الصحة

Ministry of Health

١ مطلوب	امتيازات ١٠. غير محددة	٢ معتمد	٣ مرفوض	٤ موافقة لجنة الامتيازات
☐	العلاج بالليزر لحالات الفم			
☐	تسكين موضعي لأكسيد نيتروجيني			
☐	تخدير واعي عن طريق الفم			
☐	تخدير واعي عن طريق العضل			
☐	تخدير واعي عن طريق الشرج			
☐	تخدير واعي عن طريق الوريد			

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

المؤهلات والمعايير المحددة

جراحة الوجه والفكين*

المطلوب

- الحد الأدنى من التدريب الرسمي لجراحة الفم والوجه والفكين:
يجب إثبات الكفاءة في جراحة الفم والوجه والفكين وإكمال ناجح لبرنامج تدريب الإقامة في جراحة الفم والوجه والفكين على أن لا تقل المدة عن أربع سنوات ضمن برنامج معتمد من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

- الخبرة السابقة مطلوبة للتعيين الأولي:
حيث يتعين على المتخرج حديثاً أن يكون / تكون (خلال سنتين) من تدريب الإقامة على جراحة الفم والوجه والفكين قادراً على إثبات أدائه الناجح أو جراحته للفم



وزارة الصحة Ministry of Health

والوجه والفكين على ٧٥ مريضاً أو أكثر على الأقل، بشرط ألا يحتاج أكثر من خمسة منهم إلى إجراء عملية جراحية سنخية خلال فترة إقامتهم التدريبية على جراحة الفم والوجه والفكين.

- يجب على خريجي جراحة الفم والوجه والفكين الذين أكملوا التدريب على جراحة الفم والوجه والفكين لأكثر من عامين قبل التقدم بطلب للحصول على الامتيازات الأولية أن يكونوا قادرين على توثيق الأداء الناجح لحالتين على الأقل خلال الاثني عشر شهراً الماضية في كل فئة من فئات الجراحة الرئيسية التي تتطلب امتيازات.

• التوصيات:

- يجب تقديم خطاب توصية من مدير البرنامج التدريبي لجراحة الفم والوجه والفكين لمقدم الطلب. وعلى الصعيد ذاته، يجب أن تأتي خطابات التوصية المتعلقة بالكفاءة من رئيس جراحة الفم والوجه والفكين أو المشرف على أوراق الاعتماد لجراحة الفم والوجه والفكين في المعهد الذي عمل فيه مقدم الطلب مؤخراً.
- توثيق الكفاءة في أداء التخدير المعتدل من مديري برامج التدريب على الإقامة أو الزمالة التي تشمل التخدير المعتدل كجزء من المنهج الدراسي.

** إدارة التخدير الواعي (المعتدل)

المطلوب

يجب على المتقدم تقديم:

- ١- وثيقة تثبت نجاحه في إتمام دورة معتمدة ومعترف بها في التخدير المعتدل والتي تتضمن التدريب في الإدارة الآمنة للتخدير .
- ٢- الأدوية المسكنة المستخدمة لتحديد مستوى التخدير المعتدل.
- ٣- استخدام عناصر مضادة للأفيون والبنزوديازيبين
- ٤- رصد المتغيرات الجسدية الغير طبيعية للمريض أثناء التخدير، والتعرف على المتغيرات الغير طبيعية أثناء المراقبة والتي تستلزم تدخلاً من قبل طبيب التخدير المتمرس أو طبيب التخدير

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

*** زراعة الأسنان – الجزء الجراحي

المطلوب

توثيق الإكمال الناجح لإقامة معتمدة من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية مع فترة تدريب لا تقل عن سنتين في التخصص أو تخصص فرعي يشمل التدريب على عمليات زراعة الأسنان الجراحية وجراحات الترميم العظمي مثل تخصص أمراض وجراحة اللثة , جراحة الفم وجراحة الوجه والفكين.

التاريخ:

اسم المتقدم:

التوقيع:

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

إقرار المتقدم:

أنا الطبيب الموقع ادناه أرغب بممارسة الامتيازات والصلاحيات التي منحها لي تعليمي الجامعي وخبرتي وتدريبي
وأدائي في مستشفى / مجمع

الاسم:

التوقيع:

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

موافقة المستشفى أو المجمع الطبي:

الاسم	المنصب	التوقيع	التاريخ	
				طلبت من:
	رئيس الشعبة			تمت الموافقة من قبل:
	رئيس القسم			
	المدير الطبي			
	رئيس لجنة المستشفى لاعتقاد الامتيازات			

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان:

رقم الهوية:

المنصب الحالي:

القسم:

المؤهلات:

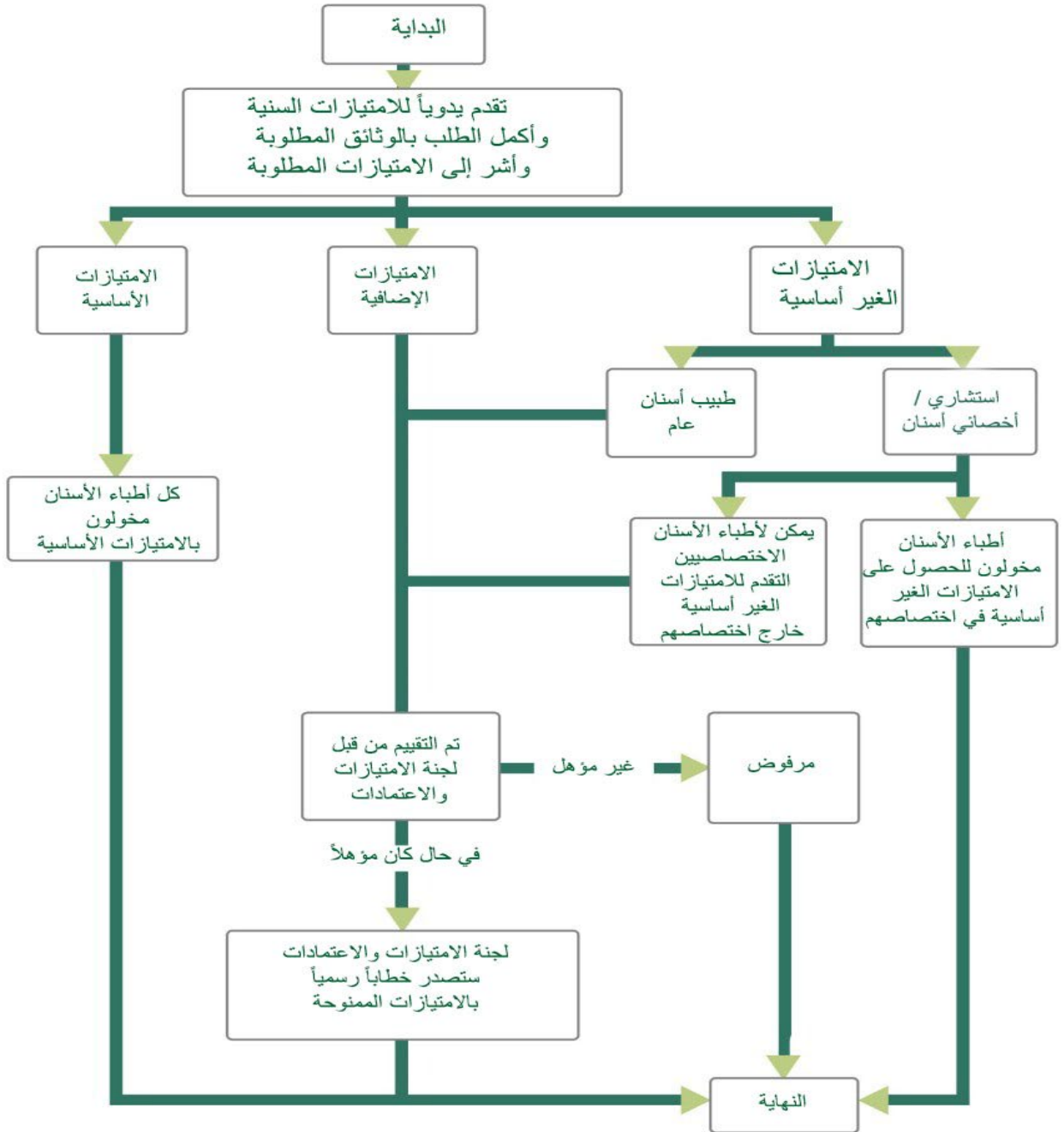
موافقة مدير الإدارة العامة للصحة

الاسم	المنصب	التوقيع	التاريخ	
				تمت الموافقة من قبل:
	رئيس لجنة الامتيازات			

الملحق ب: خريطة مسار الامتيازات السنوية



وزارة الصحة Ministry of Health



استمارة الامتيازات السريرية (القائمة)

اسم المتقدم:

الجنسية:

رقم الهوية / الإقامة:

رقم ترخيص الهيئة السعودية للتخصصات الصحية

الرجاء التأكد من الاختيارات المناسبة أدناه:

☐ إعادة الطلب (الأسباب)

☐ طلب جديد

- طلب امتيازات إضافية

- رفض طلب الامتيازات

- طلب الامتيازات متوقف مؤقتاً لمزيد من التحقق

العمل الحالي:

☐ طبيب عام ☐ نائب ☐ استشاري

مجمع طب الأسنان / المستشفى

نوع الطلب:

☐ امتيازات إضافية

☐ امتيازات خاصة (غير الأساسية)

☐ امتيازات أساسية

الوثائق المطلوبة:

بالنسبة للامتيازات الأساسية والامتيازات الخاصة (غير الأساسية):

☐ استمارة امتيازات طب الأسنان السريرية موقعة ومختومة ومستكملة

☐ نسخة من التعليم المؤهل والتدريب

☐ نسخة من الهيئة السعودية لتسجيل التخصصات الصحية

☐ نسخة من بطاقة الهوية / الإقامة

☐ صورة شخصية حديثة

بالنسبة للامتيازات الإضافية

إضافة إلى الوثائق المذكورة أعلاه، يجب على الطبيب المتقدم بطلب الامتيازات الإضافية تقديم الوثائق التالية:

☐ سيرة ذاتية محدثة

☐ استمارة امتيازات طب الأسنان السريرية موقعة ومختومة ومستكملة (تتضمن طلب الامتيازات الإضافية)

☐ استمارة امتيازات طب الأسنان السريرية موقعة ومختومة ومستكملة

☐ نسخ من شهادات التعليم والتدريب المؤهلة ، وحضور الدورات وورش العمل والندوات ، والخبرات المعتمدة ، والبحوث

المنشورة إن وجدت ، والتي تتعلق بالامتيازات المطلوبة.

وفقاً لما سبق، أتقدم بطلب الامتيازات الخاصة كما هو مشار إليه وفق قائمة الامتيازات المحددة

توقيع المتقدم التاريخ

تمت الموافقة من قبل:

المدير الطبي / مدير طب الأسنان التاريخ

Appendix A: clinical dental privileges form

HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:

ID Number:

Current Position:

Section:

Qualifications:

1 Requested	PRIVILEGES DENTISTRY CORE PRIVILEGES	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
☐	Examination, Diagnosis and treatment plan			
☐	Caries control			
☐	Preventive measures (Fluoride application and Fissure sealant)			
☐	Direct operative restorations			
☐	Simple extractions			
☐	Incision and drainage for fluctuate intra oral swelling			
☐	Management of acute periodontal lesion			

☐	Non-surgical periodontal therapy			
☐	Pulp extirpation			
☐	Endodontic treatment for anterior and premolar "non-complicated "canal teeth			
☐	Pulpotomy			

SPECILA NON-CORE PRIBILEGES (See Qualifications and Specific Criteria*)

To be eligible to apply for the special non-core privileges listed below, the applicant must demonstrate successful Completion of an approved, recognized course when such exists, or acceptable supervised training in residency, fellowship or other acceptable experience, and provide documentation of competence in performing the requested procedure consistent with criteria set forth in dental staff policies governing the exercise of specific privileges.

1 Requested	PRIVILEGES 1.RESTOEATIVE/ESTHETICDENTISTRY	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
☐	Indirect restorations, inlay and only.			
☐	Veneers ceramic.			
☐	Fixed prosthodontics			
☐	Implant restorations			
☐	Vital tooth bleaching			
☐	Non-vital tooth bleaching			
☐	Limited occlusal adjustment			

HOSPITAL/CENTER

DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:

ID Number:

Current Position:

Section:

Qualifications:

1 Requested	PRIVILEGES 2.PEDIATRIC DENTISTRY	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
☐	Operative restoration for pediatric patients			
☐	Extraction of primary and permanent teeth			
☐	Space maintainers			
☐	Pulpotomy/ pulpectomy			
☐	Management of dental trauma			
☐	Stainless steel crown			
☐	Strip crown			
☐	Habit breaking appliances			
☐	Dental treatment under GA			
1	PRIVILEGES	2	3	4

Requested	3.ORTHODONTICS	Granted	Not Granted	GDHAR (DAPC) Approval
☐	Orthodontic evaluation & treatment plan			
☐	Orthodontic up righting appliances			
☐	Preventive /interceptive orthodontic appliances			
☐	Comprehensive orthodontic treatment			
☐	Utilization of fixed orthodontic appliances			
☐	Utilization of removable orthodontic appliances			
☐	Functional appliance.			

HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:

ID Number:

Current Position:

Section:

Qualifications:

1 Requested	PRIVILEGES 4.PROSTHODONICS	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
☐	Complete Dentures			
☐	Immediate Dentures			
☐	Chrome cobalt based removable partial Dentures			
☐	Acrylic removable partial denture			
☐	Denture retained by attachments			
☐	Implant retained /supported dentures			
☐	Fixed prosthodontics			
☐	Fixed prosthodontics with vertical dimension modification			
☐	Implant restorations			

☐	Maxillofacial prosthodontics			
☐	Obturator for Cleft Palate			
1 Requested	PRIVILEGES 5.ENDODONTICS	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
☐	Diagnosis of dental orofacial pain			
☐	Anterior root canal treatment			
☐	Bicuspid root canal treatment			
☐	Molar root canal treatment			
☐	Management of incompletely developed roots			
☐	Removal of post and separated instruments			
☐	Management of perforations			
☐	Root canal retreatment			
☐	Management of traumatized teeth			
☐	Endodontic surgery			

HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:

ID Number:

Current Position:

Section:

Qualifications:

1 Requested	PRIVILEGES 6.PERIODONTICS	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
☐	Deep Scaling & Root Planning			
☐	Distal & Proximal wedge procedures			
☐	Gingivectomy and gingivoplasty			
☐	Mucogingival Surgery			
☐	Periodontal Osseous re-contouring Surgery			
☐	Periodontal Osseous Grafting procedures			
☐	Gingival soft tissue grafting procedures			
☐	Management of erosive or vesicular oral lesions			
☐	Periodontal Splinting			
☐	Occlusal Adjustment			

☐	Gingival Flap Procedure			
☐	Crown lengthening surgery			
☐	Surgical Exposure of impacted or Underrated Tooth to aid eruption			
☐	Periodontal maintenance procedures			
1 Requested	PRIVILEGES 7.IMPLANT DENTISTRY "SURGICAL"***	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
☐	Osteo-integrated dental implant surgery-limited			
☐	Osteo-integrated dental implant surgery-complex			
☐	Bone grafting procedures			
☐	Soft tissue grafting procedures			
☐	Intra-oral autogenous bone harvesting (Chin/ramus)			
☐	Internal sinus lift procedures			
☐	External sinus lift procedures			
☐	Surgical implant removal			
☐	Non-surgical and surgical managements of peri-implantitis			

HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:

ID Number:

Current Position:

Section:

Qualifications:

1 Requested	PRIVILEGES 8.ORAL SURGERY	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
☐	Tooth Extractions			
☐	Surgical extractions			
☐	Surgical removal of impacted teeth			
☐	Ora Antral Fistula Closure			
☐	Alveoplasty /Alveolectomy			
☐	Intra-oral biopsy			
☐	Removal of bony exostosis			
☐	Surgical repair of tongue lacerations			
☐	Surgical Exposure of impacted or Underrated Tooth to aid eruption			
☐	Maxilla closed reduction, teeth immobilized			
☐	Mandible closed reduction			
☐	Alveolus stabilization of teeth, splinting			
☐	Closed reduction of TMJ dislocation			

HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:

ID Number:

Current Position:

Section:

Qualifications:

1 Requested	PRIVILEGES 9.ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY*	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
☐	Surgical extractions			
☐	Surgical removal of impacted teeth			
☐	Oral Antral Fistula Closure			
☐	Alveoplasty/Alveolectomy			
☐	Intra-oral biopsy			
☐	Removal of bony exostosis			
☐	Surgical repair of tongue lacerations			
☐	Surgical Exposure of impacted or unerupted tooth to aid eruption			

☐	Admit patient			
☐	Biopsy			
☐	Sinus lift procedure for dental implant placement			
☐	Bone grafting to mandible, maxilla & zygomatico-maxillary complexes			
☐	Closed reduction maxillary fracture			
☐	Closed reduction of zygomatico-maxillary complex			
☐	Harvesting & placement of mucosal grafts			
☐	Harvesting bone for grafting-rib			
☐	Harvesting bone grafting calvarium and iliac crest			
☐	Harvesting skin grafts for intra oral placement			
☐	ORIF and closed nasal fractures in conjunction with other multiple fractures			
☐	ORIF and closed reduction mandibular fractures			
☐	ORIF mandibular fractures			
☐	ORIF maxillary fractures			
☐	ORIF orbital fractures			
☐	ORIF zygomatico-maxillary complexes			
☐	Placement of external pin fixation devices for jaws & head frames			
☐	Reconstruction of craniofacial area			
☐	Removal of benign tumors, non-odontogenic			

HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:

ID Number:

Current Position:

Section:

Qualifications:

☐	Removal of benign tumors, odontogenic			
☐	Removal of benign bodies			
☐	Removal of para-oral cyst			
☐	Removal of torus palatines			
☐	Repair of intra-oral lacerations			
☐	Repair of oral-antral & oral-nasal fistulae			
☐	Surgery of temporomandibular joint			
☐	Surgical correction of cleft lip & palate			
☐	Surgical correction of maxillary & mandibular micrognathism			
☐	Surgical correction of maxillary & mandibular prognathism			
☐	Surgical correction of other dento-facial deformities			
☐	Surgical treatment of benign jaw pathology			

1 Requested	PRIVILEGES 10.UNSPECIFIED**	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
☐	Laser treatment for oral conditions			
☐	Nitrous oxide analgesia			
☐	Oral conscious sedation			
☐	IM conscious sedation			
☐	Rectal conscious sedation			
☐	IV conscious sedation			

HOSPITAL / CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FORM

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:

ID Number:

Current Position:

Section:

Qualifications:

Qualification and Specific Criteria

Oral and Maxillofacial Surgery *

- ☐ **Requested**
- Minimum formal training for oral and maxillofacial surgery : OMFS must demonstrate Successful completion of a residency-training program in oral and maxillofacial surgery not less than four years SCHS accredited program.
 - Required previous experience for initial appointment : the OMFS who is a recent graduate (i.e., within two years) of an oral and maxillofacial surgery residency must be able to demonstrate that he or she has successfully performed major oral and maxillofacial surgery On a minimum of 75 patients- no more than five of whom required dent alveolar surgery during the OMS residency.
 - The OMFS who has completed oral and maxillofacial surgery training in excess of two years before application for initial privileges must be able to document successful performance of at least two cases in the past 12 months in each of the major surgery categories for which privileges are requested.

- References: A letter of reference must come from the director of the applicant's oral and maxillofacial surgery training program. Alternatively, letters of reference regarding competence should come from the chief of oral and maxillofacial surgery or the credentialed supervising OMFS at the institution where the applicant most recently practiced.

Administration of moderate sedation **

☐ Requested

The applicant must provide, either:

- Documentation of successful completion of an approved , recognized course in moderate sedation that include training in 1) the safe administration of sedative And analgesic drugs used to establish a level of moderate sedation ,2) use of reversal agents for opioids and benzodiazepines , 3) monitoring of patients' physiologic parameters during sedation , and 4) recognition of abnormalities in monitored variables that require intervention by the non-anesthesiologist sedation practitioner or anesthesiologist . or
- Documentation of competence in performing moderate sedation from directors of residency or fellowship training programs which include moderate sedation as part of the curriculum.
- **Dental implant surgery *****

☐ Requested

Documentation of successful completion of an SCHS approved residency with a minimal of two years training in a specialty or subspecialty, which included training in surgical implant placement such Periodontics, Oral surgery or maxillofacial programs.

DATE:

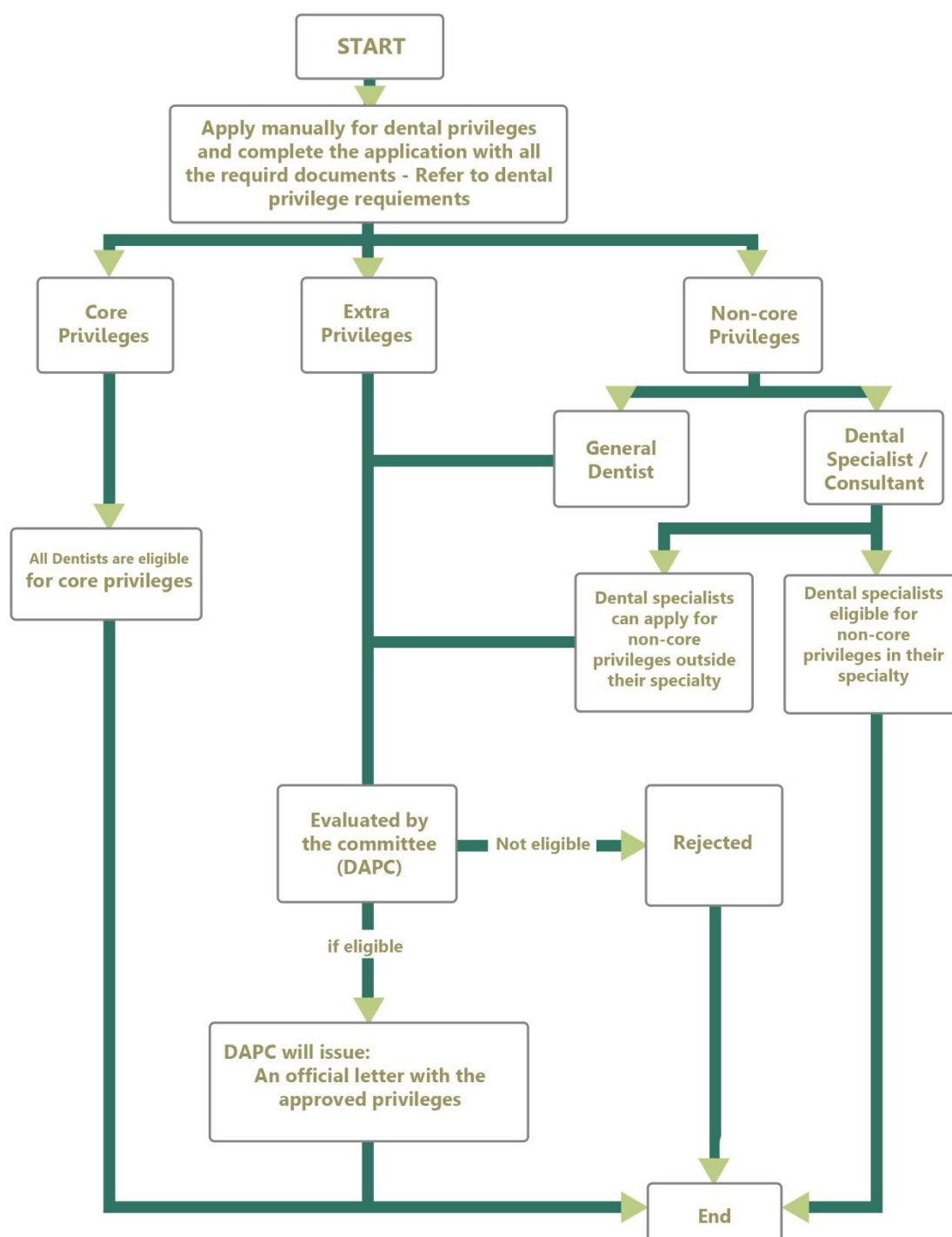
APPLICANT NAME:

SIGNATURE:

HOSPITAL APPROVALS:

	Name	Title	Signature	date
Requested By:				
Approved By :		Head of Section		
		Head of Department		
		Medical director		
		Chairman of Hospital committee, credentialing privileging		

Appendix B: Dental privileges Process Map



Clinical Privileges Request (Checklist)

Applicant's Name: Nationality:

ID/Iqama No.: SCFHS No.:

Please check the appropriate option below:

☐ New Application

☐ Reapplication (reasons):

- Extra privileges request
- Privileges request rejected
- Privileges request paused for further verification

Current Job:

☐ G.P. ☐ Specialist ☐ Consultant

Dental Center/ Hospital:

Type of request:

☐ Core privileges ☐ Special (non-core) privileges ☐ Extra privileges

Required documents:

For core privileges and special (non-core) privileges:

- ☐ signed, stamped and completed clinical dental privileges form
- ☐ copy of qualifying education and training
- ☐ copy of the Saudi commission for health specialties registration
- ☐ Copy of Identification Card, Iqama as appropriate
- ☐ current personal photo

For Extra privileges:

In addition to the above documents, the practitioner who apply for extra privileges should submit the following:

☐ An updated CV

☐ Signed, stamped and completed clinical dental privileges form (including the requested extra privileges)

☐ Copies of qualifying education & training certificates, courses/workshops/seminars attended, experience credentials, and published research If any which are related to the requested privileges.

I hereby request the specific privileges as indicated on this delineation of privileges listing.

Signature of Applicant _____ **Date** _____

APPROVED:

Medical/Dental Director _____ **Date** _____