



وزارة الصحة  
Ministry of Health

## اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية



اللائحة:

١-١ على الهيئة تحديث المهن الصحية، وإصدار قائمة الممارسين الصحيين كلما دعت الحاجة، ورفع توصياتها لوزير الصحة للموافقة تمهيداً للتنسيق مع وزير الخدمة المدنية للاتفاق عليها، مع مراعاة اختصاص الهيئة بإقرار التخصصات الصحية التي تعد فروعاً لأي مهنة صحية.

اللائحة:

١-٢ يمنح الترخيص للممارس الصحي من قبل الوزارة، ويمنح الترخيص لممارس الطب البديل من قبل المركز الوطني للطب البديل والتكميلي.

٢-٢ يجوز منح ترخيص محدد المدة واستكمال الاشتراطات اللازمة لدى الهيئة وذلك للفئات التالية شريطة الموافقة على مؤهلاتهم:

أ- الممارسين الصحيين الزائرين أو من في حكمهم.

ب- الممارسين الذين يتم التعاقد معهم، خلال فترة إجراءات التصنيف.

٣-٢ لا يجوز ممارسة الطب البديل إلا بموجب ترخيص من المركز الوطني للطب البديل والتكميلي، ووفق الضوابط والشروط المحددة لذلك، وفي هذه الحالة يخضع الممارس للطب البديل إلى المسؤوليات المهنية الواردة في هذا النظام، ويتم إحالة غير المرخص لهم إلى جهة الاختصاص.

٤-٢ يجب أن يكون التدريب الإجمالي المقرر لممارس المهنة قد تم تحت إشراف مباشر من ممارس للمهنة مرخص له في نفس المجال المهني.

٥-٢ تقوم الهيئة بإبلاغ الجهة الصحية المختصة في حالة عدم صحة الشهادات والمستندات التي تم التعاقد بموجبها، على أن يدرج في قائمة عدم التعاقد وعدم الترخيص، وعلى الجهة الصحية المختصة استبعاده وإنهاء إجراءات الترحيل لغير السعوديين، وفي حال المطالبة بالحق الخاص فإنه تتم إحالته إلى الجهة المختصة.

٦-٢ متطلبات حصول الاستشاريين من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات على الترخيص بمزاولة المهنة في القطاع الصحي الخاص من الوزارة هي التسجيل والتصنيف من الهيئة وموافقة وزير التعليم بالعمل في المؤسسة الصحية الخاصة.



٧-٢ لا يتم تعيين الممارسين الصحيين الذين تتعاقد معهم شركات التشغيل الطبي للعمل بالمرافق الصحية الحكومية إلا بعد تصنيفهم وتسجيلهم من قبل الهيئة، ويعد تعيينهم بمثابة الترخيص لهم بمزاولة المهنة.

٨-٢ يجب تسجيل الممارسين الصحيين المعنيين بالجهات الحكومية أو المعنيين في شركات التشغيل للعمل في المرافق الصحية الحكومية في القيد الإلكتروني للممارسين الحكوميين المعتمد لدى الوزارة.

٩-٢ تحدد شروط الخبرة بالنسبة للممارسين الصحيين العاملين في الجهات الحكومية وفق ضوابط وقواعد تتناسب مع لائحة الوظائف الصحية ونظام الخدمة المدنية.

١٠-٢ تراعى النصوص النظامية ذات العلاقة بممارسة المهنة الواردة في نظام المؤسسات الصحية الخاصة ونظام المنشآت والمستحضرات الصيدلانية ونظام وحدات الاخصاب والأجنة وعلاج العقم ولوائحهم التنفيذية والتعليمات الصادرة من الوزارة بشأن الوقاية من الاشعاعات المؤينة عند الترخيص للممارسين الصحيين بالعمل بأي من هذه المؤسسات أو المنشآت، وتحدد شروط والمعايير المؤهل والخبرة وفقاً لما تصدره الهيئة من لوائح وادلة.

١١-٢ لا يمنح أو يجدد الترخيص بممارسة المهنة الصحية لمن سبق الحكم عليه في جريمة مخلة بالشرف أو الأمانة إلا بعد صدور قرار من السلطة المختصة برد اعتباره.

#### اللائحة:

١-٣ يعتبر الترخيص للممارسين الصحيين للعاملين بالجهات الحكومية سارياً طالما كان الممارس الصحي على رأس العمل الطبي على أن يلتزم بتجديد التسجيل المهني من الهيئة عند انتهاء مدته والتسجيل في القيد الإلكتروني للممارسين الحكوميين المعتمد لدى الوزارة.

٢-٣ يتم الترخيص للممارسين الصحيين العاملين في القطاع الصحي الخاص لمدة سنتين ويتم تجديد الترخيص لمدد مماثلة.

٣-٣ يعتبر الترخيص لاغياً في الحالات التالية:

١- إذا ألغي ترخيص المؤسسة الصحية الخاصة التي يعمل بها أو انتهى عقد التشغيل للشركة التي استقدمته ما لم ينتقل لمؤسسة صحية مرخص لها، أو انتهت مدة زيارة الطبيب المرخص له بالعمل خلالها.

٢- إذا غير الممارس الصحي تخصصه دون موافقة الوزارة.



- ٣- إذا صدر قرار من الجهة المختصة بإيقاف الترخيص أو إلغائه.
- ٣-٤ يجب على الممارس الصحي التقدم بطلب تجديد الترخيص الممنوح له قبل انتهاء مدته بشهر واحد على الأقل.
- ٣-٥ يخضع الممارس الصحي للمسؤوليات التأديبية الواردة في هذا النظام في حال استمراره بالعمل بعد انتهاء الترخيص الممنوح له.
- ٣-٦ يتم استخدام الممارسين الصحيين الزائرين وفق القواعد التالية:
- ١- يجب أن يكون لدى الممارس الصحي الزائر ترخيص بمزاولة المهنة ساري المفعول في البلد المستقدم منه.
  - ٢- يقتصر استخدام الممارس الصحي الزائر على المستشفيات والمجمعات الطبية المهيأة لتخصه وإمكانيات الممارس الصحي الزائر.
  - ٣- أن يكون الممارس الصحي الزائر من ذوي التخصصات النادرة أو التقنيات الجديدة المطلوبة في المملكة.
  - ٤- ألا يكون ممن حكم عليه بحد شرعي أو حكم جنائي أو بسبب خطأ طبي أو أبعد من المملكة لسبب له علاقة بالمهنة الصحية.
  - ٥- أن يراعى في تحديد مدة الزيارة الوقت الكافي لتقييم الإجراءات الطبية التي تتم خلال الزيارة.
  - ٦- تضمن المؤسسة الصحية سداد التعويضات التي يصدر بها حكم نهائي في حالة الخطأ الطبي الصادر عن الممارس الصحي الزائر إذا لم تتوفر تغطية تأمينية أو لم تكف.
  - ٧- تقوم المؤسسة الصحية الخاصة بتكليف أحد أطباءها الاستشاريين أو الأخصائيين بمرافقة الطبيب أو الممارس الصحي الزائر على أن يكون من نفس تخصصه أو المدير الطبي بالمستشفى في حال عدم وجود أطباء أو ممارسين من نفس التخصص، وأن يكون مسؤولاً عن المهام التالية:
    - أ- استقبال وتجهيز المرضى.
    - ب- مشاركة الممارس الصحي الزائر في التشخيص وخطة العلاج والإجراء الجراحي.
    - ج- أن يقوم بمتابعة الحالات المرضية بعد مغادرة الممارس الصحي الزائر واتخاذ الإجراءات اللازمة لمواجهة المضاعفات التي قد تنتج عن أسلوب العلاج أو العملية الجراحية.
  - ٨- يقدم طلب الممارس الصحي الزائر إلى مديرية الشؤون الصحية التي تتبع لها المؤسسة الصحية مرفقاً به ما يلي:
    - أ- صورة من الشهادات والسير الذاتية للممارس الصحي الزائر.
    - ب- برنامج الزيارة متضمناً المحاضرات وورش العمل التي سيقدمها الممارس الصحي الزائر.



- ج-التزام الممارس الصحي الزائر بالعمل وفقاً للأنظمة السارية بالمملكة واحترام المبادئ الإسلامية.
- د-تعهد من قبل المؤسسة الصحية بتقديم جميع ما يلزم من إفادات وإجراءات طبية متخذة من قبل الممارس الصحي الزائر أمام لجان التحقيق والجهات القضائية المختصة فيما يتعلق بالخطأ الطبي الناتج عن التشخيص أو العلاج أو الجراحة.
- ٩- ترسل صورة من الشهادات والسيرة الذاتية للممارس الصحي الزائر للهيئة لتقييمها.
- ١٠- بعد صدور موافقة الهيئة على استقدام الممارس الصحي الزائر يتم ما يلي:
- أ-تمنح الموافقة على استقدام الممارس الصحي الزائر من الوزارة أو مديرية الشؤون الصحية المختصة.
- أ-يصدر الترخيص المؤقت بإسم الممارس الصحي الزائر للعمل بالمؤسسة الصحية الخاصة بعد وصوله وبعد استكمال كافة الإجراءات المنصوص عليها في هذه اللائحة وينتهي الترخيص بانتهاء مدة الزيارة.

اللائحة:

- ٤-١ يجوز قصر الترخيص بمزاولة المهنة على السعوديين الممارسين لأي من المهن الصحية المذكورة بالمادة الأولى من هذا النظام إذا توفر العدد الكافي منهم في المملكة أو في إحدى المناطق أو لأسباب يوافق عليها الوزير.



الفصل الثاني  
واجبات الممارس الصحي  
الفرع الأول  
الواجبات العامة للممارس الصحي

اللائحة:

١-٥ على الممارس الصحي احترام حقوق المرضى وذويهم وفقاً للمبادئ الشرعية والمعايير الطبية المعتمدة وجميع ما يرد من تعليمات من الوزارة والجهات المختصة حيال ذلك.  
٢-٥ يسري دليل أخلاقيات مزاوله المهنة الصحية والأدلة الأخرى التي تعتمدها الهيئة على ممارسي المهن الصحية.

٣-٥ يحظر على الممارس الصحي تصوير أو نشر العمليات الجراحية أو الإجراءات العلاجية ما لم تتوافر الضوابط التالية:

- أ- موافقة خطية من المريض.
- ب- موافقة المؤسسة الصحية.
- ج- أن لا يخالف الآداب العامة وأخلاقيات المهنة.

اللائحة:

١-٧ يتم تنمية المعلومات عن طريق حضور المؤتمرات والندوات العلمية والتدريبية والمحاضرات والمشاركة في البحوث وتوفير مصادر المعلومات للممارسين الصحيين، ويؤخذ ذلك في الاعتبار عند النظر في الترقيات أو إعادة التسجيل أو تجديد الترخيص بمزاوله المهنة.

٢-٧ تضع الهيئة للممارس الصحي وإدارات المنشآت الصحية ضوابط تنمية المعلومات على أن تشمل ساعات التعليم الصحي المستمر والساعات المعترف بها للتدريب ونوع الدورات المطلوبة على أن يكون ذلك في مجال التخصص المني للممارس الصحي وتنشر هذه الضوابط بالطريقة الإعلامية المناسبة، ويتعين على المؤسسة الصحية تمكين الممارس الصحي من استكمال ساعات التعليم المستمر المقررة بما لا يتعارض مع التزام الممارس الصحي تجاه المرضى.



اللائحة:

١-٨ يتعين على الممارس الصحي تقديم الرعاية الطبية العاجلة للمريض الذي يحتاج إلى هذه الرعاية وفق إمكانياته المتاحة دون طلب أتعابه مقدماً، وإذا كانت حالة المريض تستدعي مزيداً من العناية الطبية التي لا يستطيع الممارس الصحي تقديمها عليه التواصل مع الجهات المعنية لإيجاد وسيلة لنقله إلى أقرب مؤسسة صحية ملائمة لعلاج.

٢-٨ على الممارس الصحي الذي يعمل بنظام المناوبات الاستمرار في تقديم الرعاية اللازمة للمرضى والمراجعين حتى يتم تسليم المناوبة.

اللائحة:

١-٩ يجب على الممارس الصحي ألا يقوم بأجراء أي عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض حتى ولو لم يترتب عليه ضرر مثل وصف أدوية أو فحوصات لا لزوم لها أو تنويم المريض إذا كانت حالته لا تستدعي ذلك.  
٢-٩ يلتزم الممارس الصحي بالعمل وفقاً لجدول الصلاحيات والامتيازات الإكلينيكية المعتمدة من المؤسسة الصحية بحسب القواعد الاسترشادية من الهيئة، وعلى جهة العمل إبراز الصلاحيات كتابياً والتقيدها.

اللائحة:

١-١٠ دون الإخلال بما نصت عليه المادة رقم (٣١) من نظام المؤسسات الصحية الخاصة ولائحته التنفيذية على الممارس الصحي الامتناع عن أساليب الدعاية والإعلان بمختلف الوسائل، كالإعلان عن نفسه، أو القيام بإعلانات ذات طابع تجاري غير مبنية على أسس علمية أو تتعارض مع أخلاقيات المهنة.

اللائحة:

١-١١ على الممارس الصحي فور معاينته لمريض مشتبه في إصابته جنائياً أو بحادثة كيميائية أو بيولوجية أن يعد تقريراً مفصلاً يشمل المدة المتوقعة للشفاء ووصف الإصابة بدقة يتم توقيعها من طبيبين ومعتمدة من المؤسسة الصحية.



٢-١١ على الجهة المختصة في الوزارة تحديد الأمراض المعدية التي يجب التبليغ عنها، والجهة التي يتم تبليغها ووضع القواعد والإجراءات الوقائية والعلاجية المناسبة لها، ويصدر بذلك قرار من الوزير، وأن يتم تحديث ذلك بشكل دوري على أن يكون متاحاً لجميع الممارسين الصحيين.

٣-١١ على الممارس الصحي الالتزام بمعايير مكافحة العدوى المعتمدة من قبل الوزارة وبما يصدر من قرارات وتعليمات تنظم التبليغ عن الأمراض المعدية، وأن يتم التبليغ للجهات المختصة مباشرة أو من خلال المؤسسة التي يتبع لها الممارس الصحي.

٤-١١ عند استقبال حالات العنف الأسري يتم مراعاة آلية التعامل مع حالات إساءة معاملة الأطفال والعنف الأسري المعتمدة بقرار مجلس الخدمات الصحية رقم (٣٢) الصادر بتاريخ ١٤٢٨/١١/٢٢ هـ.

اللائحة:

١-١٢ لا يجوز للممارس الصحي ممارسة أكثر من مهنة صحية واحدة حتى لو كان حاصلها على مؤهلاتها.

٢-١٢ يحظر على الممارس الصحي الحصول على أي منفعة مادية أو معنوية من شركات الأدوية أو التجهيزات الطبية بقصد الترويج أو التسويق، ودفع المريض تجاه منتج محدد أو خدمة محددة لغير مصلحة المريض.

اللائحة:

١/١٣ لا يشمل المنع الإجراءات الوقائية التالية:

١. التطعيمات التي تعتمدها الوزارة

٢. قياس المؤشرات الحيوية مثل قياس الضغط والحرارة

٣. تحليل مستوى السكر وما شابهها من القياسات المعتمدة من الوزارة

٢/١٣ تعد الأماكن التالية مخصصة لإجراء الفحوص أو العلاج:

١. منازل المرضى التي تقدم فيها خدمات الرعاية الصحية المنزلية المعتمدة من الوزارة

٢. المدارس التي تقدم فيها خدمات الصحة المدرسية المعتمدة من الوزارة.

٣. الأماكن العامة التي تنفذ فيها الحملات المجتمعية أو ما في حكمها المعتمدة من الوزارة.



اللائحة:

١-١٤ يحظر على الممارس الصحي إصدار تقارير غير صحيحة أو مبالغ فيها بغرض حصول المريض على إجازة مرضية أو شهادة صحية أو أي ميزة أخرى.

٢-١٤ للطبيب والصيدلي فقط الاحتفاظ بالعينات الدوائية التي لم ينته تاريخ صلاحيتها وغير المستخدمة للبيع أو الأدوية الإسعافية على أن يتم حفظها وتخزينها بشكل سليم في مقر عمله لصرفها بدون مقابل في حالات الضرورة.

٣-١٤ يحظر على الممارس الصحي استخدام أجهزة كشف أو علاج غير مرخصة.

## الفرع الثاني

### واجبات الممارس الصحي نحو المرضى

اللائحة:

١-١٥ يتم الالتزام في هذا الخصوص بالتعليمات المنظمة لإصدار التقارير الطبية المتعلقة بالإجازات المرضية واللياقة الصحية والتقارير الخاصة بالإصابات الجناحية وشهادات الميلاد والوفاة وغيرها من التقارير الرسمية.

٢-١٥ على الممارس الصحي الذي يعلم بعدم توفر الوسائل أو التخصصات المطلوبة لتشخيص وعلاج الحالة بذل العناية اللازمة لتحويل المريض للجهات التي تتوفر فيها الإمكانيات اللازمة.

اللائحة:

١-١٦ لا يعد من الأسباب المقبولة الاعتذار المبني على اختلاف الدين أو اللون أو الجنس أو العرق.

٢-١٦ يجب على الممارس الصحي قبل الاعتذار عن متابعة العلاج أن يتأكد من عدم حصول ضرر للمريض وإبلاغ من يلزم لضمان استمرار الخطة العلاجية.



اللائحة:

١-١٧ يجب على الممارس الصحي أن يقدم نفسه للمريض ويعرف بإسمه وتخصصه ودوره الذي يقوم به والخطة العلاجية عند مباشرة الحالة.  
٢-١٧ في حال استدعت الحالة لتشخيص أو علاج المريض إلى تخصصات أو وسائل تشخيصية أخرى على الممارس الصحي توضيحها والأسباب الداعية إليها.

اللائحة:

١-١٨ على الممارس الصحي بيان المضاعفات الجانبية المحتملة جراء القيام بالإجراء التشخيصي أو العلاجي أو العملية الجراحية للمريض أو ذويه أو من يختاره المريض.

اللائحة:

١-١٩ تؤخذ موافقة المريض البالغ العاقل سواءً كان رجلاً أو امرأة أو من يمثله إذا كان لا يعتد بإرادته قبل القيام بالعمل الطبي أو الجراحي وذلك تماشياً مع مضمون خطاب المقام السامي رقم ٤/٢٨٤٢٨/م وتاريخ ٢٩/٧/١٤٠٤ هـ المبني على قرار هيئة كبار العلماء رقم ١١٩ وتاريخ ٢٦/٥/١٤٠٤ هـ

اللائحة:

١-٢٠ قبل إثبات الوفاة يتعين على الطبيب إجراء كشف طبي دقيق للتأكد من توقف الوظائف الحيوية للجسم وذلك بواسطة الكشف السريري والوسائل الفنية الأخرى، ولا يجوز كتابة تقرير بالوفاة إلا بعد التأكد بالوسائل الفنية من حدوثه مع إثبات وقت الوفاة.

٢-٢٠ عند الاشتباه بوجود حالة أو حادث جنائي أو آثار سمية يقوم الطبيب بما يلي:

(أ) إبلاغ الجهة المسؤولة في المؤسسة الصحية التابع لها التي تتولى بدورها إبلاغ الجهات الأمنية المختصة بصورة رسمية.

(ب) إثبات الإصابات بتقرير طبي يسلم للجهات الأمنية المختصة.



ج) يقوم الطبيب الشرعي عند استدعائه بإجراء الكشف الظاهري لدى معاينة الجثة وإذا ارتأى ضرورة إجراء التشريح لإثبات سبب الوفاة يقوم بطلب ذلك من الجهات الأمنية لاستصدار الأمر اللازم للتشريح مع التحفظ على كافة الأدلة المتعلقة بالمتوفي كالملابس والمقذوفات وخلافها.

اللائحة:

٢١-١ يعد الملف الطبي والمعلومات المدونة فيه من الملفات السرية التي لا يجوز الإطلاع عليها إلا من قبل الكادر الطبي المعالج أو المريض أو بناء على طلب من جهة أمنية أو قضائية أو لأغراض علمية بعد اخذ الموافقة من الجهة ذات العلاقة.

اللائحة:

٢٢-١ تضمن قرار هيئة كبار العلماء رقم ١٤٠ وتاريخ ١٤٠٧/٦/٢٠ هـ الضوابط التالية:

- ١- لا يجوز إسقاط الحمل في مختلف مراحلها إلا لمبرر شرعي وفي حدود ضيقة جداً.
- ٢- إذا كان الحمل في الطور الأول وهي مدة الأربعين يوماً وكان في إسقاطه مصلحة شرعية أو دفع ضرر متوقع جاز إسقاطه أما إسقاطه في هذه المدة خشية المشقة في تربية الأولاد أو خوفاً من العجز عن تكاليف معيشتهم أو تعليمهم أو من أجل مستقبلهم أو اكتفاء بما لدى الزوجين من أولاد فغير جائز.
- ٣- لا يجوز إسقاط الحمل إذا كان علقه أو مضغته حتى تقرر لجنة طبية موثوقة أن استمراره خطر على سلامة أمه بأن يخشى عليها من الهلاك من استمراره جاز إسقاطه بعد استنفاذ كافة الوسائل لتلافي تلك الأخطار.

٤- بعد الطور الثالث وبعد إكمال أربعة أشهر للحمل لا يحل إسقاطه حتى يقرر جمع من المختصين الموثوقين أن بقاء الجنين في بطن أمه يسبب موتها وذلك بعد استنفاذ كافة الوسائل لإنقاذ حياتها، وإنما رخص الإقدام على إسقاطه بهذه الشروط دفعاً لأعظم الضررين وجنياً لعظمي المصلحتين.

٢٢-٢ يشكل مدير المستشفى الذي يوجد به قسم الولادة أو من ينوبه لجنة لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة أطباء استشاريين أو أخصائيين يكون بينهم استشاري أو أخصائي بالمرض الذي من أجله أوصى بإنهاء الحمل، يقومون بإعداد تقرير يوضح فيه نوع الخطورة المذكورة المؤكدة التي تهدد صحة الأم فيما لو استمر الحمل ويوقع من جميع أعضاء اللجنة ثم يعتمد من مدير المستشفى أو من ينوبه، وفي حالة التوصية بالإجهاض يوضح ذلك للمريضة وزوجها أو ولي أمرها ثم تؤخذ موافقتهم الخطية على ذلك.

٢٢-٣ لا يجوز صرف أدوية مسقطة للأجنة أو تسهيل صرفها، كما لا يجوز لأي ممارس صحي آخر القيام به لغرض إجراء إجهاض غير مسموح به شرعاً.



اللائحة:

٢٣-١ على الصيدلي المعين لإدارة أي منشأة صيدلانية أن يلتزم بالواجبات المهنية والمسئولية المحددة على تلك المؤسسة بموجب نظام المنشآت الصيدلانية والمستحضرات الدوائية الصيدلانية ولائحته التنفيذية.

٢٣-٢ أ- يجب أن تكون الوصفة الطبية مستوفية للشروط التي تحددها الوزارة والمتعارف عليها مهنيًا.

ب- يجب أن يتم التقيد في وصفات الأدوية المخدرة والمؤثرات العقلية بإجراءات وضوابط الصرف المتبعة في الوزارة ووفقاً لما جاء في نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية ولائحته التنفيذية.

ج- يستثنى من صرف الأدوية بموجب وصفة طبية الأدوية اللاوصفية التي يحددها الدليل السعودي للأدوية اللاوصفية.

٢٣-٣ يجب على الصيدلي صرف مواد الوصفة الطبية كماً ونوعاً سواء كانت جاهزة أو مركبة بدقة ولا يجوز مخالفتها دون موافقة محرر الوصفة، ويجوز للصيدلي صرف البدائل المماثلة من الأدوية كماً ونوعاً المسجلة في هيئة الغذاء والدواء دون الرجوع إلى الطبيب بشرط أخذ موافقة المريض ويستثنى من ذلك الأدوية ذات المجال العلاجي الضيق .

٢٣-٤ يجوز للصيدلي تكرار الوصفة الطبية لأدوية الأمراض المزمنة إذا كانت الوصفة تنص على ذلك فيما عدا الأدوية الواردة في الجدول المرفق بنظام المخدرات والمؤثرات العقلية، والأدوية النفسية المحددة في دليل الأدوية السعودي وما يتبعه من ملاحق صادرة من هيئة الغذاء والدواء.

٢٣-٥ يحظر على فني الصيدلة وطلاب الصيدلة الذين يعملون تحت التدريب صرف أو بيع المستحضرات الصيدلانية دون إشراف الصيدلي، ولا يعفيهم ذلك من المسؤولية.

٢٣-٦ يجوز للصيدلي أن يعتذر عن صرف أو بيع الدواء في الحالات الآتية:

أ- إذا ظهر له خطأ في الوصفة الطبية، وعليه أن يستوضح عن الخطأ من الطبيب الذي حرر الوصفة.



ب- إذا تبين له عدم صلاحية الدواء للاستعمال، وعليه توضيح ذلك للطبيب الذي حرر الوصفة.

### الفرع الثالث

#### واجبات الزمالة

١-٢٥ على الممارس الصحي الذي يحل محل زميل له في علاج مرضاه أن يطلع على ملف المريض والإجراءات التي بدأها زميله السابق أو أوصى بها وأن يستكمل الإجراءات التي تتطلبها حالة المريض، ويدون ذلك في ملفه.



## الفصل الرابع التحقيق والمحاكمة

اللائحة:

١-٣٣ مدة العضوية في الهيئة الصحية الشرعية ثلاث سنوات قابلة للتجديد.  
٢-٣٣ تستعين الهيئة الصحية الشرعية إذا رأت الحاجة لذلك أو بناء على طلب من أحد الخصوم بخبير أو أكثر لإبداء الرأي في مسألة فنية متعلقة بالقضية المعروضة عليها وتحدد في قرارها مهمة الخبير وأجلاً لتسليم تقريره على ألا يزيد عن ثلاثين يوماً ويقدم الخبير رأيه في تقرير مكتوب وتستمع إليه وتناقشه فيه في جلسة أو أكثر، كما يحدد الحكم الصادر من الهيئة الصحية الشرعية الخصم المكلف بدفع تكاليف الخبير.

٣-٣٣ ينطبق على الاستعانة بالخبراء ما جاء في نظام المرافعات الشرعية ولائحته التنفيذية فيما لم يرد بشأنه نص خاص في هذه اللائحة.

٤-٣٣ يراعى في اختيار أمين السر أن يكون ذا خبرة وكفاءة تمكنه من استيعاب ما يعرض من قضايا.

٥-٣٣ تقوم أمانة الهيئة الصحية الشرعية بتدقيق المعاملات الواردة لها والتأكد من اكتمال الملفات الطبية وتجهيز القضية لعرضها على الهيئة الصحية الشرعية وكتابة محاضر الجلسات وطلب رأي الخبرة من مقومي الحكومات وكتابة القرارات وإثبات حضور أطراف الدعوى وغيابهم وطلباتهم في محاضر الجلسات.

اللائحة:

١-٣٥ يتم العمل وفق دليل إجراءات الهيئات الصحية الشرعية (مرفق رقم ١).  
٢-٣٥ يقوم المشرف العام على الأمانة العامة للهيئات الصحية الشرعية بتحديث دليل إجراءات الهيئات الصحية الشرعية بشكل دوري.

٣-٣٥ ينطبق على النظر في الدعاوى المنظورة أمام الهيئة الصحية الشرعية ما جاء في نظام المرافعات الشرعية ولائحته التنفيذية فيما لم يرد بشأنه نص خاص في هذه اللائحة.



اللائحة:

١-٣٦ يصرف للمدعي العام عن الجلسات التي يحضرها بما يعادل المكافأة التي تصرف لعضو الهيئة الصحية الشرعية عن كل جلسة.

٢-٣٦ يقدم المدعي العام لائحة دعواه في الحق العام للهيئة الصحية الشرعية مكتوبة ومصحوبة بالأسانيد والدفوع.

٣-٣٦ يجوز النظر في الحق العام دون حضور المدعي العام وللقاضي طلب حضوره.

٤-٣٦ في حال صلح أطراف القضية فللهيئة الصحية الشرعية حفظ الحق العام في غير الحالات الواردة في الفقرة الثانية من المادة الرابعة والثلاثون من اللائحة.

اللائحة:

١-٣٧ يتحقق العلم بالخطأ المهني الصحي من تاريخ رفع التقرير المعد من الإدارة المختصة وفقاً لما ورد في المادة الأربعون ولائحتها التنفيذية.

ديوان المظالم خلال ستين يوماً من تاريخ إبلاغها، وتحدد اللائحة التنفيذية إجراءات عمل هذه اللجان.

اللائحة:

١-٣٨ عند إحالة المخالفة إلى لجنة النظر في مخالفات نظام مزاوله المهن الصحية تسلم الإدارة المختصة كافة الأوراق الرسمية وكامل مشفوعاته من وثائق ومستندات وملفات طبية إلى أمانة اللجنة ، وعلى الأمانة التأكد من توفر متطلبات نظر الدعوى وعناوين جميع أطرافها وإثباتها في سجل خاص بذلك وتحديد جلسة لنظرها وإبلاغ الخصوم وجميع ذوي العلاقة بالحضور أمام لجنة النظر في مخالفات نظام مزاوله المهن الصحية قبل انعقاد الجلسة بوقت كاف، وتعد جهة عمل الممارس الصحي العنوان المعتمد للإبلاغ وعلى الجهة تسليم الإبلاغ للممارس الصحي بشكل رسمي ومثبت.

٢-٣٨ تعد أمانة لجنة النظر في مخالفات نظام مزاوله المهن الصحية ملفاً مستقلاً لكل قضية.

٣-٣٨ إذا كان المدعى عليه مقيماً خارج المملكة من الدول الأعضاء في اتفاقية الرياض العربية للتعاون القضائي فيتم إبلاغه وفقاً للإجراءات المنصوص عليها في المادة السادسة من الاتفاقية، وإذا كان المدعى عليه من غير هذه الدول فيتم إبلاغه عن طريق وزارة الخارجية.

٤-٣٨ تعقد هذه اللجان جلساتها في المقر المخصص لها وتصدر قراراتها بالأغلبية وفي حال التساوي يرجح رأي رئيس اللجنة.



٣٨-٥ للجنة النظر في مخالفات نظام مزاوله المهن الصحية الاستعانة بالوسائل الالكترونية المعتمدة في كافة إجراءاتها ويشمل ذلك تبليغ الأطراف بالحضور لجلسات اللجنة وأخذ الإفادة والطلبات والإبلاغ بالقرارات.

اللائحة:

٣٩-١ يقترح مدير الشؤون الصحية المختص أو الرؤساء التنفيذيين للتجمعات الصحية أو المدراء التنفيذيين بالمدن الطبية والمستشفيات التخصصية أو الوكيل المساعد للالتزام أو من في حكمهم الإيقاف المؤقت عن مزاوله المهنة الصحية في حق الممارس الصحي إذا انتهت الإجراءات على وجود أدلة وقرائن دالة على ارتكابه مخالفة عقوبتها في حالة ثبوتها إلغاء الترخيص.

اللائحة:

٤٠-١ الإجراءات التي تسبق الإحالة للهيئة الصحية الشرعية أو لجنة النظر في مخالفات نظام مزاوله المهن الصحية:

أ- يجوز لكل من أصابه ضرر من الخطأ المهني الصحي أو لوليه أو لورثته في حالة وفاته أن يتقدم بالمطالبة بحقه الخاص إلى المرفق الصحي الذي وقع فيه الخطأ أو لمدير الشؤون صحية ذات العلاقة حيث يتم تعبئة النموذج رقم (١) المخصص لرفع الشكوى الطبية (مرفق رقم ٢) ويجوز استكمال النظر في الشكوى حتى ولو لم يكن هناك دعوى بالحق الخاص.

ب- تقوم الإدارة المختصة بإكمال الإجراءات النظامية عند علمها بوجود مخالفة أو عند تقديم بلاغ عن مخالفات للممارسين الصحيين في المؤسسات الصحية.

ت- على الجهة الصحية المختصة أن تبدأ باتخاذ الإجراء اللازم فور تقديم الشكوى من المدعي، ويتم أخذ إفادات الممارسين الصحيين المعالجين للحالة حيث يتم تعبئة نموذج رقم (٢) المخصص لأخذ إفادة الممارس الصحي (مرفق رقم ٣ ورقم ٤)، والنموذج الرقم (٣) المخصص للتقرير للجنة المختصة (مرفق رقم ٥).

ث- يجوز لمدير الإدارة المختصة تأجيل سفر المدعي عليه لمدة ثلاثين يوماً لاستكمال الإجراءات اللازمة وفي حال الحاجة لمدة اضافية فيتم الرفع لمدير الشؤون الصحية المختص أو المدراء التنفيذيين بالمدن الطبية والمستشفيات التخصصية بطلب التمديد ثلاثين يوماً أخرى ويتم تعبئة نموذج رقم (٤) المخصص



لتأجيل سفر الممارس الصحي (مرفق رقم ٦) ويتم تزويد الممارس الصحي بنسخة من القرار وله حق التظلم على قرار تأجيل السفر.

ج- يتولى استكمال الإجراءات اللازمة المختصون من ذوي الخبرة والكفاءة تختارهم الجهة المختصة في الوزارة أو يختارهم مدير الشؤون الصحية المختص أو الرئيس التنفيذي للتجمع الصحي أو المدير التنفيذي بالمدن الطبية والمستشفيات التخصصية.

ح- يتولى الموظف المختص ابلاغ المدعى عليه باليوم والساعة والمكان التي يباشر فيها الإفادة والإجراءات اللازمة قبل موعد أخذ الإفادة بوقت كاف.

خ- يجب على الموظف المختص عند حضور المدعى عليه بارتكاب الخطأ الطبي لأول مرة أن يأخذ جميع البيانات الشخصية الخاصة به ويحيطه علماً بالمخالفات المنسوبة إليه ويثبت ما يبديه المدعي عليه في شأنها من أقوال وللموظف المختص أن يواجهه بغيره من ذوي العلاقة أو المدعين أو الشهود وله استخدام الوسائل الالكترونية المعتمدة في ذلك.

د- يتم استكمال الإجراءات المحدد دون التأثير على إرادة المدعى عليه في إبداء أقواله وللخصوم أن يقدموا الطلبات التي يرون تقديمها إلى الإدارة المختصة أثناء ذلك.

ذ- يجوز للموظف المختص بمباشرة الشكوى أو المخالفة الاستعانة بمن يراه لإبداء الرأي، على أن يقدم الموظف المختص تقريراً مكتوباً.

ر- على جميع ذوي العلاقة تقديم المعلومات والأوراق والوثائق والمستندات والملفات الطبية والتقارير والأشعة والتحليل إلى الموظف المختص حين طلبها.

ز- جميع الإجراءات والنتائج التي تسفر عنها تعد من الأسرار التي يجب على الموظفين المختصين وغيرهم ممن يتصلون بالإجراء أو يحضرونه بسبب وظيفتهم أو مهنتهم عدم إفشائها ومن يخالف ذلك منهم يخضع للمساءلة.

س- يعد الموظف المختص بعد الانتهاء من الإجراء اللازم تقريراً يتضمن الوقائع والأدلة والقرائن والنتائج التي انتهى إليها مع إسناد كل مخالفة إن وجدت إلى المادة النظامية التي تتعلق بها.

ش- على الموظف المختص رفع التقرير المتعلق بالمخالفة بالحق الخاص وما ورد في الفقرة (٢) من المادة ٣٤ من النظام إلى الهيئة الصحية الشرعية.

ص- فيما عدا ما ورد في البند (٤٠-١/ش) للموظف المختص رفع توصية لصاحب الصلاحية بالحفظ عند عدم كفاية الأدلة والقرائن على ارتكاب الممارس الصحي مخالفات ناشئة عن تطبيق هذا النظام.



٢-٤٠ للممارس الصحي المؤجل أو الممنوع سفره حق الاعتراض ويقوم بتقديم طلب رفع تأجيل أو منع السفر للجهة المختصة مرفقاً المستندات التالية:

- أ- وثيقة تأمين سارية وقت الإجراء الطبي محل الشكوى.
- ب- إثبات ابلاغ شركة التأمين بالشكوى الطبية المرفوعة ضده.
- ت- كفالة غرم وأداء بدفع الحق العام والجهة عمل الممارس الصحي تقديم تلك الكفالة.

اللائحة:

١-٤١ يخضع للتأمين التعاوني ضد أخطاء مزاولة المهن الصحية جميع الأطباء وأطباء الأسنان من الحاصلين على تسجيل مهني بالهيئة، دون اعتبار لمستوى مداخيلهم ومدة توظيفهم.

٢-٤١ يلتزم كل طبيب أو طبيب أسنان بإبرام وثيقة تأمين ضد أخطاء مزاولة المهن الصحية مع إحدى شركات التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة العربية السعودية.

٣-٤١ يلتزم الطبيب / أو طبيب الأسنان بدفع الأقساط لشركة التأمين التي يختارها لهذا الغرض طبقاً للاتفاق المبرم معها.

٤-٤١ يجب على الجهة ذات العلاقة اتخاذ الإجراء الكفيل بالتزام الطبيب أو طبيب الأسنان بالاشتراك في التأمين التعاوني ضد الأخطاء الطبية المهنية.

٥-٤١ تصدر شركة التأمين شهادة للطبيب أو طبيب الأسنان المؤمن له تفيد بالتأمين عليه لتقديمها إلى الجهة المختصة عند الحصول على الترخيص بالعمل أو تجديد الترخيص.

٦-٤١ تشمل منافع التغطية التأمينية قيمة المطالبة بالحق الخاص الناتجة عن خطأ مهني طبي طبقاً لهذا النظام.

٧-٤١ تشمل التغطية التأمينية للممارس الصحي جميع التعويضات الناشئة عن الأخطاء الطبية التي وقعت أثناء فترة التغطية التأمينية، ولا ينال وقت صدور الحكم النهائي من أحقية دفع التعويض الناتج عن الخطأ الطبي الواقع أثناء فترة التغطية التأمينية.

٨-٤١ تنتهي التغطية التأمينية بوفاة المستفيد أو انتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها أو انتهاء عقد العمل مع المؤمن له أو التوقف/ الإيقاف عن مزاولة المهن الصحية.

٩-٤١ يجوز للمؤمن له أن يغير شركة التأمين المتعاقد معها لتوفير التغطية التأمينية، على أن يوجه خطاباً بذلك إلى شركة التأمين قبل شهر على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب، ويحسب الجزء المعاد من القسط التأميني على أساس نسبي متفق عليه في الوثيقة.



٤١-١٠ إذا لم تتوافر تغطية تأمينية لسداد التعويضات التي أصدر بها حكم نهائي على الممارس الصحي أو لم تكفي التغطية التأمينية المقدمة من الممارس الصحي لسداد هذه التعويضات فإن المؤسسة الصحية التابع لها الممارس الصحي سواء كانت عامة أو خاصة تكون ضامنة لسداد هذه التعويضات ولصاحب الحق الخاص مطالبة هذه المؤسسة الصحية بسداد التعويض المحكوم له به بحكم نهائي في حالة عدم توافر تغطية تأمينية للممارس الصحي وبالفرق بين قيمة التغطية التأمينية والتعويضات المحكوم بها إذا لم تكن التغطية التأمينية كافية لسداد جميع التعويضات، ويحق للمؤسسة الصحية في هذه الحالة أن ترجع على الممارس الصحي فيما دفعته عنه من تعويضات .

٤١-١١ إذا كان الممارس الصحي مرتبط بعلاقة عمل مع أكثر من مؤسسة فإن المسؤولية التضامنية مع الممارس الصحي تقع على عاتق المؤسسة التي وقع فيها الخطأ المهني الطبي.

٤١-١٢ تلتزم المؤسسة الصحية بما ينتج عن الطبيب تحت التدريب، وتكون المؤسسة الصحية مسؤولة بالتضامن أمام الغير عما ينتج من أخطاء صادرة عن ذلك المتدرب.



وزارة الصحة  
Ministry of Health

الفصل الخامس

أحكام ختامية

اللائحة:

١-٤٤ تنشر هذه اللائحة في الجريدة الرسمية والموقع الإلكتروني للوزارة ويعمل بها من تاريخ نشرها.

## مرفقات اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية

المادة اللائحة	اسم النموذج	م
٢-٣٥	دليل إجراءات الهيئات الصحية الشرعية	١
أ/١-٤٠	نموذج رقم (١) رفع شكوى طبية	٢
ت/١-٤٠	نموذج رقم (٢) إفادة الممارس الصحي	٣
ت/١-٤٠	نموذج رقم (٢ ب) بيانات المؤسسة الصحية	٤
ت/١-٤٠	نموذج رقم (٣) تقرير اللجنة المختصة	٥
ث/١-٤٠	نموذج رقم (٤) تأجيل سفر	٦

نموذج (١)

نموذج رفع شكوى طبية

رقم الشكوى : .....
تاريخ الشكوى : .....

١ - بيانات مقدم الشكوى

الاسم الثلاثي للمريض :	رقم الهوية:	
تاريخ الميلاد:	الجنسية:	
الجنس :	اسم الطبيب	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
رقم الملف الطبي:	المسؤول عن الحالة :	
صفة مقدم الشكوى :	<input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> وكيل <input type="checkbox"/> ولي <input type="checkbox"/> ملاحظة .....	
بيانات الوكالة / الولاية : * يلزم إرفاق صورة من الوكالة / الولاية عند تعبئة هذه الحقول.		
اسم الوكيل / الولي :	رقم الهوية:	
البريد الالكتروني :	رقم الجوال :	
رقم صك الوكالة / الولاية:	المصدر:	
التاريخ :	جهة العمل:	

بيانات شخص يمكن التواصل معه في ذات الشأن

الاسم الثلاثي:	رقم الهوية:	
صلة القرابة:	جهة العمل:	
البريد الالكتروني:	رقم الجوال :	



٢- بيانات المنشأة الصحية محل الشكوى :

اسم المنشأة الصحية:	قطاع المنشأة:			<input type="checkbox"/> حكومي <input type="checkbox"/> خاص
المدينة:	العنوان:	الحي:		

٣- بيانات المشتكى عليه / عليهم

يرجى تعبئة الحقول التالية في حال معرفة البيانات الأساسية للمشتكى عليه :

١	الاسم :	التخصص: <input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> أخرى .....	الجنسية: الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
٢	الاسم :	التخصص: <input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> أخرى .....	الجنسية: الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
٣	الاسم :	التخصص: <input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> أخرى .....	الجنسية: الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
٤	الاسم :	التخصص: <input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> أخرى .....	الجنسية: الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى

في حال عدم معرفة اسم المشتكى عليه، يرجى تحديد الجهة:

<input type="checkbox"/> الطبيب المعالج
<input type="checkbox"/> فريق التمريض
<input type="checkbox"/> الكادر الطبي المعالج
<input type="checkbox"/> المنشأة الصحية
معلومات إضافية

#### ٤- تفاصيل الشكوى الطبية :

السنة	الشهر	اليوم	تاريخ الإجراء الطبي:	تخصص الشكوى:

ملخص الشكوى الطبية :

.....  
.....

ماهو الأثر المترتب من الإجراء الطبي المشتكى بسببه ؟

<input type="checkbox"/> وفاة	<input type="checkbox"/> فقد منفعة	<input type="checkbox"/> تلف عضو	<input type="checkbox"/> أخرى .....
-------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

#### ٥- طلبات الشاكي :

<input type="checkbox"/> التعويض المادي	<input type="checkbox"/> محاسبة الكادر الطبي
<input type="checkbox"/> أخرى .....	

بالتوقيع على هذا النموذج، يتعهد مقدم الشكوى ويلتزم بما يلي :

- ١- صحة المعلومات والبيانات المقدمة وتم التقدم بها للمرة الأولى.
- ٢- يعد التبليغ عبر الرسائل النصية لرقم الجوال أو البريد الإلكتروني المسجل تبليغاً رسمياً تشطب الدعوى بموجبه في حال عدم الحضور.
- ٣- في حال ظهرت الشكوى كيدية أو يقصد بها الإساءة إلى سمعة أو إيذاء فإنه يحق للمعنيين رفع دعوى قضائية وطلب التعويض عن العطل أو الضرر.

الاسم الثلاثي:	التوقيع
----------------	---------

بيانات مستلم الشكوى :

الاسم الثلاثي:	المسمى الوظيفي:	الجهة:
صيغة النموذج:	تاريخ الاعتماد:	التوقيع:
<input type="checkbox"/> ورتي <input type="checkbox"/> الكتروني		



نموذج (٢)

أ- نموذج إفادة ممارس صحي

رقم الشكوى	تاريخ الشكوى:
------------	---------------

١ - بيانات الممارس الصحي

الاسم الثلاثي:	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	
رقم الهوية/ الإقامة:	الجنسية:	
بريد العمل:	رقم الجوال:	
الدرجة المهنية:	التخصص:	استشاري <input type="checkbox"/> نائب أول <input type="checkbox"/>
	تاريخ نهاية التصنيف:	ممرض <input type="checkbox"/> نائب <input type="checkbox"/>
	أقرب موعد إجازة:	صيدلي <input type="checkbox"/> أخرى ..... <input type="checkbox"/>
العنوان ومعلومات التواصل في البلد الأساسي للممارس الصحي غير السعودي:		
الدولة:	المدينة:	
البريد الشخصي:	رقم الجوال:	
اسم المحكمة التابعة للممارس الصحي في دولته:		
المدينة:	الحي:	

٢- المرفقات:

رقم الوثيقة:	تاريخ الانتهاء:	تأمين ساري المفعول.	<input type="checkbox"/>
تاريخ الإخطار:		إخطار شركات التأمين.	<input type="checkbox"/>
رقم الوكالة:	تاريخ الوكالة:	وكالة سارية المفعول.	<input type="checkbox"/>
رقم الكفالة:	تاريخ الكفالة:	كفالة سارية المفعول.	<input type="checkbox"/>

توقيع الممارس على صحة البيانات:

اسم الممارس الصحي:	التوقيع:
--------------------	----------



### ٣- تفاصيل الإجراءات الطبية المتخذة:

هل التزمت بالتعريف عن نفسك ومهنتك؟

لا  نعم

هل أطلعت المريض على الخطة العلاجية؟

لا  نعم

هل أخذت الموافقة على الاجراء الطبي وأطلعت المريض على المضاعفات الطبية المحتملة؟

لا  نعم

ما هو دورك اتجاه الحالة:

.....  
.....  
.....

الحالة المرضية عند الفحص والعلامات والأعراض:

.....  
.....

توقيع الممارس على صحة البيانات:

اسم الممارس الصحي:	التوقيع:
--------------------	----------

الفحوص المخبرية والإجراءات التي أجريتها أو طلبتها للاستعانة بها:

.....  
.....



اذكر الخطة العلاجية:

.....

الرد المفصل على الشكوى المقدمة موضحاً الإجراءات المتخذة:

.....

.....

توقيع الممارس على صحة البيانات:

اسم الممارس الصحي:	التوقيع:
--------------------	----------

أسئلة إضافية:

.....

.....

بالتوقيع على هذا النموذج، يتعهد الممارس الصحي ويلتزم بما يلي:

- 4- صحة كافة المعلومات واكتمال البيانات المقدمة.
- 5- إخطار شركة التأمين ورفاق صورة من الإخطار لتفادي منع السفر.
- 6- يعد التبليغ عبر الرسائل النصية لرقم الجوال أو البريد الإلكتروني المسجل تبليغاً رسمياً تشطب الدعوى بموجبه في حال عدم الحضور.

الاسم الثلاثي:	التوقيع
----------------	---------

بيانات معتمد التقرير:

الاسم الثلاثي:	المسمى الوظيفي:	الجهة:
صيغة النموذج: <input type="checkbox"/> وري <input type="checkbox"/> إلكتروني	تاريخ الاعتماد:	التوقيع:

- يلتزم معد التقرير بتعبئة نموذج (٤) الخاص بتأجيل السفر في أضيق الأحوال ولدواعي جديدة بالتأجيل.

نموذج (٢)

ب- نموذج بيانات المنشأة الصحية

رقم الشكوى:	تاريخ الشكوى:
-------------	---------------

تنبيه: يلزم تعبئة هذا النموذج لتفادي استدعاء المدير الطبي والممارسين الصحيين لأخذ إفاداتكم حيال الشكوى.

١- بيانات المنشأة الصحية:

اسم المنشأة الصحية:	قطاع المنشأة:	<input type="checkbox"/> حكومي <input type="checkbox"/> خاص
المدينة:	الحي:	
العنوان:		

٢- بيانات الوكيل الشرعي:

الاسم الثلاثي:	رقم الهوية:
البريد الالكتروني:	رقم الجوال:
رقم صك الوكالة:	المصدر:
التاريخ:	التوقيع:

\* يلزم إرفاق صورة من الوكالة / الولاية عند تعبئة هذه الحقول

٣- بيانات المدير الطبي:

الاسم الثلاثي:	رقم الهوية:
البريد الالكتروني:	رقم الجوال:
تاريخ الاعتماد:	التوقيع:

بالتوقيع على هذا النموذج، يتعهد المدير الطبي للمنشأة ويلتزم بما يلي:

- ١- صحة كافة المعلومات واكتمال البيانات المقدمة.
- ٢- يعد التبليغ عبر الرسائل النصية لرقم الجوال أو البريد الالكتروني المسجل تبليغاً رسمياً.

نموذج (٣)

نموذج تقرير اللجنة المختصة\*

رقم الشكوى :	تاريخ الشكوى:
--------------	---------------

١ - مرئيات اللجنة :

هل يوجد خطأ طبي :	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	عدد المشتركين بالخطأ الطبي:
		أسماء المشتركين بالخطأ الطبي: (الواردة أسماؤهم في سجل الشكوى)

٢- في حال الإجابة بنعم ، يرجى استكمال البيانات أدناه :

م	نوع الخطأ الطبي الذي وقع فيه الممارس الصحي ( يمكن اختيار أكثر من خيار )	اسم الممارس الصحي	نسبة الخطأ
١	<input type="checkbox"/> خطأ في العلاج.		
٢	<input type="checkbox"/> قام بعمل يتجاوز اختصاصه أو إمكاناته.		
٣	<input type="checkbox"/> جهل أمور فنيه يفترض فيمن كان في مثل تخصصه الإلمام بها.		
٤	<input type="checkbox"/> استخدم آلات أو أجهزة طبية دون علم كاف بطريقة استعمالها،		
٥	<input type="checkbox"/> لم يتخذ الاحتياطات الكفيلة بمنع حدوث ضرر من جراء هذا الاستعمال .		
٦	<input type="checkbox"/> قصر في المتابعة والرقابة والإشراف.		
٧	<input type="checkbox"/> عدم استشارة من تستدعي حالة المريض الاستعانة به.		
٨	<input type="checkbox"/> لم يلتزم ببذل عناية يقظة تفق مع الأصول العلمية.		
٩	<input type="checkbox"/> انتحل لنفسه لقباً من الألقاب التي تطلق عادة على مزاولي المهن الصحية.		
١٠	<input type="checkbox"/> أخرى		

٣ - توصيات اللجنة :



.....

.....

.....

.....

أعضاء اللجنة :

م	الاسم	التخصص	مقر العمل	التوقيع
١				
٢				
٣				
٤				

بيانات معتمد التقرير:

الاسم	المسمى الوظيفي	الجهة	تاريخ الإعتماد	التوقيع

\* يحق للمنشأة الصحية تشكيل لجنة طبية لمراجعة الإجراءات الطبية محل الشكوى مكونة من استشاريين سعوديين من غير المعالجين لا يقل عددهم عن اثنين (٢) في نفس مجال الشكوى لإعداد التقرير، ويحق للمديرية العامة للشؤون الصحية في المنطقة أو المدعي العام الأخذ برأي اللجنة أو طلب تشكيل لجنة أخرى وفقاً لما تراه مناسباً.



نموذج (٤)

نموذج تأجيل السفر

رقم الشكوى:		تاريخ الشكوى:	
-------------	--	---------------	--

١- الأثر المترتب على الإجراء الطبي المشتكى بسببه؟

<input type="checkbox"/> وفاة	<input type="checkbox"/> فقد منفعة	<input type="checkbox"/> تلف عضو	<input type="checkbox"/> أخرى
-------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

٢- بيانات الممارس الصحي:

الاسم الثلاثي:	رقم الإقامة:	رقم الجوال:	الجنسية:
البريد الإلكتروني:	شخصي:	عمل:	

٣- المرفقات:

رقم الوثيقة:	تاريخ الانتهاء:	<input type="checkbox"/> تأمين ساري المفعول.
رقم الوكالة:	تاريخ الوكالة:	<input type="checkbox"/> إخطار شركات التأمين.
		<input type="checkbox"/> إفادة الممارس الصحي.
		<input type="checkbox"/> وكالة سارية المفعول.
		<input type="checkbox"/> كفالة سارية المفعول.

٤- بيانات المنشأة الصحية محل الشكوى:

اسم المنشأة الصحية:	نوع المنشأة:	حكومي <input type="checkbox"/>	خاص <input type="checkbox"/>	المدينة:	الحي:
---------------------	--------------	--------------------------------	------------------------------	----------	-------

٥- مبررات تأجيل السفر:

.....  
.....

بيانات الموظف المختص:



	المسمى الوظيفي:		الاسم الثلاثي:
			الجهة:
	التوقيع:	٣٠ يوم <input type="checkbox"/>	فترة تأجيل السفر:
			تاريخ الاعتماد:

بيانات مدير الإدارة المختص:

	المسمى الوظيفي:		الاسم الثلاثي:
	التوقيع:		الجهة:
			تاريخ الاعتماد:

- يزود الممارس الصحي بصورة من هذا القرار الإداري، ويحق للممارس الصحي التظلم منه.

#### ٦- مبررات تمديد تأجيل السفر:

.....

.....

.....

بيانات صاحب الصلاحية:

	المسمى الوظيفي:		الاسم الثلاثي:
			الجهة:
	التوقيع:	٣٠ يوم <input type="checkbox"/>	فترة تأجيل السفر:
			تاريخ الاعتماد:

- يزود الممارس الصحي بصورة من هذا القرار الإداري، ويحق للممارس الصحي التظلم منه.