



## استمارة التطوع في مكاتب أولوية

بيانات المتطوع												
						رقم الهوية				الاسم		
						تاريخ الميلاد				الوظيفة		
						رقم التواصل	ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>			الجنس		
						تلفون المنزل				العنوان		
						ايميل				التخصص		
صلة القرابة						شخص يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ				جهة العمل		
						جوال				رقم التسجيل المهني		

المستوى التعليمي			
<input type="checkbox"/> ثانوي	<input type="checkbox"/> مؤهل جامعي	<input type="checkbox"/> ماجستير	<input type="checkbox"/> دكتوراه
<input type="checkbox"/> أخرى .....			
اسم المؤسسة .....			

طبيعة المجال الذي تريد التطوع فيه	
<input type="checkbox"/> أعمال إدارية	<input type="checkbox"/> توجيه وإرشاد المرضى
<input type="checkbox"/> خدمات انسانية	<input type="checkbox"/> لغات وترجمة
<input type="checkbox"/> أخرى (تذكر) .....	

بداية فترة التطوع (حدد التاريخ)	
تاريخ بداية الفترة: ..... / ..... / ..... تاريخ نهاية الفترة: ..... / ..... / .....	
بشرط أن يكون التطوع بمعدل (٢) ساعة يومياً، يتم زيادتها إلى ٤ ساعات يومياً في فترة لاحقة.	

مدة التطوع	
<input type="checkbox"/> أسبوعي	<input type="checkbox"/> شهري



وزارة الصحة  
Ministry of Health

## استمارة التطوع في مكاتب أولوية

الأوقات المناسبة لك للتواجد بجهة التطوع						
الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	السبت
<input type="checkbox"/> صباحاً	<input type="checkbox"/> صباحاً	<input type="checkbox"/> صباحاً	<input type="checkbox"/> صباحاً	<input type="checkbox"/> صباحاً	<input type="checkbox"/> صباحاً	<input type="checkbox"/> صباحاً
<input type="checkbox"/> مساءً	<input type="checkbox"/> مساءً	<input type="checkbox"/> مساءً	<input type="checkbox"/> مساءً	<input type="checkbox"/> مساءً	<input type="checkbox"/> مساءً	<input type="checkbox"/> مساءً

### المهارات والخبرات (أذكر المهارات والخبرات التي لديك)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### الخبرة التطوعية (يرجى إدراج أي خبرات تطوعية سابقة)

السنة	التاريخ	العمل التطوعي الذي أوكلت به	المنظمة

أتعهد أنا / ..... بصحة المعلومات أعلاه والالتزام بالمدة التطوعية المتفق عليها.

التاريخ: ..... التوقيع: .....



وزارة الصحة  
Ministry of Health

## تقرير إنجاز المهمة التطوعية في مكاتب أولوية

بيانات المتطوع			
الاسم	مكان التطوع		
الجنس	عدد أيام التطوع	ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	
مجال التطوع	عدد ساعات التطوع		

### المهام

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### الايجابيات

.....

.....

.....

.....

### السلبيات

.....

.....

.....

.....

التاريخ: ..... التوقيع: .....



## تقييم الأداء الوظيفي لمتطوع في مكاتب أولوية

أولاً: معلومات عامة				
الاسم رباعياً	الجنسية	تاريخ الميلاد	رقم بطاقة الأحوال / الإقامة	بداية العمل التطوعي

المؤهل علمي	التخصص	نوع العمل التطوعي	نتيجة آخر تقرير أداء حصل عليه
			التقدير
			تاريخ الإعداد

ثانياً: عناصر التقييم		
الدرجة المعطاة	الحد الأعلى للدرجات	العنصر
	٥	المعرفة بالطريقة السليمة لأداء العمل التطوعي
	٥	المحافظة على أوقات العمل التطوعي
	٥	المهارة في القيادة والتوجيه
	٥	المعرفة التامة بمفهوم العمل التطوعي
	٥	الحماس للعمل التطوعي
	٥	حسن التطوير في أداء العمل
	٥	التفهم لأهداف البرنامج
	٥	القدرة على التغلب على صعوبات العمل
	٥	التقيد بالزي الخاص بالعمل
	٥	القدرة على إقامة اتصالات فعالة مع الآخرين
	٥٠	المجموع
	٥	تقبل التوجيهات والاستعداد لتنفيذها
	٥	حسن التصرف
	٥	تقبل الأفكار الجديدة
	٥	مهارة الملاحظة
	٥	السرعة في الأداء والاستجابة
	٥	الاهتمام بالمظهر
	٣٠	المجموع
	٥	المراجعين (المرضى)
	٥	الرؤساء
	٥	الزملاء
	٥	المرؤوسين
	٢٠	المجموع



# وزارة الصحة Ministry of Health

## ثالثاً: مجموع الدرجات والتقدير

المجموع الكلي (الدرجة النهائية)	درجات العلاقات	درجات الصفات الشخصية	درجات الأداء التطوعي

غير مرضي (اقل من ٦٠)	مرضي (٦٠-٦٩)	جيد (٧٠-٧٩)	جيد جدا (٨٠-٨٩)	ممتاز (٩٠-١٠٠)

## رابعاً: ملحوظات عامة

### مواطن قوة ومواطن ضعف ترى أهمية إضافتها

**مواطن القوة:** (إنجازات أو نشاطات أخرى يتميز بها ولم تشتمل عليها العناصر السابقة)

.....  
.....

**مواطن الضعف:** (جوانب سلبية يتصف بها وتؤثر على عمله دون أن يكون هناك تكرار للعناصر السابقة)

.....  
.....

التوجيهات والتوصيات العامة لتطوير قدراته: (إن وجدت)

.....  
.....

رأي معد التقرير

.....  
.....

الاسم: ..... الوظيفة: ..... التوقيع: ..... التاريخ: .....

ملحوظات معتمد التقرير

.....  
.....

الاسم: ..... الوظيفة: ..... التوقيع: ..... التاريخ: .....



## نموذج تقييم مقابلة شخصية لمتطوع في مكاتب أولوية Interview Evaluation Form

معلومات عن المرشح			
اسم المتقدم	تاريخ المقابلة		
العمر	يوم المقابلة		
مكان الميلاد	مجال التطوع		
عنوان السكن الحالي	المؤهل العلمي		
الجنسية	رقم الجوال		

EVALUATION SUBJECTS	ضعيف Poor	مقبول Med.	جيد Good	ممتاز Excellent	مواضيع التقييم
Appearance					المظهر
Personality					الشخصية
Self-Confidence					الثقة
Inter-Action Skills					المهارات المشاركة
Aggressiveness					المبادرة
English Language					اللغة الإنجليزية
Arabic Language					اللغة العربية
Intellect					الاستيعاب
Decision Making					اتخاذ القرار
Related Education					ملائمة المؤهل العلمي لمتطلبات العمل التطوعي
Related Experience					ملائمة الخبرات العملية لمتطلبات العمل التطوعي
Related Skills					ملائمة المهارات المكتسبة لمتطلبات العمل التطوعي

Ready for volunteer jobs	غير واضحة Not Clear	معقول Reas.	مبالغ Exag.	الاستعداد للعمل التطوعي

Is the applicant expected to have a long volunteering with ..... Hospitals?	لا <input type="checkbox"/> No	نعم <input type="checkbox"/> Yes	هل من المتوقع استمراريته للتطوع في المستشفيات في منطقة ..... ؟
---	--------------------------------	----------------------------------	--

Remarks	..... .....	الملاحظات
---------	----------------	-----------

Recommendation for Hiring	لا <input type="checkbox"/> No	نعم <input type="checkbox"/> Yes	التوصية بالتطوع
---------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------

Director Patient Experience		مدير تجربة المريض
-----------------------------	--	-------------------



وزارة الصحة  
Ministry of Health

## نموذج موافقة ولي الأمر لمتطوع في مكاتب أولوية

صلة القرابة	السجل المدني	اسم ولي الأمر
.....		.....

أقر أنا ..... الموضحة بياناتي أعلاه

بالسماح لـ: .....

بالعمل بقسم التطوع في أحد مستشفيات منطقة .....  
والموافقة على المشاركة حسب الإجراءات الإدارية والقانونية المعمول بها في  
المستشفيات وحسب شروط الاستمارة، وقد تم اطلاعي على ذلك.

اسم ولي الأمر: .....

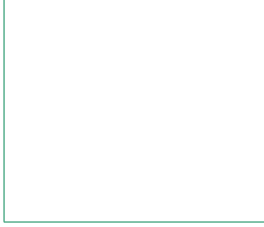
توقيعه: .....

التاريخ: / /



## نموذج كشف طبي لمتطوع Medical Check-up Form for volunteer

المجال التطوعي	الاسم
.....	.....



سعادة مدير مستشفى .....  
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،  
نأمل إجراء الفحص الطبي اللازم للموضح اسمه أعلاه لمعرفة لياقته الصحية بهدف  
العمل كمتطوع في أحد مستشفيات المنطقة.

### مدير تجربة المريض بصحة

.....

النتيجة		نوع الفحص	النتيجة		نوع الفحص	
غير لائق	لائق		غير لائق	لائق		
		أشعة الصدر CXR			R. Eye اليمنى	النظر
		اختبار الدرن Monteux Test			L. Eye اليسرى	
		تحليل البول Urine Analysis			R. Ear اليمنى	السمع
		تحليل البراز Stool Analysis			L. Ear اليسرى	
		البيض والطفيليات Ova & Parasite			ضغط الدم B.P	الفحص السريري
		وظائف الكبد L.F.T			القلب C.V.S	
		تحليل سكر الدم PPB Glucose			الجهاز التنفسي R.S	
		اختبار الدرن Monteux Test			الجهاز العصبي C.N.S	
		حجم البقعة Size of Induration			فحص البطن G.I.T	
					اللياقة الجسمية Phy.Fit	
For health Care Include يضاف ما يلي للمتقدمين في المجال الصحي						
موجب	سالب		موجب	سالب	التهاب الكبد الوبائي (ب) HBsAg	بحث الأمصال Serology
		الأمراض الجراحية			التهاب الكبد الوبائي (س) HCV Ab	
		أمراض أخرى			فيروس نقص المناعة HIV test	
					فحص مرض الزهري VDRL	





## بيان يوضح استحقاق المتطوع لشهادة التطوع في مكاتب أولوية

م	مجال التطوع	مدة التطوع	جهة اصدار الشهادة
١	الأعمال الادارية	٦٠ ساعة عمل فأقل ٨٠ ساعة عمل ١٠٠ ساعة عمل	مدير تجربة المريض بالمنشأة الصحية مدير المستشفى المتطوع فيه مدير إدارة تجربة المريض بمنطقة / التجمع الصحي .....
٢	الخدمات الانسانية	٦٠ ساعة عمل فأقل ٨٠ ساعة عمل ١٠٠ ساعة عمل	مدير تجربة المريض بالمنشأة الصحية مدير المستشفى المتطوع فيه مدير إدارة تجربة المريض بمنطقة / التجمع الصحي .....
٣	لغات وترجمة	٦٠ ساعة عمل فأقل ٨٠ ساعة عمل ١٠٠ ساعة عمل	مدير تجربة المريض بالمنشأة الصحية مدير المستشفى المتطوع فيه مدير إدارة تجربة المريض بمنطقة / التجمع الصحي .....
٤	توجيه وإرشاد المرضى	٦٠ ساعة عمل فأقل ٨٠ ساعة عمل ١٠٠ ساعة عمل	مدير تجربة المريض بالمنشأة الصحية مدير المستشفى المتطوع فيه مدير إدارة تجربة المريض بمنطقة / التجمع الصحي .....

أنا المتطوع: .....

أقر وأتعهد بإطلاعي وموافقتي بجميع ما ذكر أعلاه من حالات استحقاق شهادة الشكر

التاريخ

التوقيع



## مشهد إنهاء المهمة التطوعية في مكاتب أولوية

بناءً على خطاب الترشيح من إدارة تجربة المريض بمنطقة .....  
للمشاركة التطوعية في مكاتب أولوية فقد تم إنهاء المهمة التطوعية حسب البيانات التالية:

اسم المتطوع / ة	رقم بطاقة الهوية	المهمة التطوعية	مدة المهمة التطوعية
تاريخ المهمة	اسم المنشأة التي تطوعت بها	اسم المديرية / التجمع الصحي	توقيع المتطوع
من ..... إلى ..... / ...../..... ٤٤هـ			

عدد الساعات الفعلية التي عمل بها المتطوع	اسم المشرف المباشر على المتطوع	وظيفته	التوقيع والختم
ساعة .....			

عدد الساعات التطوعية المعتمدة	إصدار شهادة الشكر	اسم مدير مركز تجربة المريض بالمنطقة / التجمع الصحي	توقيعه
ساعة .....	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		



## نموذج المحافظة على السرية والخصوصية

1. لا يسمح بالإطلاع على أي معلومات أو اوراق خاصة بأي مريض وذلك لحفظ خصوصية المرضى إلا بإذن الموظف المسؤول بالمنشأة الصحية.
2. يمنع تصوير المرضى منعاً باتاً وكذلك يمنع التقاط الصور في المنشأة الصحية وكذلك مع المرضى لضمان الخصوصية.
3. يلتزم المتطوع بالحفاظ على أسرار العمل والمعلومات الخاصة بالمرضى وعدم إفشائها او الحديث بها مع الآخرين.
4. يحق لإدارة تجربة المريض إنهاء خدمات المتطوع في حال مخالفته لما ذكر أعلاه.

أتعهد أنا: .....

بأن أحافظ على السرية التامة في عملي بكل دقة وذلك طيلة مدة تطوعي في ادارة تجربة المريض وأن أي إخلال يصدر عني سيعرضني لإنهاء عقد التطوع .

التاريخ

التوقيع



## وثيقة الالتزام للتطوع في مكاتب أولوية

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول النبي الامين وعلى آله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين:

إن وزارة الصحة ممثلة في مركز تجربة المريض وبالتعاون مع المديرية للشؤون الصحية /التجمع الصحي بمنطقة/ بمحافظة (.....) تسعد بمشاركتك أيها المتطوع الكريم في مكاتب أولوية ومن خلال هذه الوثيقة يتم الاتفاق على مسؤوليات والتزامات وحقوق كل طرف وفقاً للبنود التالية:

### أولاً: مسؤوليات والتزامات ادارة تجربة المريض بالمنطقة:

1. أن يتم توفير الفرص التطوعية المتاحة.
2. أن يتم منح المتطوع بطاقة تعريفية.
3. أن يتم منح المتطوع شهادة شكر من مدير ادارة تجربة المريض بالمنطقة / التجمع الصحي أو مدير المنشأة الصحية او مدير تجربة المريض بالمنشأة الصحية وذلك حسب عدد الساعات التطوعية المعتمدة حيث تصدر بعد إكمال المهمة التطوعية بنجاح.
4. لا يتحمل المركز أو المديرية او التجمعات الصحية أي التزامات أو مسؤوليات غير المنصوص عليها في هذه الوثيقة.

### ثانياً: حقوق ادارة تجربة المريض بالمنطقة/التجمع الصحي

يحق لإدارة المشروع إنهاء خدمات المتطوع، وفقاً للمسببات التالية:

1. انتهاء مدة التطوع المتفق عليها في خطاب الترشيح.
2. عدم التزام المتطوع بمواعيد وساعات العمل حسب تعليمات إدارة المنشأة التي يتطوع فيها.
3. عدم التزام المتطوع بإنجاز المهام الموكلة إليه.
4. عدم التزام المتطوع بالمصالح العامة لكل من (المنشأة الصحية / إدارة تجربة المريض بالمنطقة / المديرية للشؤون الصحية بالمنطقة / التجمع الصحي).
5. عدم التزام المتطوع بالأخلاق الحسنة والعمل بروح الفريق مع الزملاء في مكان التطوع.

### ثالثاً: مسؤوليات والتزامات المتطوع

1. الالتزام بخطاب الترشيح المرفق والموضح لـ (المهمة التطوعية / المكان / التاريخ).
2. الالتزام بمواعيد وساعات العمل حسب تعليمات إدارة المنشأة التي يتطوع فيها.
3. الالتزام بالنزي الرسمي للعمل التطوعي وحمل البطاقة التعريفية أثناء التواجد داخل المنشأة الصحية.
4. الالتزام بأنظمة وقوانين الجهة التي يتم التطوع فيها.
5. الالتزام بالأخلاق الحسنة والعمل بروح الفريق مع الزملاء في مكان التطوع.



## وزارة الصحة Ministry of Health

### رابعاً: حقوق المتطوع

١. أن يتم التعامل مع المتطوع بكامل التقدير والاحترام والمهنية في العمل.
٢. أن يتم التواصل مع المتطوع لتأكيد قبوله في المشروع التطوعي وذلك من خلال (الاتصال المباشر أو البريد الإلكتروني).
٣. أن يتم تزويد المتطوع بالمعلومات الكافية وبشكل واضح حول المشروع في الوقت المناسب لبدء تطوعه.
٤. أن يتم توثيق مشاركة المتطوع ومنحه شهادة بعد انتهاء مهمته بنجاح.

### خامساً: شروط المشاركة في مكاتب أولوية

١. ان يكون المتطوع سعودي الجنسية.
٢. ألا يقل عمر المتطوع عن ١٨ سنة.

### سادساً: أحكام عامة

١. يرفق مع هذه الوثيقة صورة من بطاقة الهوية الشخصية.
٢. عند حدوث ظرف طارئ للمتطوع يمنعه من الاستمرار في المشاركة فيجب اشعار إدارة تجربة المريض في المنشأة من خلال (الاتصال المباشر / البريد الإلكتروني).
٣. لا يتم منح مزايا المشاركة في المشروع والمذكورة في (البند أولاً) في حال الانسحاب أثناء التنفيذ وقبل انتهاء المهمة بنجاح.
٤. تعتبر هذه الوثيقة ملزمة للطرفين ويتم تنفيذها وفقاً للأنظمة والقوانين واللوائح في المملكة العربية السعودية.

والله الموفق ...

اسم المتطوع	رقم الهوية	التوقيع

أقر أنا الموضح اسمه أعلاه بأنني قرأت جميع بنود هذه الوثيقة وعليه فأنتني مستعد للالتزام بما ورد فيها وسأبذل قصارى جهدي لأكون ملتزماً بالمهمة التطوعية كما أنتني أقر بأن جميع المعلومات الشخصية والمستندات المرفقة صحيحة.



## نموذج طلب بطاقة أولوية

Name		الاسم
name of the hospital		اسم المستشفى
Date of Birth		تاريخ الميلاد
ID Number		رقم الهوية
Mobile number		رقم الجوال
Medical Number		الرقم الطبي
Health Situation		الحالة الصحية
Date of Issue		تاريخ الإصدار
Date of Expiry		تاريخ الانتهاء

إرفاق صورة الهوية الوطنية Attach a copy of ID Card

إرفاق التقارير الطبية Attach Medical reports

### • الموافقة على ضوابط استخدام البطاقة

١. تستخدم من قبل المستفيد فقط. ٢. يشترط وجود موعد مسبق. ٣. لا يحق استخدامها في قسم الطوارئ.

أقر أنا .....	
بالموافقة على جميع ضوابط استخدام البطاقة وألتزم بها إلتزاماً كاملاً .	
التاريخ:	التوقيع:

اسم الموظف مستلم الطلب:	التاريخ:
-------------------------	----------

### أعضاء لجنة الموافقة على استحقاق بطاقة أولوية:

الاسم	الاسم
التوقيع	التوقيع
الاسم	الاسم
التوقيع	التوقيع



## استمارة تقييم مكاتب أولوية

م	المعيار	مطابق كلياً	مطابق جزئياً	غير مطابق
١	يوجد مكتب مستقل لتقديم الخدمات الخاصة لحاملي بطاقة أولوية.			
٢	يوجد موظف مؤهل وذو خبرة كافية تمكنه من تنفيذ المهام في مكاتب أولوية.			
٣	سهولة الوصول لمكتب أولوية وقريب من بوابة دخول المنشأة الصحية.			
٤	العاملين بمكتب أولوية لديهم مساحة كافية لأداء المهام واستقبال المستفيدين من الخدمة.			
٥	مكتب أولوية مزوده بمكان إنتظار للنساء.			
٦	يتوفر الآتي بمكتب أولوية الآتي : - جهاز حاسب آلي - آلة تصوير الورق - طابعة - هاتف داخلي - ماسح ضوئي - بريد إلكتروني خاص بمكتب أولوية			
٧	يتوفر في مكتب أولوية أجهزة لطباعة بطاقة أولوية			
٨	يتم رفع الإحصائية بشكل شهري لمكتب أولوية			
٩	يتوفر في مكتب أولوية كراسي - عربات مخصصة لنقل المرضى وموقع لحفظ العربات.			
١٠	يتوفر في المنشأة الصحية دورات مياة مجهزة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (الإعاقة).			
١١	تخصيص عدد كافي من مواقف السيارات للأشخاص ذوي الاعاقة.			
١٢	عدد القوى العاملة بالمكتب: <b>الرجال:</b> ( ) مفرغ ( ) غير مفرغ <b>النساء:</b> ( ) مفرغه ( ) غير مفرغة			