



وزارة الصحة
Ministry of Health

الوكالة المساعدة للإلتزام

ضوابط حماية المواليد والأطفال من السرقة والاستبدال



- برقية المقام السامي الكريم رقم ١٩٤٨/م ب وتاريخ ١٤٣٠/٠٣/٠٣ هـ المتضمنة الموافقة على محضر اللجنة المشكلة من قبل المجلس الصحي السعودي بتاريخ ١٩/١٠/١٤٢٩ هـ، وما تضمنه من توصيات التي تكفل عدم حدوث استبدال او سرقة المواليد من المستشفيات.
- تعميم معالي الوزير رقم ٣١٩٩٩/١٤/٢٦ وتاريخ ١٤٣٠/٠٤/٢٦ هـ.
- اعداد فريق العمل المشكلة بقرار من سعادة وكيل الوزارة للخدمات العلاجية بشأن (تحديث ضوابط حماية المواليد والأطفال من السرقة والاستبدال)، وذلك برئاسة قائد تخصص تطوير خدمات أمراض النساء والتوليد.
- تعميم سعادة وكيل الوزارة للخدمات العلاجية رقم 1443-1253433 وتاريخ 1443/07/13 هـ



المرفقات

- سياسات وإجراءات الوزارة لكيفية منع استبدال او اختطاف المواليد والأطفال.
- سياسات وإجراءات الوزارة في حالة البلاغ الوردي (في حال فقدان أو تبديل مولود أو طفل بالمستشفى)
- استمارة التحقق من تطبيق معايير وضوابط حماية المواليد والأطفال من السرقة والاستبدال.

لا يوجد تعاميم على القطاع الصحي الخاص وجاري العمل مع إدارة التراخيص ليتم التعميم بضوابط حماية المواليد والأطفال من السرقة والاستبدال.



وزارة الصحة
Ministry of Health

شكراً لكم

الإدارة العامة للإلتزام

تحديث ضوابط حماية المواليد والأطفال من السرقة والاستبدال

إشارة إلى تعميم معالي الوزير رقم ٢٦/١٤/٣١٩٩٩ وتاريخ ٢٦/٤/١٤٣٠هـ بخصوص حماية المواليد من الاستبدال والسرقة، أود إفادة سعادتكم بأنه تم إضافة بعض التحديثات كالتالي:



١. يطلب من النساء الحوامل عند المراجعة الأولى لمتابعة الحمل الحصول على بطاقة الهوية الوطنية أو ما يحل محلها (ممن ليس لديهم رقم هوية وطنية) حماية لأطفالهن من الاستبدال أو الخطف ، لأهمية ذلك عند تسجيل البيانات الخاصة بالأم والطفل .
٢. تفعيل سياسة التوعية و التثقيف للأم خلال فترة الحمل والولادة وبعد الولادة بالحرص واليقظة والاهتمام بمولودها أثناء وجودها بالمستشفى وعدم تسليمه لأي كان خلاف المختصين والتأكد من أن كامل البيانات قد تمت مراجعتها قبل مغادرة الأطفال مع والديهم للمستشفى وفي حالة خروج الأم وبقاء الطفل في العناية المركزة لحديثي الولادة يجب على الممرضة المسؤولة ورئيسة التمريض أو من ينوب عنها في حديثي الولادة التوقيع على النموذج المعتمد لاستلام الطفل.
٣. التوعية والتثقيف الصحي للعائلة والمرافق - يرجى الرجوع إلى سياسة المرافق في أقسام النساء والولادة - والتي تتضمن ولا تقتصر على كيفية الحفاظ على المولود أو الطفل من الاستبدال أو الاختطاف سواء داخل المستشفى أو خارجها.
٤. التأكد من أخذ عينة من دم الأم عند دخولها غرفة التوليد لعمل فصيلة الدم وتدوينها في الملف الخاص بها وكذلك يجب أخذ عينة من دم الطفل (من الوريد أو الكعب وليس من الحبل السرى) عند ولادته مباشرةً لتحديد فصيلته وتسجيلها في ملف الطفل .
٥. من المفضل استخدام نظام حماية الكتروني لكل من المولود والأم.
٦. وضع الأسورة الممغنطة / أو نظام الحماية الإلكتروني (معصم اليد أو القدم/ أو الحبل

السري) حسب السياسة المتبعة، خلال الملامسة بين الأم والطفل بعد الولادة مباشرة وقبل قطع الحبل السري في غرفة الولادة أو العمليات.

٧. إبلاغ الأم فور الولادة بجنس الجنين (إن لم تكن تحت تأثير المخدر بغرفة العمليات) وأخذ بصمات أقدام المولود على النموذج المخصص لذلك في ملف الأم بعد الولادة مباشرة (خلال فترة تواجد الطفل بجوار الأم في غرفة الولادة.

٨. تفعيل المساكنة بين الأم والطفل فيما عدا الحالات التي لا تزال فيها الأم تحت تأثير التخدير بعد الولادة القيصرية أو التي تحتاج فيها الأم إلى عناية مركزة (حيث يتم تسليم الطفل إلى ممرضة وحدة الأطفال الأصحاء) . مع ضرورة إبقاء سرير المولود بجوار الأم طوال الوقت في حالة تواجد الطفل مع الأم وإبعاده عن مخرج الغرفة .

٩. إبعاد وحدة المواليد الأصحاء عن المخارج (قدر الإمكان) بحيث تكون أمام التمريض ويكون الحائط الأمامي لغرف وحدات حديثي الولادة من الزجاج الكاشف حتى يتمكن العاملون في جهاز التمريض من المراقبة على مدار ٢٤ ساعة.

١٠. عند الاحتياج إلى نقل المولود (داخل المحضن المجهز لذلك) أو الطفل (على وسيلة تنقل مناسبة) يتم ذلك بواسطة عدد ٢ ممارس صحي (أو أحدهما ممارس صحي و الآخر موظف بالمستشفى بما يتناسب مع المهمة)

١١. يجب تخصيص ممرضة سعودية أو من تجيد اللغة العربية بوحدة الأطفال الأصحاء لتسليم الأطفال إلى أمهاتهم بالأقسام، وعند خروج الطفل ووالدته من المستشفى تقوم

المرضة أو القابلة بمطابقة البيانات في الملف الطبي وعلى سوار للطفل وبعد مطابقتها يتم رفع السوار التعريفي المستخدم في النظام للحماية كالمغنت للطفل أمام والدته ورئيسة التمريض بالقسم أو من ينوب عنها والطبيب المقيم المناوب ووالد الطفل أو من ينوب عنه ويتم التوقيع على نموذج إقرار استلام الطفل.

١٢. ضرورة تقليص المخارج (لأقل عدد ممكن ضمن معايير اشتراطات الأمن و السلامة) خاصة أثناء أوقات الزيارة بما يُمكن من تركيز المراقبة.

١٣. تحديد مخارج الطوارئ بعلامات واضحة و تزويد جميع مخارج الطوارئ في المستشفى بأجراس تنطلق عند الفتح للحيلولة دون إساءة استخدامها.

١٤. تركيب كاميرات مراقبة في مداخل ومخارج أجنحة الولادة و ما بعد الولادة والأطفال وغرف و وحدات حديثي الولادة التي تدار تحت إشراف نسائي، ومتابعة لحظية بواسطتهم، وتوفير أقفال ممغنطة للحضانات بحيث لا يمكن فتح الباب إلا بالبطاقة المخصصة لذلك . و يجب أن يتم التحكم بالدخول و الخروج لوحدة حديثي الولادة و وحدة المواليد الأصحاء و جناح ما بعد الولادة و اجنحة الأطفال بحيث لا يمكن فتح الأبواب إلا بالبطاقة المخصصة لذلك للعاملين بالمستشفى و من خلال محطة التمريض لغير العاملين بالقسم .

١٥. إلزام جميع العاملين في المستشفى بحمل بطاقة المستشفى طوال الوقت مع وجود صورة و معلومات واضحة تشمل اسم الموظف والإدارة التابع لها و التاريخ . كما يجب أن توفر المستشفى بطاقة تعريف للمرافق و الزائرين عند الدخول في غير وقت الزيارة.

١٦. تزويد العاملين في الأقسام التي تتعامل مع المواليد (و خاصة ممرضات وحدة المواليد الأصحاء و ممرضات حديثي الولادة) بلباس وبطاقة مميزتين عن بقية العاملين في المستشفى ليسهل التعرف عليهم. مع مراعاة توفر أماكن محكمة للزى الطبي بحيث لا يصل إليه غيرهم

١٧. التنبيه المستمر على جميع الأطباء و الممرضات و القابلات وجميع العاملين بأقسام الولادة والتنويم التابعة لها وأقسام وحدات التنويم للمواليد والأطفال والعناية المركزة الخاصة بذلك باليقظة الدائمة والحرص على أمن وسلامة حديثي الولادة والأطفال من خلال السياسات و الإجراءات المتبعة داخل المستشفى و التدريب المستمر و التأكد من الكفاءة و المهارة الخاصة بذلك ، و اعتبار ذلك في معايير قياس الجدارات و المهارات للموظفين.

١٨. في حالة فقدان أو تبديل مولود أو طفل بالمستشفى يتم تفعيل حالة البلاغ الوردي (CODE PINK) لهذه الحالة، وهذا الرمز يجب أن يكون متعارف عليه من قبل جميع العاملين بالمستشفى و على دراية به حسب السياسات والإجراءات الموضوعة بشكل مستقل لكل مستشفى، ويعلن بواسطة جهاز النداء و أجهزة التواصل الأخرى لاتخاذ الإجراءات الفورية بناءً على هذا الإنذار والتي تتضمن ولا تقتصر على ما يلي:

- السيطرة الفورية على جميع مخارج المستشفى وعدم السماح بخروج الأطفال.
- قيام المختصين بالبحث في أروقة المستشفى وفي كل مكان يمكن العثور فيه على الطفل.

- إبلاغ الجهات المختصة فوراً بالحادثة لاتخاذ اللازم حيال ذلك.
- توثيق الحادثة تفصيلياً (الكثرونياً أو ورقياً) مدعماً بجميع الأدلة والتحقيقات كما تم توضيحه بالسياسات والإجراءات الخاصة بحالة البلاغ الوردى (مرفق).

١٩. يجب و بشكل منتظم عمل دورات تدريبية مكثفة لشاغلي وظائف الحراسة الأمنية بالتنسيق مع الجهات الأمنية المختصة، وإدارة الأمن والسلامة. والتأكد من أن شاغلي وظائف الحراسة الأمنية يمتازوا بمواصفات تتلاءم مع متطلبات الوظيفة من حيث الوعى اليقظة والقدرة على المتابعة وغيرها.

٢٠. إذا رصد الطاقم الطبي حاجة للتقييم الاجتماعى و تبين خلاله وجود مخاطر تستدعى الحماية فإنه يجب أخذ هذه المخاطر بجدية و تفعيل نظام الحماية من الإيذاء ، و على مدراء التجمعات الصحية و المستشفيات التأكد من تحديث السياسات و الإجراءات الخاصة بذلك .

آمل الاطلاع الفورى والالتزام بموجب هذه الضوابط و كذلك سياسات وإجراءات وزارة الصحة التفصيلية لمنع خطف واستبدال المواليد والأطفال وعند حدوث ذلك بكل دقة، على أن يتولى مدراء التجمعات الصحية و مدراء الشئون الصحية و المستشفيات متابعة تطبيق الضوابط أعلاه والسياسات والإجراءات المرفقة في غضون أربعة أشهر من تاريخه وتطبيق العقوبات النظامية على من يثبت تقصيره في هذا الشأن، علما بأنه سيكون هناك

برنامج لمتابعة المواقع بشكل دوري للتأكد من تحقق المعايير و التقييم و الالتزام بتطبيقها ، و
من الهام كذلك القيام بالتقييم الذاتي (الدوري) مرفق .

المرفقات:

١. سياسة وإجراءات وزارة الصحة لكيفية منع استبدال أو اختطاف المواليد والأطفال.
٢. سياسة وإجراءات وزارة الصحة في حالة البلاغ الوردي (في حالة فقدان أو تبديل مولود أو طفل بالمستشفى)
٣. استمارة التحقق من تطبيق معايير وضوابط حماية المواليد والأطفال من السرقة والاستبدال

تحديث ضوابط

حماية المواليد والأطفال من السرقة والاستبدال

٢٠٢١ م

اعداد فريق العمل المشكل بقرار سعادة وكيل الوزارة للخدمات العلاجية

رقم ٣٥١٦٨٨-١٤٤١ هـ وتاريخ ١٥/١٠/٢٠١٩ م

برئاسة الدكتورة/ فاطمة محمد الأمين الشنقيطي

قائد تخصص تطوير خدمات أمراض النساء والتوليد - وزارة الصحة

Alamin

14.06.2021

مقدمة:

بالإشارة إلى التعميم الوزاري رقم ٣١٩٩٩/١٤/٢٦ وتاريخ ٢٦/٤/٢٠١٤ هـ المبني على برقية المقام السامي الكريم رقم ١٩٤٨/م ب وتاريخ ٣/٣/٢٠١٤ هـ المتضمنة الموافقة على محضر اللجنة المشكلة من قبل المجلس الصحي السعودي (مجلس الخدمات الصحية في ذلك الوقت) بتاريخ ١٩/١٠/٢٠١٤ هـ، وما تضمنه من توصيات بشأن الضوابط التي تكفل عدم حدوث استبدال أو سرقة المواليد من المستشفيات.

وبناءً على المستجدات والتطورات التقنية والتنظيمية، وبعد المراجعة من قبل اللجان المختصة بالوزارة فقد تم إضافة بعض التحديثات حسب المرفق أدناه.

ويرجى من كافة المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة الالتزام بموجب هذه الضوابط وكذلك سياسات وإجراءات وزارة الصحة التفصيلية لمنع خطف واستبدال المواليد والأطفال وعند حدوث ذلك، بكل دقة، وأن يتولى مدراء عموم/ مدراء الشئون الصحية والرؤساء التنفيذيين للتجمعات الصحية والمستشفيات المعنية متابعة تطبيق الضوابط والسياسات والإجراءات المرفقة.

تحديث ضوابط حماية المواليد والأطفال من السرقة والاستبدال

إشارة إلى تعميم معالي الوزير رقم ٢٦/١٤/٣١٩٩٩ وتاريخ ٢٦/٤/١٤٣٠هـ بخصوص ضوابط حماية المواليد من الاستبدال والسرقة، فقد تم إضافة بعض التحديثات كالتالي:

١. يطلب من النساء الحوامل عند المراجعة الأولى لمتابعة الحمل الحصول على بطاقة الهوية الوطنية أو ما يحل محلها (ممن ليس لديهم رقم هوية وطنية) حماية لأطفالهن من الاستبدال أو الخطف، لأهمية ذلك عند تسجيل البيانات الخاصة بالأم والطفل.
٢. إذا رصد الطاقم الطبي حاجة للتقييم الاجتماعي وتبين خلاله وجود مخاطر تستدعي الحماية فإنه يجب أخذ هذه المخاطر بجدية و تفعيل نظام الحماية من الإيذاء، و على مدراء التجمعات الصحية و مدراء الشئون الصحية و المستشفيات التأكد من تحديث السياسات و الإجراءات الخاصة بذلك.
٣. تفعيل سياسة التوعية والتثقيف للأم خلال فترة الحمل والولادة وبعد الولادة بالحرص واليقظة والاهتمام بمولودها أثناء وجودها بالمستشفى وعدم تسليمه لأي كان خلاف المختصين والتأكد من أن كامل البيانات قد تمت مراجعتها قبل مغادرة الأطفال مع والديهم للمستشفى وفي حالة خروج الأم وبقاء الطفل في العناية المركزة لحديثي الولادة يجب على الممرضة المسؤولة ورئيسة التمريض أو من ينوب عنها في قسم/ وحدة حديثي الولادة التوقيع على النموذج المعتمد لاستلام الطفل.
٤. التوعية والتثقيف الصحي للعائلة والمرافق - يرجى الرجوع إلى سياسة المرافق في أقسام النساء والولادة - والتي تتضمن ولا تقتصر على كيفية الحفاظ على المولود أو الطفل من الاستبدال أو الاختطاف سواء داخل المستشفى أو خارجها.
٥. التأكد من أخذ عينة من دم الأم عند دخولها غرفة التوليد لعمل فصيلة الدم وتدوينها في الملف الخاص بها وكذلك يجب أخذ عينة من دم الطفل (من الوريد أو الكعب وليس من الحبل السري) عند ولادته مباشرة لتحديد فصيلته وتسجيلها في ملف الطفل.
٦. من المفضل استخدام نظام حماية إلكتروني لكل من المولود والأم.

٧. وضع الأسورة الممغنطة / أو نظام الحماية الإلكتروني (معصم اليد أو القدم / أو الحبل السري) حسب السياسة المتبعة، خلال الملامسة بين الأم والطفل بعد الولادة مباشرة وقبل قطع الحبل السري في غرفة الولادة أو العمليات.
٨. إبلاغ الأم فور الولادة بجنس الجنين (إن لم تكن تحت تأثير المخدر بغرفة العمليات) وأخذ بصمات أقدام المولود على النموذج المخصص لذلك في ملف الأم بعد الولادة مباشرة (خلال فترة تواجد الطفل بجوار الأم في غرفة الولادة).
٩. تفعيل المساكنة بين الأم والطفل فيما عدا الحالات التي لا تزال فيها الأم تحت تأثير التخدير بعد الولادة القيصرية أو التي تحتاج فيها الأم إلى عناية مركزة (حيث يتم تسليم الطفل إلى ممرضة وحدة الأطفال الأصحاء). مع ضرورة إبقاء سرير المولود بجوار الأم طوال الوقت في حالة تواجد الطفل مع الأم وإبعاده عن مخرج الغرفة.
١٠. إبعاد وحدة المواليد الأصحاء عن المخارج (قدر الإمكان) بحيث تكون أمام التمريض ويكون الحائط الأمامي لغرف وحدات حديثي الولادة من الزجاج الكاشف حتى يتمكن العاملون في جهاز التمريض من المراقبة على مدار ٢٤ ساعة.
١١. عند الاحتياج إلى نقل المولود (داخل المحضن المجهز لذلك) أو الطفل (على وسيلة تنقل مناسبة) يتم ذلك بواسطة عدد ٢ ممارس صحي (أو أحدهما ممارس صحي والآخر موظف بالمستشفى بما يتناسب مع المهمة).
١٢. يجب تخصيص ممرضة سعودية أو من تجيد اللغة العربية بوحدة الأطفال الأصحاء لتسليم الأطفال إلى أمهاتهم بالأقسام، وعند خروج الطفل ووالدته من المستشفى تقوم الممرضة أو القابلة بمطابقة البيانات في الملف الطبي وعلى سوار للطفل وبعد مطابقتها يتم رفع السوار التعريفي المستخدم في النظام للحماية كالمغنت للطفل أمام والدته ورئيسة التمريض بالقسم أو من ينوب عنها والطبيب المقيم المناوب ووالد الطفل أو من ينوب عنه ويتم التوقيع على نموذج إقرار استلام الطفل.
١٣. ضرورة تقليص المخارج (لأقل عدد ممكن ضمن معايير اشتراطات الأمن والسلامة) خاصة أثناء أوقات الزيارة بما يُمكن من تركيز المراقبة.
١٤. تحديد مخارج الطوارئ بعلامات واضحة وتزويد جميع مخارج الطوارئ في المستشفى بأجراس تنطلق عند الفتح للحيلولة دون إساءة استخدامها.

١٥. تركيب كاميرات مراقبة في مداخل ومخارج أجنحة الولادة وما بعد الولادة والأطفال وغرف ووحدات حديثي الولادة التي تدار تحت إشراف نسائي، ومتابعة لحظية بواسطتهم، وتوفير أقفال ممغنطة للحضانات بحيث لا يمكن فتح الباب إلا بالبطاقة المخصصة لذلك. ويجب أن يتم التحكم بالدخول والخروج لوحدة حديثي الولادة ووحدات المواليد الأصحاء وجناح ما بعد الولادة وأجنحة الأطفال بحيث لا يمكن فتح الأبواب إلا بالبطاقة المخصصة لذلك للعاملين بالمستشفى ومن خلال محطة التمرير لغير العاملين بالقسم.

١٦. إلزام جميع العاملين في المستشفى بحمل بطاقة المستشفى طوال الوقت مع وجود صورة ومعلومات واضحة تشمل اسم الموظف والإدارة التابع لها والتاريخ. كما يجب أن توفر المستشفى بطاقة تعريف للمرافق والزائرين عند الدخول في غير وقت الزيارة.

١٧. تزويد العاملين في الأقسام التي تتعامل مع المواليد (وخاصة ممرضات وحدة المواليد الأصحاء وممرضات حديثي الولادة والقابلات والممرضات بغرفة الولادة ووحدات التنويم) بلباس وبطاقة مميزتين عن بقية العاملين في المستشفى ليسهل التعرف عليهم. مع مراعاة توفر أماكن محكمة للزى الطبي بحيث لا يصل إليه غيرهم.

١٨. التنبيه المستمر على جميع الأطباء والممرضات والقابلات وجميع العاملين بأقسام الولادة والتنويم التابعة لها وأقسام وحدات التنويم للمواليد والأطفال والعناية المركزة الخاصة بذلك باليقظة الدائمة والحرص على أمن وسلامة حديثي الولادة والأطفال من خلال السياسات والإجراءات المتبعة داخل المستشفى والتدريب المستمر والتأكد من الكفاءة والمهارة الخاصة بذلك، واعتبار ذلك في معايير قياس الجدارات والمهارات للموظفين.

١٩. في حالة فقدان أو تبديل مولود أو طفل بالمستشفى يتم تفعيل حالة البلاغ الوردي (CODE PINK) لهذه الحالة، وهذا الرمز يجب أن يكون متعارف عليه من قبل جميع العاملين بالمستشفى وعلى دراية به حسب السياسات والإجراءات الموضوعية بشكل مستقل لكل مستشفى، ويعلن بواسطة جهاز النداء وأجهزة التواصل الأخرى لاتخاذ الإجراءات الفورية بناءً على هذا الإنذار والتي تتضمن ولا تقتصر على ما يلي:

١. السيطرة الفورية على جميع مخارج المستشفى وعدم السماح بخروج المواليد والأطفال.

٢. قيام المختصين بالبحث في أروقة المستشفى وفي كل مكان يمكن العثور فيه على المولود أو الطفل.

٣. إبلاغ الجهات المختصة فوراً بالحادثة لاتخاذ اللازم حيال ذلك.

٤. توثيق الحادثة تفصيلياً (الكرونيًا أو ورقياً) مدعماً بجميع الأدلة والتحقيقات كما تم توضيحه بالسياسات والإجراءات الخاصة بحالة البلاغ الوردي (مرفق).

٢٠. يجب وبشكل منتظم عمل دورات تدريبية مكثفة لشاغلي وظائف الحراسة الأمنية بالتنسيق مع الجهات الأمنية المختصة، وإدارة الأمن والسلامة والتأكد من الكفاءة والمهارة الخاصة بذلك. ويجب التأكد من أن شاغلي وظائف الحراسة الأمنية يمتازوا بمواصفات تتلاءم مع متطلبات الوظيفة من حيث الوعي اليقظة والقدرة على المتابعة وغيرها.

للاطلاع الفوري والالتزام بموجب هذه الضوابط وكذلك سياسات وإجراءات وزارة الصحة التفصيلية لمنع خطف واستبدال المواليد والأطفال وعند حدوث ذلك بكل دقة، على أن يتولى مدراء التجمعات الصحية ومدراء الشئون الصحية والمستشفيات متابعة تطبيق الضوابط أعلاه والسياسات والإجراءات المرفقة في غضون أربعة أشهر من تاريخه وتطبيق العقوبات النظامية على من يثبت تقصيره في هذا الشأن، علماً بأنه سيكون هناك برنامج لمتابعة المواقع بشكل دوري للتأكد من تحقق المعايير والتقييم والالتزام بتطبيقها ، ومن الهام كذلك القيام بالتقييم الذاتي الدوري (مرفق) .

Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction

POLICIES AND PROCEDURES

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 1 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

1.0 PURPOSE:

- 1.1. To give the best advice and to ensure all the employees, staff and families are aware of the prevention and management of newborn, infant and child exchange or abduction.
- 1.2. This document may be used as an outline for other institutions' policies and procedures; modifications are permissible as long as they do not contradict any of the general principles.

2.0 SCOPE:

- 2.1. Obstetrics and gynecology/ pediatric with their intensive care units units' staff as physicians, nurses, and midwives.
- 2.2. Hospital employees especially related departments as administrations, operational control, and safety/security department, etc.
- 2.3. Families.

3.0 ACCOUNTABILITY:

- 3.1. Hospital management and medical director
- 3.2. Head of the obstetrics and gynecology/pediatrics/intensive care, nursing and midwifery units
- 3.3. Head of safety and security department
- 3.4. Head of switchboard
- 3.5. Quality and patient safety.
- 3.6. Abduction prevention team
- 3.7. Code Pink task force

4.0 DEFINITIONS:

- 4.1. **Neonate:** a newborn baby, specifically a baby in the first twenty-eight (28) days after birth inclusive (first four weeks of birth).
- 4.2. **The infant** is a child aging above 28 days up to 2 years.
- 4.3. **A child** refers to a person who has not yet attained the age of 15 years (for this document above to 2 years until the age of 14 inclusive).
- 4.4. **Newborn, infant or child abduction:** anytime the newborn, infant or child is noted missing from any place within the hospital or hospital ground.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 2 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 4.5. **Newborn exchange:** any time there is newborn either by error or malice, are interchanged with each other at birth or very soon thereafter within the hospital or hospital ground.
- 4.6. **MOH:** Ministry of health.
- 4.7. **NICU:** Neonatal Intensive Care Unit.
- 4.8. **L&D:** Labor and Delivery.
- 4.9. **HCU:** High Dependency Unit.
- 4.10. **Infant protection system** refers to the newborn/ infant protection system that provides comprehensive newborn and infant security system with the use of wearable identification tag technology/ system to uniquely and efficiently identify newborn, infant and child and includes tamper alarms, exit alarms, and out-of-unit alert (trigger an alarm, locks doors and freezes elevators)that allow staff to act quickly if there is an exchange or abduction event. This system has to establish a tracking record documenting where the newborn, infant and child is at all times.
- 4.11. **Access control policies:** outline the controls access to a place or other resources, for example, controlled access placed on both physical access to the computer system (that is, having locked access to where the system is stored) and to the software to limit access to computer networks and data. There are two types of access control: physical and logical. Physical access control limits access to campuses, buildings, rooms, and physical IT assets. Logical access control limits connections to computer networks, system files, and data.
- 4.12. **Concerned area** refers to any areas where newborns /children are managed or admitted with or without their mother.
- 4.13. The primary nurse or midwife refers to the nurse or midwife accountable for a specific newborn/ infant or a childcare.
- 4.14. Transferring nurse or midwife: nurse or midwife responsible for transporting a newborn or a child from one area to another.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 3 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

5.0 POLICY:

- 5.1. The hospitals that provide maternity and childcare should guarantee the optimum security of each patient, especially in the newborn and pediatric units.
- 5.2. Each hospital's department should develop individual protocols that support the organization's overall prevention of newborn, infant, child exchange or abduction policy and procedures.
- 5.3. The hospitals that provide maternity and childcare should have an abduction prevention team with a role to develop, implement, and evaluate all the quality improvement strategies, including education on newborn, infant and child exchange and abduction system and policies.
 - 5.3.1. The education program must be provided by nursing and midwifery services with a corporation with the patient education department for all employees, staff, and parents.
 - 5.3.2. All women in obstetrics and neonatal/children area including obstetrics clinics must receive education on risk reduction strategies including infant protection systems and newborn security.
- 5.4. The supervisors of the nurses and midwives in the concerned area are responsible for:
 - 5.4.1. Implementation of this policy and auditing of health care staff that has direct care with newborn/ infant/ children (physicians, midwives, nurses, ward clerks, and patient educators, etc) with regards to the compliance to the provision stipulated herein.
 - 5.4.2. Reporting all issues and concerns matters regarding the implementation of this policy to the head of the relevant department and hospital administration.
- 5.5. The hospitals that provide maternity and children care should stipulate a safe environment through:
 - 5.5.1. Develop and enforce visiting policies that increase unit security.
 - 5.5.2. Control access to the strategic locations of the maternity, nursery and children units like the stairwells, doorways, and the hallways; for instance, keep all unit exit doors locked and make sure they are monitored by video surveillance cameras with a date/time stamp to monitor the incoming and outgoing activity and connected with the fire alarm system.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 4 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 5.5.3. The electronic key-card system in the newborn areas for staff (NICU, L&D) and to other areas like obstetrics and gynecology ward and pediatric medical ward and sensitive areas.
- 5.5.4. Nursery and maternity wards should locate away from lobbies with street access.
- 5.5.5. There should be two (2) nurses all the time in the nursery area, even if there is one newborn or infant.
- 5.5.6. The hospital personnel is involved and vigilant in implementing effective security measures in preventing newborn/ infant and child exchange or abduction and in aiding recovery before an abduction occurs.
- 5.5.7. Establish a tracking system to document where the newborn, infant and child is at all times (manually or electronically).
- 5.5.8. The hospitals that provide maternity and childcare should establish a specific guideline for staff to follow in the event of newborn/infant or child in the event of infant or child exchange/abduction.
- 5.6. All hospital staff must receive orientation and education about the environment of care and that they possess the knowledge and skill required to perform their responsibilities.
- 5.7. All hospital staff must participate in the periodic drills (quarterly) and review of safety measures to enhance security.
 - 5.7.1. All nursing and midwifery staff, medical staff and hospital employees in clinical areas must be educated about the current protection system, the prevention, companion policy in obstetrics and gynecology department, code pink policies for the newborn/ infant/child and the contingencies plans at the commencement of their employment with a competency assessment tool done during the training and another time on a yearly base.
 - 5.7.2. Departments heads and or /stakeholders in the concerned area must ensure that regular testing and maintenance of the infant protection system are undertaken to minimize the risk of system failure and false reports of newborn, infant or child mismatches or abduction with its related contingencies plans.
- 5.8. Paternal education is the best line of defense in newborn, infant and children security, families should be instructed concerning newborn, infant or child abduction prevention. This has to be started during antenatal care and continue throughout hospitalizations and postpartum care.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 5 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.0 PROCEDURES:

6.1. Measures that will assist in newborn, infant and child exchange or abduction prevention and enhance recovery.

6.1.1. For hospital staff:

- 6.1.1.1. Screening tool during antenatal care visits, admission to hospital and postpartum care period to aid in identifying risk factors or social issues that can lead to the exchange or kidnapping of newborn/infant/ child should be implemented and audited.
- 6.1.1.2. Screening tool during pediatric clinic visits, admission to hospital to aid in identifying risk factors or social issues that can lead to the exchange of kidnapping of newborn/infant/ child should be implemented and audited.
- 6.1.1.3. All staff will be required to wear a proper hospital identification badge (preferable conspicuous, color-photograph ID badges) at all times and require staff in direct contact with infants to wear a second form of unique ID, such as a badge with a pink background.
- 6.1.1.4. All nursing and midwifery staff will ensure that newborns, infants or children are always in the direct line of sight supervision by parents or hospital staff.
- 6.1.1.5. Only hospital staff members can transport a newborn, infant/child while in the health care facility because the sight of someone carrying a baby or wheeling a child would be considered as an unusual or a suspicious occurrence.
- 6.1.1.6. Hospital staff will transport the newborn, infant and child within the healthcare facility via wheeled bassinet, incubator or cart or wheelchair according to age, height, and weight.
- 6.1.1.7. Always there are two (2) hospital staff that will accompany newborn, infant and child transport, one of them is either a nurse or a midwife and the other one according to the hospital policy and procedure either porter or security or assigned personnel for that job, etc.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 6 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.1.1.8. Parents or staff members are **NOT** allowed to carry the newborn, infant outside of the mothers' room or within the facility at any time.
- 6.1.1.9. All babies of post-cesarean mothers who are still under the effect of anesthesia (or mothers admitted to adult ICU or HDU) and there is no responsible adult person with her, the assigned nurse or midwife is responsible until the mother is fully awake with the presence of a responsible adult as a companion.
- 6.1.1.10. Employees will not give out information regarding infant/ child to a designated caregiver and or the mother/father which must provide the family ID card before releasing information.
- 6.1.1.11. Nursing and midwifery staff will **NOT** post parent's names, addresses, telephone numbers where they will be visible to visitors. This includes a bassinet, cards, room, and board.
- 6.1.1.12. The nurses and midwives will follow the sixth mandatory security measurements provided by the hospital/cluster to avoid exchange and kidnapping of a newborn or the five mandatory security measurement for the infant/ child admission (except 6.1.1.12.1):
- 6.1.1.12.1. **Initial security measure:** educating nurses, staff, and parents, and practicing what you've learned, in most cases, you can help prevent any newborn, infant and child abduction before it happens.
- 6.1.1.12.1.1. Nursing and midwifery staff will be responsible for the education and orientation of mothers regarding safety procedures including the infant protection system on their admission.
- 6.1.1.12.2. **The second measure** ensures the triple maternal ID is secured in place (admission tag, infant tag, infant protection system tag) immediately after birth/ admission in the hospital, and instruct the mother, that she is not to remove her ID or the newborn/ infant/ child tag during the hospital stay.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 7 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.1.1.12.3. **Third security measure:** ensure the infant protection system devices/ tags are placed immediately after the fetal birth or infant/ child admission and activated as per protocol. This has to be done in L&D or the operating room immediately (in case of cesarean birth).

6.1.1.12.4. **Fourth security measure:** footprint identification of the newborn and index mother fingerprint after the fetal birth are taken in the file. The electronic scanner of the footprint and the mother fingerprints that are connected with the mother I.D (electronic medical record) is the preferred method and advised to be provided by the hospital. However, the hospital has an electronic medical record, footprint identifications of the newborn and index mother fingerprint must be electronic too.

6.1.1.12.5. **Fifth security measure:** is following the current prevention policy/ procedures and strict adherent to the discharge policy/ procedures for the mother, newborn/ infant, and child.

6.1.1.12.6. **Sixth security measure:** is having storage (if paper environment) and or archive (if electronic environment) for tracking data of newborns, infants, children, and mothers during their hospital stay. This data must be stored for a minimum of 1 year.

6.1.1.12.7. Strict document in the nursing and midwifery notes, the actions implemented, to provide for the safety, security of newborns/child and their mothers and prevent exchange or abduction.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 8 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.1.1.13 The nurses and midwives will prevent non-authorized access to the L&D room, NICU and postpartum areas.

6.1.1.13.1 Ministry of Health companion policy in the obstetrics and gynecology department should be applied during labor and delivery and post-partum care.

6.1.1.13.2 The nursing call system is working, and the patient is aware and educated about its use and this should be documented in her chart.

6.1.1.13.3 Visitors to the neonatal area and the postpartum area must be provided with identification badges issued by the hospital, no person will be allowed to go inside without proper identification.

6.1.1.13.4 Nursing and midwifery staff will require everyone entering the nursery and obstetric wards to identify themselves and reason for the visit.

6.1.1.13.5 Escort visitors/relatives to the correct patient and identify the relatives with the mother and the primary care nurse or midwife.

6.1.1.13.6 Hospital scrubs and lab coats will be kept in an access-controlled area and are not to be loaned to unauthorized persons.

6.1.2 The hospital staff and family should be educated about the possible abductor profile:

6.1.2.1 Usually an average of thirty (30) years old.

6.1.2.2 Normally, no prior criminal record.

6.1.2.3 Appearing normal but emotionally immature or compulsive.

6.1.2.4 Low self-esteem.

6.1.2.5 Wants to replace an infant or unable to conceive.

6.1.2.6 Announce “phantom pregnancy” and prepared for a waiting birth as an expectant mother would.

6.1.2.7 Will make themselves known and familiar with the hospital personnel and even with the infant parents.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 9 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.1.2.8 Usually, visit the nursery before the abduction asking detailed questions about the hospital procedures and layout.

6.1.2.9 Might pretend to be a health care employee.

6.1.2.10 Hospital personnel should be alert to any unusual behavior they encounter from the individual such as:

6.1.2.10.1 Repeated visiting “Just to see” or hold the infant.

6.1.2.10.2 Questioning about hospital procedures and floor layouts such as “where is the feeding room? Or where the stairs are located?”

6.1.2.10.3 Anyone carrying an infant in her arms (rather than in a bassinet) or carrying large bags or packages should raise a red flag.

6.1.3 Parental education about preventing infant or child abduction:

6.1.3.1 The hospital provides educational materials (pamphlet) which are given to the mother during the antenatal period and upon admission to the hospital. The pamphlet topics include:

6.1.3.1.1 The psychological profile of the abductor

6.1.3.1.2 Never leave a baby/child alone at any time.

6.1.3.1.3 How the hospital will keep your baby/ child safe.

6.1.3.1.4 Hospital security measures.

6.1.3.1.5 Hospital ID procedures.

6.1.3.1.6 The correct way to transport a baby/ child in the hospital.

6.1.3.1.7 How to protect personal information.

6.1.3.1.8 The Mother to check and confirm the identification of the health care provider, attending to, or transferring her baby/ child out of the room.

6.1.3.1.9 How to protect mother and baby/ child after leaving the hospital.

6.1.3.1.10 Risks of birth announcements and sharing information with loved ones and family members.

6.1.3.1.11 Advise the health professional or social workers during antenatal care visits or admission about risk factors or worries about the newborn/neonatal/child safety.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 10 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.1.3.2 For the parents (while in the hospital):

6.1.3.2.1 Become familiar with your nurse or midwife and other hospital staff who will be taking care of you and your newborn/child.

6.1.3.2.2 Question unfamiliar people entering the room or asking about the baby even if they are wearing hospital clothing. If this happens, tell a member of the nursing and midwifery staff immediately.

6.1.3.2.3 Never give your baby to anyone who does not have official hospital identification, and question anyone who tries to carry your baby/ child out of your room.

6.1.3.2.4 Never leave the baby/ child alone in the room.

6.1.3.2.5 If your baby/child needs to have any tests, find out who approved the test, where your baby/child will be taken and how long it will take. You or your companion may go with the baby/ child.

6.1.3.2.6 If you take the baby/child out of the room for any reason, keep the baby in the crib with wheels. Don't carry the baby in your arms when outside the room.

6.1.3.2.7 When the baby is inside the room, keep the bassinet or crib beside you, on the side furthest from the door.

6.1.3.2.8 Be sure to ask the staff about any security questions you may have.

6.1.3.2.9 Make family members and friends about infant security issues and systems.

6.1.3.2.10 Safety recommendations for parents (once leaving the hospital):

6.1.3.2.10.1 Don't replace the announcement in the newspaper or social media.

6.1.3.2.10.2 Don't give your address, telephone number to strangers.

6.1.3.2.10.3 Don't put a sign in announcing your baby's birth in front of your gates.

6.1.3.2.10.4 Never leave your baby/ child unattended.

6.1.3.2.10.5 Don't let people you don't know well into your home.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 11 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.2. Parents and infant identification measures include:

- 6.2.1. Immediately after birth or after infant or child admission, the mother and the infant/ child will be banded with identically numbered bracelets
- 6.2.2. In the event of multiple gestations, the mother will be banded with a numbered identification with each newborn.
- 6.2.3. The health care professionals will ensure that the three (3) ID bands will contain the following:
 - 6.2.3.1.1. ID band number, which will be documented in the nursing and midwifery notes and the electronic clinical records (if available).
 - 6.2.3.1.2. Newborn's (infant or the child) medical record, date/time of birth and correct gender, which will be documented accordingly.
 - 6.2.3.1.3. Mother's name (full name printed) and medical record number.
 - 6.2.3.1.4. The three (3) ID bands also have the matching numbers imprinted on them as additional identification (provided by the infant protection system).
 - 6.2.3.1.5. The following identification documents can be considered if available: National Healthcare ID, footprint identification of the newborn and/or the index fingerprint of the mother.
- 6.2.4. All-time during the placement or removal of the ID bands/tags or any procedures or treatment or transfer or any type of contact with mother and her infant/ child the identification bands has to be checked by two (2) health care professional and documents.
- 6.2.5. The identification bracelet of the newborn/ infant or child will be secured at all times.
- 6.2.6. The parents will be instructed that the identification bracelet must always be worn until the newborn/ infant or child is discharged.
- 6.2.7. The mother and the newborn/ infant/ child will remain together during the entire hospitalization, unless, one of them is transferred to a critical care/HDU.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 12 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.2.7.1. A nurse or midwife will always be present until the newborn is transferred from the L&D room to the post-partum care.
- 6.2.7.2. The newborn will be transported from the L&D unit in a cot/ bassinet or incubator and a nurse's or midwife's handover and baby identification will be performed with the receiving unit.
- 6.2.7.3. The infant and child will be transported in a cot/bassinet/ incubator /wheeled bed or wheelchair and a nurse's or midwife's handover and infant/child identification will be performed with the receiving unit.
- 6.2.7.4. All newborn/ infant/ child leaving/ entering a ward or neonatal area will have their ID bands checked by two (2) nurses or midwives and the infant protection system tag on the system will be changed to transport mode.
- 6.2.7.5. The newborn/ infant/ child is handed over to the operation room or diagnostic procedures nurse in another department in and out.
 - 6.2.7.5.1. At least one (1) nurse or midwife of the transferring health professional will attend any planned procedure with the newborn/ infant/ child while the other nurse will perform the necessary communication and paperwork in the receiving area.
 - 6.2.7.5.2. The newborn/ infant/ child will never be left unattended by the transferring nursing or midwifery team.
 - 6.2.7.5.3. The attendance and departure of the newborn/ infant/ child in a new area will be registered and document on the clinical (medical) record (papers or electronically, if present, as per hospital protocol and this policy.
- 6.2.7.6. Other employees are not permitted to remove newborn/ infant/ child from clinical settings such as the ward or neonatal areas, without the primary or transport nurse or midwife.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 13 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.2.7.7. Nurses or Midwives will always accompany a newborn/ infant/ child during inter-hospital transfer.

6.2.7.8. When parents visiting their baby/child in the special care unit (SCBU) or any equivalent, or intermediate care nursery or NICU, their ID will be checked and matched with the ID band by the health professional or unit assistance or clerk before entering the unit. Visiting grandparents will be accompanied by the newborn's/ infant/child parents.

6.2.8. For a newborn/ infant/ child transfer from other hospitals, the unit assistance or clerks will check with and compare any of the parents' face id and their photo identification (matching the information with family card) and place the ID hard copy in the newborn/ infant/ child's clinical record.

6.2.8.1. The mother's national ID card must be checked and confirmed as the mother; and

6.2.8.2. The father's national ID card must be checked and confirmed as the father.

6.3. Newborn/ infant/ child discharge:

6.3.1. The physician will write the discharge order.

6.3.2. Always there are two(2) hospital staffs that will discharge the mother, newborn, infant and child, one of them is either a nurse or a midwife and the other one according to the hospital policy and procedure either ward clerk or security or assigned person for that job, etc. One of them has to speak the Arabic language.

6.3.3. If the baby/child is not roaming-in, the mother will be called to receive the newborn.

6.3.4. When the newborn remains in the hospital for care after the mother is discharged, the mother will bring the newborn ID band given to her after birth as evidence to discharge the baby.

6.3.4.1. The infant protection system (mother tag) will be discharged from the software without discharging the baby.

6.3.5. The newborn will be only discharged to the mother.

6.3.5.1 If the mother is unwell and unable to come to the hospital, the father will be required to give twenty-four (24) hours of advanced notification to the neonatal area.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 14 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.3.5.2 The father will bring his photo identification papers/ Saudi ID/ Recognized ID by Saudi law (non-Saudi) and the newborn/ infant's ID band to collect the baby/infant.
- 6.3.6 Discharge of the newborn/ infant/ child to anyone other than parents is not allowed.
- 6.3.6.1 If any person other than mother intends to discharge the newborn/ infant, the most responsible physician/ consultant neonatologist, nurse or midwife manager/shift coordinator or ward clerk, social services and patient relation will all be contacted to consent and arrange a time for discharge.
- 6.3.6.2 The discharged paper and plan will be handed to the discharging person.
- 6.3.6.3 All of the above must be documented.
- 6.3.7 Two (2) either nurses or midwives will check the ID bands of every newborn (special attention when discharging multiple births/checking twins/triplets).
- 6.3.8 The nurse or midwife will remove the mother's ID band and one (1) of the baby/child's ID band before the mother is escorted out of the ward/concerned area in a wheelchair with her baby/child. It is better and advised to place the baby/infant in the car seat (provided by the parents).
- 6.3.9 The baby/child ID band will be given to the attending nurse or midwife to be filed in the baby/ infant/ child's medical records manually and electronically if available.
- 6.3.10 The nurse or midwife will always assist with the discharge of the baby/ infant/ child together with the parent(s) until they exited the hospital premises.
- 6.3.11 The infant protection system is deactivated and removed from the baby/ infant/ child's body before discharging from the ward.
- 6.3.12 You will follow the discharge policy and procedures of the hospital especially for identification of parents and matching that with the newborn/ infant/ child and preparing discharge documents and filling them manually or electronically.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 15 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.4. Hospital safety and security department:

- 6.4.1. Proper selection of the safety and security personnel with strict criteria of personality matching job level of vigilance and ensures their proper level of education and special training in security and technology and the infant protection system with all related contingency plans. This is in addition to point 6.5.3.
 - 6.4.1.1 competency assessment of all the above during the training and after that twice a year.
 - 6.4.1.2 Drill quarterly announced and twice a year unannounced for all the above points.
- 6.4.2. Guard all points of access to the concerned areas twenty-four (24) hours a day, seven (7) days a week.
- 6.4.3. Develop, enforce visiting policies that increase unit /wards security and assess the enforceability of visiting policies, including the number of visitors each patient is allowed, for example,
 - require visitors to sign in and identify themselves
 - units/wards can restrict visitors to two at a time per patient to limit the unit traffic.
- 6.4.4. Hospital security personnel will screen all visitors going to L&D room, nursery, NICU postnatal, and pediatric wards. The visitors must identify themselves and reason for a visit especially if not during visiting hours. They will not allow visitors, outside the specified visiting hours, except with the written approval of the main treating physician or hospital or medical director.
- 6.4.5. Assigned security personnel in the unit must be vigilant in observing each visitor coming inside the newborn unit. They will stop anyone leaving the hospital/concerned area with a newborn/infant/ child unattended by a nurse or midwife to clarify their identity, the newborn/ infant/ child's identity and confirm if the baby/child was handed to them by the medical, nursing and midwifery staff after discharge.
- 6.4.6. Assigned security personnel in the unit must clarify the identity of any non-medical person entering or leaving the concerned areas out of visiting hours and requested justification of their presence.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 16 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.4.7. The hospital will assign a specific safety and security office phone number or extension for immediate reporting of any unidentified individuals, suspicious activity or behavior or unfamiliar persons to family or the head of the department, head nurse, charge nurse or midwife. This phone number will be posted visibly to all hospital staff and visitors and included in the policy and procedures.

6.4.7.1. They must respond promptly within ten (10) minutes or less, to any call from medical/nursing/ midwifery staff and patients if any issues related to security is reported through phone or infant protection system or observed through the surveillance camera.

6.4.7.2. Information posters should be available in the clinics/ postpartum /pediatric units/ wards highlighted what parents need to know to increase their awareness of abduction and or exchange of the baby.

6.4.8. The hospital security and safety department provides video surveillance with assigned personnel to monitor traffic flow within the hospital premises and keep the recorded data for at least one month.

6.4.9. In case if the electronic medical record or camera, or infant protection system is not functioning or there is no supply of its accessory or tags, the established contingency plan in the hospital and the region will be implemented accordingly.

6.4.10. All electronic systems (i.e. information technology solutions), medical and non-medical, in the hospital should meet the Saudi national cybersecurity regulations and MOH cyber-security regulations. These regulations are available in the IT department.

6.4.11. Securing Hospital Exits:

6.4.11.1. Examine and evaluate hospital exits and high traffic areas and plan its security especially during visiting hours.

6.4.11.2. All exterior doors to the newborn/ infant units and children are staying must be under strict access control/ locked.

6.4.11.3. The security supervisor will limit hospital exits after official hours.

6.4.11.4. The security supervisor will limit the hospital exits after visiting hours.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 17 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.4.11.5. A list of discharged newborn/ infant/ children should be given to the safety and security department to monitor their discharges from one exit point in the hospital.
- 6.4.11.6. Security cameras will function twenty-four hours (24) hours a day and be able to follow any individual when required.
- 6.4.11.7. Access control system connected with the fire alarm system.
- 6.4.11.8. Intelligent functioning cameras will be kept on all times with a central monitoring station to allow the monitoring of any moving object in the concerned area.
- 6.5. **Education, training, and auditing of hospital personnel on newborn/ infant/ child exchange or abduction prevention includes the following but is not limited to:**
 - 6.5.1. Preparation of booklet/ brochures and educational material and signs.
 - 6.5.2. Six (6) months checklist review with quarterly drill and audit of the prevention policy and procedures, pink code and the infant protection system for newborn, infant and child exchange or abduction prevention.
 - 6.5.3. Yearly mandatory education sessions will be conducted for all healthcare workers with competency assessment in area caring for women, newborn/ infant/ children, containing information on:
 - 6.5.3.1 Policy and procedures of prevention of exchange/ kidnapping newborn/ infant and children.
 - 6.5.3.2 Pink code policy and procedures.
 - 6.5.3.3 Identifying behavioral characteristics of a potential abductor.
 - 6.5.3.4 Questions to ask regarding unusual characters and behaviors and where to report.
 - 6.5.3.5 Infant protection system
 - 6.5.3.6 Contingency plan in case if the electronic medical record, camera or infant protection system is not functioning or there is no supply of its tags or accessory.
 - 6.5.3.7 Information on the offender profile and unusual behavior.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 18 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.5.4. Work Practices for safeguarding newborn/ infants and vulnerable children.
- 6.5.5. Incident and reporting.
- 6.5.6. Worker's training should be documented and kept for five-year years and attached to the personnel file of the employee.
- 6.5.7. Twice yearly unannounced pink code drill will be held to test and evaluate the staff awareness and ability to follow the protocol and procedures.
- 6.6. **Responsibilities**
 - 6.6.1. Nursing and midwifery services and all departments involved in the care of a newborn, infant, children will be responsible for ensuring implementation of the adherence to the provisions of this prevention policy and procedures and related one as code pink and MOH companion's policy in obstetrics and gynecology department.
 - 6.6.2. The quality and patient safety department in each hospital is responsible for monitoring compliance with all the provisions stipulated here and meet quarterly with the abduction prevention team for reporting, auditing and working on the implementation of the recommendation to grant the safety of the mother and her baby/child.
 - 6.6.3. The abduction prevention team is responsible for ensuring auditing and appropriate compliance by the quality and patient safety department and will be reporting to the cluster or hospital director (according to the organization chart).
 - 6.6.4. Quarterly yearly meeting by abduction prevention team with Code Pink task force and all related departments for auditing of all the main points:
 - 6.6.4.1. Educations, training and competency assessment for all hospital staff.
 - 6.6.4.2. Implementation of the prevention of newborn, infant, and child exchange or abduction, code pink, and MOH companion's policy in the obstetrics and gynecology department.
 - 6.6.4.3. All related drills to the prevention of newborn, infant, and child exchange or abduction, code pink, and contingency plans.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 19 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.6.4.4. Review and update the education material, posters for all employees/families, assessment tools, screening, and patient experience questions, brochures, all related forms for the prevention of newborn, infant, child exchange and abduction, code pink and MOH companion's policy in obstetrics and gynecology department,
- 6.6.4.5. Reports of family educations and awareness and its assessment tool has randomly done for at least 30 percent of birth incorporation with the patient experience department.
- 6.6.4.6. Reports of camera surveillance and the infant protection system and its regular testing and maintenance.
- 6.6.4.7. Develop a written assessment of the risk potential for infant abduction, and update annually as needed.
- 6.6.4.8. Annually review the prevention and response plan.
- 6.6.4.9. Preparation of all the above reports, recommendations, and follow up of the implementation of the recommendations after the approval of the cluster or hospital director (according to the organization chart).

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: RISK MANAGEMENT & SAFETY COMMITTEE	Page: 20 of 20
TITLE: Prevention of Newborn, Infant and Child Exchange or Abduction	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

7. Related Documents:

- 7.1 Code pink policy and procedures
- 7.2 MOH companion's policy in the obstetrics and gynecology department.
- 7.3 Checklist to verify the implementation of standard care for the prevention of newborns, infants, and children from exchange and abduction.

8. References:

- 8.1 Beachy, P., & Deacon, J. (1992) preventing neonatal kidnapping. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 21(1), 12-16.
- 8.2 Miller, R. S. (2007) Preventing infant abduction in the hospital. Nursing2007, 37(10), 20-22.
- 8.3 Ministry of Health (MOH) (2009) Memorandum about newborn protection from exchange and abduction.
- 8.4 National Guard Hospital (NGH) (2008) safety and security system for the newborn APP.
- 8.5 Rabun, J. B. (2009) For healthcare professionals: Guidelines on prevention of and response to infant abductions. National Center for Missing and Exploited Children.
- 8.6 Head of Corporate Business (NHS) (2017) Infant/child abduction (prevention of) policy
- 8.7 Hospital Association of Southern California (2007) Health care emergency codes a guide for code standardization.



Checklist to verify the implementation of standard care for the prevention of newborns, infants, and children from exchange and abduction

المنطقة : _____ اسم المستشفى : _____

HOSPITAL						المنشأة	م
إجابات عند الاقتضاء	سبب عدم التفعيل	غير مفعّل	مفعّل	YES	NO	الهند	
						What is the hospital bed capacity? ماهي السعة السريرية للمستشفى؟	1
						What is the total number of newborns in the last year? ما هو عدد المواليد الإجمالي في العام الماضي؟	2
						What is average number of births per day? كم عدد متوسط الولادات في اليوم الواحد؟	3
						All medical staff have discernible color-photograph ID badges and uniform. العاملون في الأقسام التي تتعامل مع المواليد عندهم لباس وبطاقة مميزتين عن بقية العاملين في المستشفى ليسهل التعرف عليهم	4
						Hospital scrubs and lab coats will be kept in access controlled areas and are not to be loaned to unauthorized personnel. تتوفر أماكن محكمة للزى الطبي بحيث لا يصل إليها إلا الكادر الطبي فقط	5
						What is the bed capacity of the nursery? ماهي سعة الحضانة؟	6
						How many nurseries are inside the hospital? How many bassinets are in all the nurseries? كم عدد الحضانات بالمستشفى وكم عدد الحاضنات (الأسرة) الإجمالي؟	7
						How many doors does the nursery have? كم عدد أبواب الحضانة؟	8
						Are the nursery entrance and exit doors secured with the access control system? هل أبواب مداخل ومخارج الحضانة مراقبة بنظام التحكم بالدخول الأمن؟	9
						How many exit doors are on the ground floor? (Main, Emergency) كم عدد الأبواب في الطابق الأرضي (شاملة المدخل الرئيسي والطوارئ)	10

HOSPITAL						المنشأة	
م	البند	NO	YES	مفعّل	غير مفعّل	سبب عدم التفعيل	إجابات عند الاقتضاء
11	How many elevators in the lobbies? كم عدد المصاعد بالردهات؟						
12	What is the total number of main gates? ما هو عدد المداخل الرئيسية؟						
13	Availability of infant protection system. توفر نظام الحماية الإلكتروني لمنع اختطاف الأطفال والمواليد						
14	Availability of contingency plan in absence of infant protection system. هل توجد خطة طوارئ عند عدم التمكن من تفعيل نظام الحماية الإلكتروني لأي سبب كان						
15	Presence of maternal screening tool for the risk factor(s) for infant or child abduction. وجود استبيان مبدئي للاستقصاء عن وجود عوامل خطر لدى العائلة تشير إلى إمكانية الخطف أو الاستبدال						
16	A clear policy and procedures for Code Pink? سياسة واضحة لإجراءات البلاغ الوردي						
17	A clear companion's policy in the obstetrics and gynecology department? سياسات وإجراءات للمرافق في قسم النساء والولادة						
18	A clear policy and procedures for the prevention of abduction and exchange of newborns, infants and children. سياسات وإجراءات لمنع اختطاف أو تبديل المواليد والأطفال						

		MOTHER & BABY					الأم و الطفل	
م	البند	NO	YES	مفعّل	غير مفعّل	سبب عدم التفعيل	إجابات عند الاقتضاء	
غرفة الولادة								
قبل الولادة								
1	Extraction of blood sample from mother (upon admission) and newborn (after birth) for blood grouping and documentation in both medical records. يتم أخذ عينة من دم الأم عند دخولها غرفة التوليد وعينة من دم الطفل عند ولادته مباشرة لعمل فصيلتهما وتدوينهما في الملف الطبي الخاص بهما .							
2	The nurse will educate the patient about the nursing call system and the prevention of infant exchange and abduction policy and procedure. تقوم الممرضة بتعريف الأم والعائلة باستخدام جهاز نداء التمريض وسياسة منع خطف واستبدال الأطفال							

		MOTHER & BABY				الأم و الطفل	
م	البند	NO	YES	مفع ل	غير	سبب عدم	إجابات عند
					مفعّل	التفعيل	الاقتضاء
بعد الولادة مباشرة / Immediately after birth							
1	Placement of a matched mother and fetal ID tags with the infant protection system activated tags immediately after the fetal birth in the labor and delivery or operating room. يتم وضع الأسورة التعريفية و الأسورة الممغنطة مع تفعيلها بين.الأم والطفل بعد الولادة مباشرة سواء في غرفة الولادة أو العمليات						
2	The mother’s index fingerprint and the newborn’s footprint are taken after birth and saved in the file. أخذ بصمات الأم و أقدام المولود على ملف الأم بعد الولادة مباشرة						
3	Skin to skin contact considered between mother and her baby. يتم تفعيل المساكنة بين الأم والطفل						

		MOTHER & BABY					الأم و الطفل	
إجابات عند الاقتضاء	سبب عدم التفعيل	غير مفعّل	مفعّل	YES	NO	البند	م	
		جناح التنويم						
		Postpartum care / بعد غرفة الولادة/						
						The mother and her baby or child will remain together, the bassinet or crib kept away from the door. يتم إبقاء سرير المولود بجوار الأم طوال الوقت وإبعاده عن مخرج الغرفة	1	
						التنويم (عند تنويم الأم ورضيعها أو طفلها لأي سبب كان) Upon admission for any reason		
						Placement of a matched mother and fetal ID tags with the infant protection system activated tags upon admission for any reason. تم وضع الأسورة التعريفية و الأسورة الممغنطة مع تفعيلها بين الأم والطفل حال تنويمهما لأي سبب كان	2	

NURSERY UNIT قسم الحضانه							
م	الهند	NO	YES	مفعل	غير مفعل	سبب عدم التفعيل	إجابات عند الاقتضاء
1	The nursery is located away from exits. قسم حديثي الولادة بعيد عن المخارج						
2	Newborn nurseries are designed to be in front of the nurses and the front wall of the neonatal rooms to be made from glass so the nursing staff can monitor them for 24 hours. حضانات حديثي الولادة مصممة بحيث تكون أمام التمريض و الحائط الأمامي لغرف حديثي الولادة من الزجاج الكاشف بما يمكن العاملين في جهاز التمريض من المراقبة على مدار 24 ساعة						
3	2 Nurses to be available at all times. تواجد عدد (٢) من الممرضات على مدار الساعة						

NURSERY التمريض							
م	الهند	NO	YES	مفعل	غير مفعل	سبب عدم التفعيل	إجابات عند الاقتضاء
1	There should always be 2 hospital staff to accompany the infant or the child during transport, one always being either nurse or midwife. توفر شخصين (أحدهما من الطاقم الصحي) لنقل الطفل داخل الأقسام المختلفة بالمستشفى						
2	There are 2 nurses from the hospital at the discharge time of the baby and his/her mother, for matching the data in the medical file and on the baby's tags (one of them must speak the Arabic language). توجد ممرضتين عند خروج الطفل ووالدته من المستشفى تقوم بمطابقة البيانات في الملف الطبي وعلى سوار الطفل إحداهما يجب أن تتحدث اللغة العربية .						
3	Filling Baby discharge form. تعبئة نموذج خروج الطفل						

INFANT PROTECTED AREA RELATED QUESTIONS							
م	البند	NO	YES	مفعّل	غير مفعّل	سبب عدم التفعيل	إجابات عند الاقتضاء
1	How big is the area of coverage where the Infant Protection System has to be implemented (in square meters)? ماهي المساحة التقريبية المتوقع تغطيتها بنظام حماية الأطفال من الاختطاف ؟						Ex: 600 square meters
2	What is your primary focus area for infant protection? ماهي المساحة المتوقع التركيز عليها بعد تطبيق نظام حماية الأطفال من الاختطاف ؟						
3	How many exit points are connected to the infant protection system? كم عدد الأبواب في المساحة التي من المتوقع التركيز عليها اثناء تطبيق نظام حماية الأطفال من الاختطاف ؟						Ex: 2 doors for Nursery and 2 for NICU

HEALTH EDUCATION							التثقيف الصحي
م	البند	NO	YES	مفعّل	غير مفعّل	سبب عدم التفعيل	إجابات عند الاقتضاء
1	To provide awareness and health education for the family and accompanying members on how to keep the baby or child from abduction, both inside and outside the hospital during pregnancy. تتم التوعية والتثقيف الصحي للعائلة و المرافق عن كيفية الحفاظ على المولود أو الطفل من الاختطاف سواء داخل المستشفى أو خلال فترة الحمل خارجها						
2	To provide an awareness and health education for the family and accompanying members on how to keep the baby or child from abduction, both inside and outside the hospital upon admission. عند التنويم للولادة تتم التوعية والتثقيف الصحي للعائلة و المرافق عن كيفية الحفاظ على المولود أو الطفل من الاختطاف سواء داخل المستشفى أو خارجها.						
3	To provide an awareness and health education for the family and accompanying members on how to keep the baby or child from abduction, after discharge from the hospital. تتم التوعية والتثقيف الصحي للعائلة و المرافق عن كيفية الحفاظ على المولود أو الطفل من الاختطاف بعد الخروج من المستشفى.						

HEALTH EDUCATION						التثقيف الصحي	م
إجابات عند الاقتضاء	سبب عدم التفعيل	غير مفعّل	مفعّل	YES	NO	البند	
						To provide an awareness and health education for the family and accompanying members regarding procedures to follow if abduction or exchange has occurred. تتم التوعية والتثقيف الصحي للأم أو المرافق عن الخطوات المتبعة عند حدوث خطف أو استبدال	4
						Presence of assessment tools measuring family education and awareness about the prevention of abduction or exchange. يوجد نموذج استبيان لقياس التوعية و التثقيف لما يخص منع الاختطاف أو الاستبدال	5
						Presence of assessment tools measuring family education and awareness about companion policy in the obstetrics and gynecology department. يوجد نموذج استبيان لقياس التوعية والتثقيف لسياسة المرافق في أقسام النساء والولادة في وزارة الصحة.	6

IT RELATED						تقنية المعلومات	
إجابات عند الاقتضاء	سبب عدم التفعيل	غير مفعّل	مفعّل	YES	NO	البند	م
Ex: Excel, Database, third party, None						Do you have a Hospital Information System HIS in place? Is it HL7 enabled? هل يوجد نظام إدارة المعلومات الطبية في المستشفى؟ هل هو مطابق لمعايير HL7 ؟	1
						Does the HIS provide API for accessing information? هل نظام المعلومات الطبية المستخدم في المستشفى يدعم خاصية الـ API أي للربط بين الأنظمة الداخلية والخارجية؟	2
						Do you have a code – pink policy and procedure? هل يوجد لدى المستشفى إجراء في حال اختطف طفل (سياسات الكود الوردية) ؟	3
Ex: Maintain Desktop, HIS, network (please choose whatever is applicable)						Do you have an IT team in place? هل يوجد لدى المستشفى فريق لتقنية المعلومات ؟	4

التدريب والتعليم المستمر						
م	البند	NO لا	YES نعم	مفعّل	غير مفعّل	سبب عدم التفعيل
1	The training courses on security and safety policies and programs are provided in the hospital. وجود دورات تدريبية على برامج وسياسة الأمن والسلامة					
2	Training on (CODE PINK) for all hospital staff annually with an assessment of competency tool. يتم عمل تدريب على البلاغ الوردي سنوياً مع وجود قياس لمهارات لجميع العاملين بالمستشفى واستيعاب التدريب					
3	Training for prevention of infant abduction or exchange for all hospital staff annually with an assessment of competency tool. يتم عمل تدريب على سياسات وإجراءات منع الاختطاف سنوياً لجميع العاملين بالمستشفى					
4	Drills for prevention of infant abduction or exchange for all hospital staff 4 times annually which is announced, and 2 drills not announced. يتم عمل تدريب محاكاة على منع اختطاف وكذلك الكود الوردي كل أربعة أشهر ويكون معلناً ، وعدد مرتين محاكاة غير معلن سنوياً لمحاكاة الاختطاف.					
5	Special training courses for the safety and security departments in addition to the general training mentioned above is provided. يتم تنظيم دورات تدريبية مكثفة لشاغلي وظائف الحراسة الأمنية بالتنسيق مع الجهات الأمنية المختصة، وإدارة الأمن والسلامة					

SECURITY AND SAFETY						الأمن والسلامة	
إجابات عند الاقتضاء	سبب عدم التفعيل	غير مفعّل	مفعّل	YES	NO	البند	م
						Develops and enforces visiting policies that increase ward security. توفّر وتطبّق سياسات إجراءات الزيارة للمرضى بصرامة لمزيد من الأمن والسلامة لأقسام الولادة و الأطفال	1
						Limit hospital exits during visiting hours. تقليص المخارج خاصة أثناء أوقات الزيارة بما يُمكن من تركيز المراقبة	2
						Emergency exits are to be equipped with an electronic alarm system and fired only upon opening of the door to prevent misuse. مخارج الطوارئ مزودة بأجراس تنطلق عند الفتح للحيلولة دون إساءة استخدامها	3
						All staff are wearing a proper hospital identification badge at all times. جميع العاملين في المستشفى يحملون بطاقة المستشفى مع وجود صورة واضحة واسم الموظف والإدارة التابع لها	4
						Surveillance cameras are available as standard at the entrances and exits of maternity wards, children and neonatal unit rooms. توجد كاميرات مراقبة حسب المعايير في مداخل ومخارج عناية الولادة والأطفال وغرف وحدة حديثي الولادة	5
						These cameras are supervised by a ladies' security team. يتم الإشراف النسائي على هذه الكاميرات	6
						Real-time monitoring of cameras by supervisors. تتم المتابعة اللحظية للكاميرات بواسطة المشرفات	7
						Security personnel is qualified and meets the requirements of the job such as vigilance and the ability to follow up, etc. الأفراد العاملون في الحراسة الأمنية يمتازوا بمواصفات تتلاءم مع متطلبات الوظيفة من حيث اليقظة والقدرة على المتابعة وغيرها	8
						Are all exits secured with an access control system? هل أبواب الخروج محمية بنظام التحكم في الأبواب ؟	9

SECURITY AND SAFETY						الأمن والسلامة	
م	الهند	YES	NO	مفعّل	غير مفعّل	سبب عدم التفعيل	إجابات عند الاقتضاء
10	How many emergency staircases are there? Are the doors for those emergency staircases secured with an access control system? كم درج للطوارئ يوجد داخل المستشفى؟ هل أبواب المؤدية للأدراج مثبتة بنظام التحكم في الوصول؟						
11	Are there any CCTV cameras monitoring the emergency staircases? هل درج الطوارئ مراقب بكاميرات للمراقبة؟						
12	Are the elevators connected to the access control system? هل يمكن التحكم بالمصاعد عن طريق نظام التحكم بالأبواب؟						
13	What is the existing nurse call system? Is it IP based? ماركة نظام استدعاء الممرضات؟ هل النظام IP						
14	Is the existing CCTV IP or analogue? ما هو نظام كاميرات المراقبة؟ هل مربوطة بعنوان إلكتروني أو تعمل بطريقة غير إلكترونية؟						
15	Access control system is connected with the fire alarm system. نظام التحكم متصل الكترونيا بنظام إنذار الحريق						

THE ABDUCTION PREVENTION TEAM

م	الهند	NO	YES	مفعل	غير مفعل	سبب عدم التفعيل	إجابات عند الاقتضاء
1	Availability of the abduction prevention team. توفر فريق عمل للحماية من الخطف والاستبدال						
2	The abduction prevention team is supervising education, training and competency assessment for all hospital staff forms for the prevention of newborn, infant, child exchange and abduction. يشرف على تعليم فريق عمل الحماية من الخطف والاستبدال وتدريب جميع العاملين بالمستشفى فيما يتعلق بمنع خطف واستبدال الأطفال						
3	The abduction prevention team has reviewed and updated the educational material, posters, etc. for the prevention of newborn, infant, child exchange and abduction. يراجع ويحدث فريق عمل الحماية من الخطف والاستبدال جميع الوسائل التعليمية والتثقيفية المختلفة التي تستخدم في منع اختطاف واستبدال المواليد والأطفال.						
4	Preparation of reports for the prevention of newborn, infant, child exchange and abduction, recommendations, and follow up of the implementation of the recommendations (attach if available) هل تم عمل تقارير تحليلية فيما يتعلق بمنع خطف واستبدال الأطفال للعمل بالتوصيات الواردة فيها (برجااء إرفاقها)						

عضو الفريق	المسمى	التوقيع

- i **Access control system:** refers to a system that controls access to a place or other resources, for example, controlled access placed on both physical access to the computer system (that is, having locked access to where the system is stored) and to the software to limit access to computer networks and data. There are two types of access control: physical and logical. Physical access control limits access to campuses, buildings, rooms, and physical IT assets. Logical access control limits connections to computer networks, system files, and data.
- ii **Infant protection system:** refers to the newborn/ infant protection system that provides comprehensive newborn and infant security system with the use of wearable identification tag technology/ system to uniquely and efficiently identify newborn, infant and child and includes tamper alarms, exit alarms, and out-of-unit alert (trigger an alarm, locks doors and freezes elevators)that allow staff to act quickly if there is an exchange or abduction event. This system has to establish a tracking record documenting where the newborn, infant and child is at all times. And conducted into abducted Infant/ child or suspected exchange of newborn/ infant reporting tool with all recorded evidence base such as picture, video, tag cut, etc.

Code Pink

POLICIES AND PROCEDURES

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 1 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

1.0 PURPOSE:

- 1.1. This policy provides information on the response in the event of suspected or reported a newborn, infant or child exchanged or abduction; or even missing from any place within the hospital or hospital ground.
- 1.2. This document may be used as an outline for other institutions' policies and procedures; modifications are permissible as long as they do not contradict any of the general principles.
- 1.3. To ensure a rapid, orderly and comprehensive response to Code Pink.
- 1.4. To outline the responsibilities of hospital staff when neonate/ infant or child abduction/exchange or loss has occurred or suspected.
- 1.5. Develop a plan or a mechanism to protect neonate/ infant/ children and to monitor suspicious movements and actions to prevent the abduction.
- 1.6. To train the hospital staff and family in the preventive measures to be taken in a possible case of neonate/ infant or child abduction/ exchange or loss.

2.0 SCOPE:

- 2.1. Obstetrics and gynecology/ pediatric with their intensive care units' staff as physicians, nurses, and midwives.
- 2.2. Hospital employees especially related departments as administrations, operational control, and safety/security department, etc.
- 2.3. Families.

3.0 ACCOUNTABILITY:

- 3.1. Hospital management and medical director
- 3.2. Head of the obstetrics and gynecology/pediatrics/intensive care, nursing, and midwifery units.
- 3.3. Head of safety and security department.
- 3.4. Head of switchboard.
- 3.5. Social worker.
- 3.6. Public relations officer.
- 3.7. Telephone communication office in the hospital.
- 3.8. Quality and patient safety.
- 3.9. Abduction prevention team
- 3.10. Code Pink task force.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 2 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

4. DEFINITIONS:

- 4.1 Code Pink:** is the code used for notifying actual or possible missing and/or abducted Infant/ child or suspected exchange of newborn/ infant.
- 4.2 Neonate:** a newborn baby, specifically a baby in the first twenty-eight (28) days after birth inclusive (first four weeks of birth).
- 4.3 An infant** is a child aging above 28 days up to 2 years.
- 4.4 A child** refers to a person who has not yet attained the age of 15 years (for this document above to 2 years until the age of 14 inclusive).
- 4.5 Newborn, infant or child abduction:** anytime the newborn, infant or child is noted missing from any place within the hospital or hospital ground.
- 4.6 Newborn exchange:** any time there is newborn either by error or malice, are interchanged with each other at birth or very soon thereafter within the hospital or hospital ground.
- 4.7 MOH:** Ministry of Health.
- 4.8 NICU:** Neonatal Intensive Care Unit.
- 4.9 L&D:** Labor and Delivery.
- 4.10 HDU:** High Dependency Unit.
- 4.11 Infant protection system** refers to the newborn/ infant protection system that provides comprehensive newborn and infant security system with the use of wearable identification tag technology/ system to uniquely and efficiently identify newborn, infant and child and includes tamper alarms, exit alarms, and out-of-unit alert (trigger an alarm, locks doors and freezes elevators) that allow staff to act quickly if there is an exchange or abduction event. This system has to establish a tracking record documenting where the newborn, infant and child is at all times. And conducted into abducted Infant/ child or suspected exchange of newborn/ infant reporting tool with all recorded evidence base such as picture, video, tag cut, etc.
- 4.12 Access control policies:** outline the controls access to a place or other resources, for example, controlled access placed on both physical access to the computer system (that is, having locked access to where the system is stored) and to the software to limit access to computer networks and data.
- There are two types of access control: physical and logical. Physical access control limits access to campuses, buildings, rooms, and physical IT assets. Logical access control limits connections to computer networks, system files, and data.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 3 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

4.13 The physical description should include as much as possible information about the abductor as:

- 4.13.1. Age
- 4.13.2. Gender
- 4.13.3. Race
- 4.13.4. Height
- 4.13.5. Weight
- 4.13.6. Body build
- 4.13.7. Any other specific description (clothes, hair, color, body mark)
- 4.13.8. Location building number, section, unit, floor, etc)
- 4.13.9. Carrier equipment used for transporting newborn/ infant/ child.

5. POLICY:

- 5.1** As a general rule, hospitals that provide maternity and child care should guarantee the optimum security of each patient, especially in the newborn and pediatric units.
- 5.2** Hospitals that provide maternity and child care should have a Code Pink task force (multidisciplinary response team).
- 5.3** In the event of Code Pink, hospital staff must follow procedural guidelines to respond and locate the exchanged or lost or abducted neonate/ infant or child.
- 5.4** All employees must receive appropriate education and training with competency assessment relative to their response roles. Code Pink drill should be conducted in every department triannual to maintain the competency of the health providers and employees.
- 5.5** The enlisted Code Pink team should be trained to carry out their assigned responsibilities during the Code.
- 5.6** Each hospital department should develop individual protocols that support the organization's overall Code Pink response.
- 5.7** Every hospital department should develop a written, critical-incident response plan in the event of a suspected or confirmed newborn, infant, child exchange or abduction.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 4 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6. PROCEDURES:

6.1 The hospitals that provide maternity and child care should:

- 6.1.1 have a prevention policy on prevention of newborn, infant and children abduction.
- 6.1.2 establish an access control policy for the maternal child health wards/units.
- 6.1.3 have an abduction prevention team with a role to develop, implement, and evaluate all the quality improvement strategies, including education on newborn, infant and child exchange and abduction prevention policy and procedures.

6.1.3.1 the abduction prevention team should have an assessment tool of all risk potentials for newborn, infant and child abduction and update annually as needed.

6.1.4 build a Code Pink task force and their members may include personnel from maternal-child health staff (physicians, nurses, and midwives), safety and security, quality and patient safety, etc.

6.1.4.1 task force team leader shall be the assigned staff nurse or midwife or designated charge nurse or midwife of the department where the alarm is occurring or ranking security staff.

6.1.4.1.1. team leader obtains all pertinent information regarding the description of the alleged kidnapper and newborn/ infant/ child, and the situation in the ward/ unit at the time of the kidnapping and report it to Code Pink team task force and personnel responsible for running the Code Pink.

6.1.4.2 Code Pink task force should review the hospital Code Pink policy and procedures and drills with auditing it with the abduction prevention team and update them annually accordingly especially for the responsibility of the hospital staff employees during the Code Pink.

6.1.4.3 Code Pink task force is responsible for ensuring auditing and appropriate compliance by the quality and patient safety department

and will be reporting to the cluster or hospital director (according to the organization chart).

6.1.4.4 Code Pink task force alarm response initial incident action plan are:

- 6.1.4.4.1. establish a security perimeter around the alarm area.
- 6.1.4.4.2. create a checklist.
- 6.1.4.4.3. carry regularly risk assessment.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 5 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.1.4.4.4. Determine if the abduction has occurred.
- 6.1.4.4.5. Identify the infant and abductor physical description.
- 6.1.4.4.6. Recover the newborn, infant or child, if applicable.
- 6.1.4.4.7. Communicate the situation to staff/ patients, as necessary.
- 6.1.4.4.8. Investigate and document incident details.
- 6.1.5 Assign a specific safety and security office phone number or extension for immediate reporting of Code Pink.
- 6.1.6 Develop an infant abduction form that should include the following documentation: a description of the newborn/ infant/ child, the kidnapper, and any person(s) with the kidnapper. It should also document all information from witnesses regarding the occurrences (See page 14, point 8).
- 6.1.7 Assign one staff person to be the single liaison (e.g. social service or patient relation, etc.) between the parents and the facility during the code blue and after their discharge from the hospital.
- 6.1.8 educate all hospital employees and family about :
 - 6.1.8.1. Their responsibilities during a Code Pink.
 - 6.1.8.2. Code Pink drills.
 - 6.1.8.3. abductor profile
 - 6.1.8.4. Orientation to all new staff, trainees as a student and interns or residents.
 - 6.1.8.5. checklist auditing
- 6.1.9 Ensure proactive interaction with the mother (and/or the infant's legal guardian) to determine if any threats (domestic situations, etc.) exist that could create a security problem for the infant/ child.
- 6.1.10 Train all hospital staff and family on protecting newborns, infants, and children from abduction (see the MOH prevention of exchange and abduction policy and procedures).
- 6.1.11 Announce Code Pink drill quarterly a year and biannual unannounced should be conducted to evaluate the staff awareness and ability to follow the protocol and procedures.
- 6.2** Hospital staff employees and parents should notify the security and safety department or the nursing station about any person who exhibits abnormal behavior.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 6 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.3 During the Code Pink, all personnel will remain at their assigned post until "ALL CLEAR" is paged three times.

6.4 In the case of infant protection systems is available: below are potential physical and electronic security safeguards that facilities may consider as part of their plan for the prevention of infant abductions. A documented infant security assessment should be completed.

6.4.1 Alarms on stairwells and exit doors on the perimeter of the maternity, nursery, neonatal intensive care, and pediatric units.

6.4.2 whenever an alarm is sounded, an immediate investigation to determine the cause of the alarm should be conducted, and, if it is verified that no infant was taken, then a charge nurse or midwife or one of the security personnel (or as per facility policy) may silence and reset alarm the system. Call "ALL CLEAR."

6.4.3 Ensure all maternity, nursery, and pediatrics and all its related intensive care units' doors have self-closing hardware and remain locked at all times.

6.4.4 All doors to lounges or locker rooms where staff members change/ leave clothing must have self-closing hardware and be under strict access control.

6.4.5 Consider the installation of a security camera system that continuously records all activities.

6.4.6 If you have cameras, position them so that they will capture the faces of all persons entering the maternal child care units/wards.

6.4.7 Camera video recordings should be archived for a minimum of 30 days before being re-used or purged.

6.4.8 Establish protocols for system maintenance of quality and reliability.

6.4.9 The access control system should be connected to the fire alarm system.

6.5 In the event of upon receipt of an infant abduction alarm or suspected or known neonate exchanged or infant/ child missing or abducted, the following actions shall be taken:

6.5.1 Immediate action by ward/unit staff:

6.5.1.1 The person discovering the exchanged neonate or abduction or missing infant/ child will immediately notify the area charge nurse or midwife with the physical description of the neonate/ infant/ child missing or abducted person (if known).

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 7 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.5.1.2 **he Head nurse or midwife/charge nurse or midwife** will immediately notify the: switchboard operator using the hospital Pink Code hotline.

6.5.1.2.1. Inform the operator to activate “Code Pink” in English give the location, (building, floor department) age of neonate/ infant/ child will be announced through the overhead 3 times for example: “Code Pink”, Main building, First Floor, NICU, infant (announce 3 times).

6.5.1.2.2. The Head nurse/ midwife is responsible for informing the (MRP) Most Responsible Physician, Resident-on-call and nurse/ midwife Supervisor about the CODE PINK during regular working hours. After regular working hours and on weekends the charge nurse/ midwife is responsible to inform the nurse or midwife Supervisor.

6.5.1.2.3. Perform a visual check of the unit and do the count of all newborn, infants/ children by doing a room to room inventory.

6.5.1.2.4. Immediately search the stairways, unit areas, bathrooms, staff locker room, examination, and equipment rooms, waiting area, and empty rooms for the missing newborn/ infant/ child and to ensure that abductor is not hiding (team leader for infant abduction task force).

6.5.1.3 Parents/ visitors will be informed of what has occurred in a calm nonalarming manner and instructed to remain in their room with their infant/ child until “ALL CLEAR” or “Stand Down” is given.

6.5.1.4 Liaise with other wards and units regarding the search for the missing or abducted newborn, infant or child or any person with a suspicious behavior or matching abduction profile.

6.5.2 **Responsibility of the nursing or midwifery supervisor:**

6.5.2.1 After hearing the announcement, attend immediately to the area where the Code Pink is announced.

6.5.2.2 Immediately notify the following departments/individuals in charge:

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 8 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.5.2.2.1. Administration
- 6.5.2.2.2. Security
- 6.5.2.2.3. Nursing and midwifery administration

- 6.5.2.3 The Head nurse or midwife will implement planned manning of the floor's exit and elevators to help secure the ward/unit.
- 6.5.2.4 Secure the area where the newborn, infant or child was last known to be located and detain all individuals until security arrives.
- 6.5.2.5 In the event, the newborn, infant or the child may be missing or abducted in a different area from its admission then the medical staff shall detain all individuals in that area until security arrives.
- 6.5.2.6 Secure medical records for investigation purposes.
- 6.5.2.7 Escort the parents of the missing or abducted newborn/ infant /child to a private area with a staff member to accompany them at all times and offer emotional and spiritual support to the family.
- 6.5.2.8 Provide the security supervisors with the physical description of the missing or abducted newborn/ infant/ child and the abductor.

6.5.3 The Security department: Supervisor will immediately

- 6.5.3.1 Communicate with the team leader who will be liaising with all about the search information. See (6.1.4).
- 6.5.3.2 Direct guards all exit. The Security Shift Supervisor will assume control of the event, notifying all guards who will proceed to lock down the building and the hospital compound.
- 6.5.3.3 Security personnel will be immediately dispatched on the location of the incident and a search of the entire hospital, both interior, and exterior will be initiated. They should be alert and suspicious of anyone who:
 - 6.5.3.3.1. Match a general kidnapping profile.
 - 6.5.3.3.2. Newborn/ infant/ child not accompanied by two (2) hospital staff or in transport hospital equipment, for example, a person carrying an infant in the corridors without bassinet/cot.
 - 6.5.3.3.3. Carrying a large package, bags, and bundles of clothes and linen.
 - 6.5.3.3.4. Appears emotional or nervous.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 9 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.5.3.4 Obtain as much information as possible from the reporting unit (description of the abducted infant/ child and suspect's information).
- 6.5.3.5 Notify nurseries, postpartum, pediatric units, emergency rooms, and outpatient clinics or other health care facilities about the incident, and provide a full description of the missed or abducted newborn/ infant/ child and abductor (if known).
- 6.5.3.6 Institute a search of the entire hospital premises.
- 6.5.3.7 Assist nursing and midwifery staff in establishing and maintaining security in the ward/ unit.
- 6.5.3.8 Keep all staff and visitors in the unit/ building until the discretion allows.
- 6.5.3.9 Searches for all people carrying items that can hide an infant including, but not limited to a suitcase, boxes, blankets, bulky coats.
- 6.5.3.10 Instruct visitors/ patients leaving the hospital to identified exit doors only. The only authorized personnel will be allowed to access the hospital compound after searching them.
- 6.5.3.11 Visitors that match the description of the abductor should not be allowed to leave.
- 6.5.3.12 Close exits parking lots, if possible, (e.g. gate arms, doors) and record the license plate numbers of any vehicles leaving the premises.
- 6.5.3.13 The security guards are responsible to stop individuals and cars that want to get out of the hospital and subject them to a thorough inspection, search and questioning. Female security will do body search of females and male security will do body search of males. Security search includes any suspicious containers, bags, and cars.
- 6.5.3.14 The elevators are temporarily not allowed for use by the security until maintenance technicians arrive to shut off the mechanical power of the elevator to ensure that the elevator is not used by the newborn, infant or child abductor. Unless the hospital has an infant protection system and automatically will be closed.
- 6.5.3.15 If the team leader authorized an entrance or exit for certain persons, the staff should document by writing the name, time and designations of those persons and search them as per protocol.

6.5.4 **Once the abduction has been confirmed,**

- 6.5.4.1 The nursing or midwifery supervisor will notify the following:

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 10 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.5.4.1.1. Nursing Director or designee on call
- 6.5.4.1.2. Hospital administrator on duty/ on-call
- 6.5.4.1.3. Security department
- 6.5.4.1.4. A resident on call (pediatric and obstetrics department)
- 6.5.4.1.5. Social Worker
- 6.5.4.2 **The resident** will notify the involved attending pediatric and obstetrician consultants who will notify the head of the department or unit.
- 6.5.4.3 The attending consultant and head nurse or midwife or nurse or midwife supervisor will notify the parents of the abducted infant/ child once abduction has been confirmed.
- 6.5.4.4 The head/charge nurse or midwife Nurse Manager/Shift Nurse manager will brief all nursing staff on the unit.
- 6.5.4.5 Once approved by the security department, the family and/ or mother of an abducted infant/ child will be moved to an empty private room to ensure privacy.
- 6.5.4.6 The social worker will stay with the mother/ family for moral and emotional support.
- 6.5.4.7 **Responsibility of head of department/ service/ unit:**
 - 6.5.4.7.1. Immediately supervise and assign the staff to search and monitor the entire ward/department/ unit, all entrances, and exits including fire exist and nearby department until the "ALL CLEAR" announcement is made three times. See 2.6.1.5
 - 6.5.4.7.2. Reporting the result of the search to the team leader with liaison with the nursing supervisor and duty manager.
- 6.5.4.8 **Role of director of the hospital/ director on duty:**
 - 6.5.4.8.1. Notification of the Police will be the responsibility of the director on duty.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 11 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.5.4.8.2. The director on duty will inform the hospital director/ cluster director (according to the organization chart and designations of the department).
- 6.5.4.8.3. Director on duty or medical director of the missing or abduction or exchange of the newborn/ infant/ child will inform the director of quality and patient safety, patient experience, social workers, public relation and risk manager.
- 6.5.4.9 **Responsibility of hospital director:**
- 6.5.4.9.1. Upon receiving the alert, contact the police to help in this event or to permit the security supervisor to call them.
- 6.5.4.9.2. Proceed to the incident location and had a detailed brief about the available information from the nursing or midwifery supervisor.
- 6.5.4.9.3. Liaise with nursing, midwifery and security supervisors to review the search and security measures taken and all exits are secured.
- 6.5.4.9.4. Ensure that all personnel are performing their duties and following the Code Pink policy and procedures.
- 6.5.4.9.5. Assume the position of incident coordinators.
- 6.5.4.9.6. Liaise with police offices when they arrived at the hospital.
- 6.5.4.9.7. Liaise with media if out of duty hours.
- 6.5.4.9.8. Continue searching until "ALL CLEAR" and the announcement is made by the switchboard.
- 6.5.4.10 **Responsibility of patient experience:**
- 6.5.4.10.1. Upon receiving the alert, proceed to the incident location and liaise with the duty manager and security supervisors regarding the incident details.
- 6.5.4.10.2. Liaise with media to release the incident report after approval of the hospital director/ cluster director.
- 6.5.4.11 **Responsibility of social workers:**
- 6.5.4.11.1. Upon receiving the alert, proceed to the incident location and liaise with the nursing supervisor and duty manager and parents.
- 6.5.4.11.2. Support the family emotionally and spiritually.
- 6.5.4.11.3. Keep the family updated with ongoing investigations and any related information.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 12 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.5.4.12 **Responsibilities of telephone operator (switchboard):**

He/she will announce the initiation and clearance of the Code Pink three (3) times and notify the followings:

- 6.5.4.12.1. Duty manager
- 6.5.4.12.2. Chief security
- 6.5.4.12.3. Nursing or midwifery supervisor
- 6.5.4.12.4. Risk manager
- 6.5.4.12.5. Patient experience
- 6.5.4.12.6. Social worker

6.5.4.13 **Responsibilities of duty manager:**

- 6.5.4.13.1. Liaise with the team leader to organize and arrange additional enforcement personnel or agencies as appropriate to help in the Code Pink.
- 6.5.4.13.2. To initiate an alert broadcast through the police department per protocol.

6.5.5 **When the Code Pink is no longer in effect:**

- 6.5.5.1 **If the newborn/ infant/ child is found** or if it is to be found a false the alarm then the nursing or midwifery staff member immediately notifies security by telephone. The duty head of the security department shall notify the hospital operator to announce three (3) times: **“Code Pink” clear!**
- 6.5.5.2 **If the newborn/ infant/ child has not been found** within two (2) hours of the Code Pink announcement, the security director or senior security officer, instructs the switchboard operator to announce **Code Pink down** so that staff will resume their duties while the investigation continues.
- 6.5.5.3 **Return of an abducted Infant/Child:**
 - 6.5.5.3.1. The Head of security will inform quality and patient safety and hospital administrator who will notify the police and the key personnel as below.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 13 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

- 6.5.5.3.2. The charge nurse/social worker notifies the newborn/infant/child's physician to immediately evaluate physical status.
- 6.5.5.3.3. The charge nurse/social worker immediately notifies the parents and the Code Pink task force.
- 6.5.5.3.4. The Code Pink task force immediately will notify all security officers, duty manager, and all related personnel staff.
- 6.5.5.3.5. The duty head of the security department shall notify the hospital operator to announce three (3) times: **"Code Pink" clear!**
- 6.5.5.3.6. Infant/ child identification/evaluation:
- 6.5.5.3.6.1 The pediatrician will evaluate the infant/ child physical status.
- 6.5.5.3.6.2 If admission is required, the newborn, infant/ child will be admitted to an appropriate unit (PICU or NICU).
- 6.5.5.3.6.3 The unit admitting the infant will obtain blood specimens and footprints if infant till 1 year.
- 6.5.5.3.7. Social services will arrange a private room for the family to identify and reunite with the newborn/ infant/ child.
- 6.5.5.3.8. After each Code Pink situation, the head nurse or midwife or designee of the ward/ unit or clinic involved should complete an occurrence report(incident report) form and submit the complete for to the quality and patient safety department.
- 6.5.5.3.9. Patient experience will liaise with the media to release the incident report after the approval of the hospital director/ cluster director.
- 6.5.5.3.10. All employees are to return to their normal work duties.
- 6.5.5.3.11. Hold a group discussion session(s) as soon as possible, requiring all personnel affected by the abduction to attend. This is a debriefing and group discussion to help all staff deal with the stress resulting from the event. All staff affected by the event must attend the debriefing.
- 6.5.6 During and after a Code Pink event, all the staff shall abide by the patient confidentiality policy. Staff shall not provide information about the event to anyone who does not have a valid reason to know.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 14 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

6.5.7 The abduction event would be evaluated by the Code Pink task force and abduction prevention team for process improvement opportunities.

7. **TRAINING AND EDUCATION**

- 7.1** Staff members who deliver care to newborn/ infants/ children need to be educated regarding infant security issues upon their initial orientation to the unit, and quarterly.
- 7.2** The training and education can be achieved through several different methods, with a competency assessment tool done during the training and after that yearly, such as:
- 7.2.1 Infant security videos.
 - 7.2.2 Review of all policies and procedures.
 - 7.2.3 Review of regulatory standards.
 - 7.2.4 Review of case studies and any possible attempts.
 - 7.2.5 Verbal or written or electronic or simulation test.
- 7.3** Ancillary staff members should be in-serviced upon initial orientation and as needed. It is recommended that the following departments be included: security, housekeeping, laboratory, radiology, and auxiliary staff.
- 7.4** Members of the Code Pink task force should receive the appropriate training and should conduct periodic drills to ensure a coordinated response.

8. **DOCUMENTATION:**

- 8.1** All the accountability personnel in point 3.0 should document all the incident details with the date /time/ names of personnel and their designations and working ward/ unit from the beginning of the incident until all the investigations are cleared out. This file will be used for auditing by the Code Pink and abduction prevention team for gap analysis and recommendation to improve the safety and security of maternal and child ward/ unit. Provide a complete report about the last event if:
- 8.1.1 The electronic infant protection system is available, (location, video, picture, tag, etc.) covering all possible area, demographics and all relevant information mentioned in point 8.
 - 8.1.2 the electronic infant protection system is unavailable, an incident reporting form should be adopted containing (location, video, picture, tag, etc.) covering all possible area, demographics and all relevant information mentioned in point 8, collected and stored in one file.

POLICIES AND PROCEDURES	
OPERATING MANUAL: Risk Management & Safety Committee	Page: 15 of 15
TITLE: Code Pink	Policy No.:
	Version No.: 1
	Issue Date: 01/04/2020

9. **RELATED DOCUMENTS:**

- 9.1 Prevention newborns, infants and children from exchange and abduction.
- 9.2 MOH companion's policy in the obstetrics and gynecology department.
- 9.3 Checklist to verify the implementation of standard care for the prevention of newborns, infant, and children from exchange and abduction.

10. **REFERENCES:**

- 10.1 Joint Commission International (JCI) (2017) Hospitals. Including Standards for Academic Medical Center Hospitals. 6th Edition
- 10.2 Joint Commission International (JCI) (2002) Accreditation of healthcare organizations: Security Issues for Today's Health Care Organization
- 10.3 Centura Health (2013) Code pink missing infant/ child/ adult (PSF).
- 10.4 Rabun, J. B. (2009) for healthcare professionals: Guidelines on prevention of and response to infant abductions. National Center for Missing and Exploited Children.
- 10.5 Head of Corporate Business (NHS) (2017) Infant/child abduction (prevention of) policy.
- 10.6 Hospital Association of Southern California (2007) Health care emergency codes a guide for code standardization.

التعميم الوزاري

رقم ٣١٩٩٩/١٤/٢٦ وتاريخ ٢٦/٤/١٤٣٠ هـ

وزارة الصحة
Ministry of Health

تعميم عاجل وهام

المحترم
سعادة المدير العام التنفيذي لمدينة الملك فهد الطبية
سعادة مدير عام الشؤون الصحية بمنطقة : الرياض / مكة المكرمة / المدينة المنورة /
القصيم / الشرقية / حائل / جازان / الجوف / الباحة / عسير / نجران / الحدود الشمالية /
تبوك
المحترمين

المحترم
سعادة المدير العام التنفيذي لمستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام
المحترم
سعادة المشرف العام على مجمع الملك سعود الطبي بالرياض
سعادة مدير الشؤون الصحية بمحافظة : جدة / الطائف / حفر الباطن / الإحساء /
بيشة / القريات / القنفذة
المحترمين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ...

إشارة إلى برقية المقام السامي الكريم رقم ١٩٤٨ م ب وتاريخ ١٤٣٠/٣/٣ هـ التضمنة
الموافقة على محضر اللجنة المشكلة من قبل مجلس الخدمات الصحية الصادر بتاريخ
١٤٢٩/١٠/١٩ هـ (الرفق صورته) وما تضمنه من توصيات بشأن الضوابط التي تكفل عدم
حدوث استبدال أو سرقة المواليد من المستشفيات وإحاقا للتعميم رقم ٢٦/٢٣/٥٥٥٠٠ وتاريخ
١٤٢٩/٦/٢٦ هـ بهذا الخصوص وتعميم الوزارة السابقة.

أمل الاطلاع والتأكيد على منسوبكم للتقيد بالتعليمات الآتية:

١. التأكد من أخذ عينة من دم الأم عند دخولها غرفة التوليد لعمل فصيلة الدم
وتدوينها في الطبلة الخاصة بها وكذلك يجب أخذ عينة من دم الطفل عند ولادته
مباشرة لتحديد فصيلته وتسجيلها بطبلة الأم .
٢. ضرورة استخدام الاسورة المغنطة لكل من المولود والأم.
٣. وضع الأسورة فور الولادة وقبل قطع الحبل السري (حيث انه يتم أحيانا وضع أكثر
من طفل على طاولة تجهيز المولود إذا تمت أكثر من ولادة في نفس الوقت).
٤. ضرورة تقليص الخارج خاصة أثناء أوقات الزيارة بما يُمكن من تركيز المراقبة.

٥. إبلاغ الأم فور الولادة بجنس الجنين وأخذ بصمات أقدام المولود على طبلية الأم بعد الولادة مباشرة.
٦. تكليف إحدى الممرضات السعوديات أو من تجيد اللغة العربية بغرفة الولادة بأخذ صورة فوتوغرافية للطفل فور ولادته والتركيز على جنس الطفل.
٧. عدم إبقاء المواليد أثناء الزيارة مع أمهاتهم وإبقائهم بالحضانة.
٨. تزويد مخارج الطوارئ بأجراس تنطلق عند الفتح للحيلولة دون إساءة استخدامها.
٩. إلزام جميع العاملين في المستشفى بحمل بطاقة المستشفى مع وجود صورة واضحة واسم الموظف والإدارة التابع لها.
١٠. تزويد العاملين في الأقسام التي تتعامل مع المواليد بلباس وبطاقة مميزتين عن بقية العاملين في المستشفى ليسهل التعرف عليهم.
١١. التنبيه المستمر على جميع الممرضات وجميع العاملين بأقسام الولادة باليقظة الدائمة والحرص على أمن وسلامة الأطفال حديثي الولادة والتنبيه على الأم قبل وبعد الولادة بالحرص واليقظة والاهتمام بمولودها أثناء وجودها بالمستشفى وعدم تسليمه لأي كان خلاف المختصين والتأكد من أن كل البيانات قد تمت مراجعتها قبل مغادرة الأطفال للمستشفى وفي حالة خروج الأم وبقاء الطفل في الحضانة يجب أن توقع الممرضة رافعة السوار ورئيسة التمريض أو من ينوب عنها على نموذج استلام الطفل .
١٢. تخصيص ممرضة سعودية أو من تجيد اللغة العربية بقسم الحضانة لتسليم الأطفال إلى أمهاتهم بالأقسام ، وعند خروج الطفل ووالدته من المستشفى تقوم الممرضة بمطابقة البيانات في الملف الطبي وعلى سوار الطفل وبعد مطابقتها يتم رفع سوار الطفل أمام والدته ورئيسة التمريض بالقسم أو من ينوب عنها والطبيب المقيم المناوب ووالد الطفل أو من ينوب عنه على نموذج إقرار استلام الطفل .
١٣. تركيب كاميرات مراقبة في مداخل ومخارج عنابر الولادة والأطفال وغرف الحضانة تدار تحت إشراف نسائي وتوفير أقفال مغلقة للحضانات بحيث لا يمكن فتح الباب إلا بالبطاقة المخصصة لذلك .

١٤. إبعاد قسم حضانة حديثي الولادة عن الخارج وإعادة تصميم مواقعها بحيث تكون أمام التمريض ويكون الحائط الأمامي لغرفة الحضانة من الزجاج الكاشف حتى يتمكن العاملون في جهاز التمريض من المراقبة على مدار ٢٤ ساعة.

١٥. في حالة فقدان أو تبديل طفل بالمستشفى يحدد (رمز معين) لهذه الحالة يتم التعارف عليه من قبل جميع العاملين بالمستشفى يعلن بواسطة جهاز النداء لاتخاذ الإجراءات الفورية بناءً على هذا الإنذار والتي تتضمن ما يلي :-

- السيطرة على مخارج المستشفى وعدم السماح بخروج الأطفال .
- قيام المختصون بالبحث في أروقة المستشفى وفي كل مكان يمكن العثور فيه على الطفل.
- إبلاغ الشرطة المختصة فوراً بالحادثة لاتخاذ اللازم حيال ذلك.
- ١٦. تنظيم دورات تدريبية مكثفة لشاغلي وظائف الحراسة الأمنية بالتنسيق مع الجهات الأمنية المختصة.

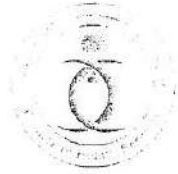
١٧. حث النساء الحوامل عند المراجعة الأولى لمتابعة الحمل على الحصول على بطاقة الهوية الوطنية حماية لأطفالهن من الاستبدال أو السرقة.

أمل الاطلاع والتمشي بموجب هذه التعليمات بكل دقة على أن يتولى مدراء المستشفيات متابعة تطبيق الضوابط أعلاه وكذلك الضوابط السابقة وتطبيق العقوبات النظامية على من يثبت تقصيره في هذا الشأن.

مع أطيب تحياتي

وزير الصحة

د.عبدالله بن عبد العزيز الربيعه



محضر اجتماع
اللجنة الكلفة بدراسة تالفي
تكرار حوادث استبدال أو سرقة المواليد

بناءً على ما قرره مجلس الخدمات الصحية في اجتماعه رقم (٣٤) المنعقد بتاريخ ١٤٢٩/٦/٢٤هـ بشأن حوادث استبدال أو سرقة المواليد من تشكيل لجنة متابعة ما تم تنفيذه من توصيات اللجنة السابقة ومراعاة ما استجد في الموضوع لوضع قواعد وإجراءات موحدة تسترشد بها الجهات الصحية في اختيار التقنية المناسبة. فإن اللجنة المذكورة عقدت اجتماعها الأول بناءً على دعوة منسق أعمال مجلس الخدمات الصحية في مقر المجلس في يوم الإثنين الموافق ١٤٢٩/٥/٢٨هـ واجتماعها الثاني في المكان نفسه يوم الإثنين الموافق ١٤٢٩/٨/٢٤هـ. وبعد مناقشة عامة لخلفية الموضوع وأهميته استعرض المجتمعون توصيات اللجنة السابقة المشكلة بموجب الأمر السامي رقم ١٥٩٩٨/ب/٤ في ١٤٢٤/٤/٢هـ بمحضرها المؤرخ في ١/محرم/١٤٢٥هـ (الرفق صورة منه) وكذلك محضرها الثاني الأكثر تفصيلاً المؤرخ في ١٤/شعبان/١٤٢٥هـ (الرفق صورة منه) الذي تضمن دراسة الموضوع من حيث:-

- حجم المشكلة وأسبابها.
 - نقاط الضعف الأمنية والإدارية.
 - الحلول المقترحة.
- ورأى المجتمعون أن هذه الدراسة شاملة ونتائجها تقارب الواقع الإحصائي من حيث حجم المشكلة المتمثلة في حالات فردية من حوادث سرقة واستبدال المواليد حيث لم يبلغ إلا عن حادثي سرقة وحادثي استبدال منذ عام ١٤٢٤هـ ولكن هذا لا يقلل من خطورة الأمر وضرورة منع حدوثه من خلال الإجراءات والتقنيات اللائمة ودعمها بالقوى العاملة.
- وقد أفاد المشاركون عند استعراض توصيات اللجنة السابقة أن الجهات الصحية إما بدأت تطبيقها أو شرعت في التحضير لتطبيقها وعلى الأخص ما يلي:-

١- وضع كاميرات المراقبة.

٢- وضع الأقفال المغنطة على الأبواب.

٣- وضع الأسورة المغنطة.



- ٤- وضع الحضانة بقرب مركز التمريض أو أمامه حسبما يسمح به تصميم المستشفى.
- ٥- إبقاء المواليد أثناء الزيارة في الحضانة.
- ٦- وضع أحراس إنذار عند مخارج الطوارئ.
- ٧- تحديث التعليمات والإرشادات ودليل الإجراءات (من قبل كل جهة صحيه على حدة).
- إلا أن أكثر الجهات الصحية واجهت صعوبة في توفير ما يكفي من الحراسات الأمنية للأسباب التالية:-
- عدم توفر العدد الكافي من الوظائف (سواء على ملاك الجهة أو في العقود).
 - عدم توفر الحوافز الكافية من حيث مقدار الراتب.
 - عدم توفر التدريب والتأهيل اللائق لطبيعة المهمة.
 - صعوبة توظيف العنصر النسائي رغم أهميته في أقسام الولادة والحضانة لكونه أقدر على التعامل المباشر مع النساء.
- وبعد مناقشة جميع الثغرات المحتملة في إجراءات حماية المواليد فقد أوصى المجتمعون بمايلي:-
- ١- التأكيد على ما اشتمل عليه محضر اللجنة السابقة المؤرخ في ١٤/٨/١٤٢٥هـ من توصيات.
 - ٢- ضرورة التزام الجهات الصحية كافة بتعميم استخدام الأسورة المغنطة لكل من المولود والأم.
 - ٣- وضع الأسورة فور الولادة وقبل قطع الحبل السري (حيث أنه يتم أحياناً وضع أكثر من طفل على طاولة تجهيز المولود إذا تمت أكثر من ولادة في نفس الوقت).
 - ٤- ضرورة قيام الجهات الصحية كافة باستكمال مشاريع نظم الحماية الإلكترونية الأخرى وتوفير صيانتها. على سبيل المثال نظام الفتح الآلي للمخارج ، مراقبة الكاميرات لقسم الحضانة والمداخل والمرات، مع توفير غرفة مراقبه مركزيه تعمل على مدار الساعة.



- ٥- ضرورة تقليص الخارج خاصة أثناء أوقات الزيارة بما يمكن من تركيز المراقبة.
- ٦- حث النساء الحوامل عند المراجعة الأولى لمتابعة الحمل على الحصول على بطاقة الهوية الوطنية لحماية لأطفالهن من الإستبدال أو السرقة.
- ٧- مخاطبة وزارة العدل للنظر في وضع بطاقة الهوية الوطنية ضمن متطلبات عقد القران.
- ٨- ضرورة تعيين موظفات سعوديات بمؤهلات جامعي في كل قسم للولادة لتولي مهمة توثيق تسليم المولود لوالديه إضافة للممرضة المستولة.
- ٩- ضرورة إحداث وظائف رسمية معتمدة لتعيين العنصر النسائي السعودي في أعمال الحراسة الأمنية في أقسام الولادة والحضانة والعناية المركزة لحديثي الولادة ولا تقل مؤهلات شاغليها عن الثانوية العامة أو ما يعادلها ويحدد عددها وفقاً لعدد أسرة هذه الأقسام ومتوسط عدد الولادات.
- ١٠- ضرورة قيام كل جهة صحية بتنظيم دورات تدريبية مكثفة لشاغلي وظائف الحراسة الأمنية بالتنسيق مع الجهات الأمنية المختصة.
- ١١- النظر في وضع حوافز مشجعة للإلتحاق بوظائف الحراسة الأمنية مثل بدل طبيعة عمل أو نحو ذلك وفق ما تقرره الجهات المختصة.
- ١٢- تقوم اللجنة من خلال أمانة مجلس الخدمات الصحية بمتابعة تنفيذ التوصيات والتنسيق مع جميع الجهات الصحية للعمل على توحيد الإجراءات الكفيلة بمنع حوادث استبدال أو سرقة المواليد، بما في ذلك إرشاد وتوعية الوالدين والعاملين في الأقسام ذات العلاقة.

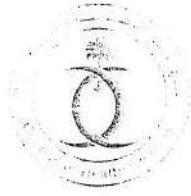




وزارة الصحة Ministry of Health

Kingdom of Saudi Arabia

Council of Health Services



المملكة العربية السعودية

مجلس الخدمات الصحية

ويسر أعضاء اللجنة رفع هذا المحضر إلى مجلس الخدمات الصحية للتوجيه بما يراه

والله الموفق،،،

أعضاء اللجنة:

مستشفى الملك فيصل التخصصي
الدكتور عبد اللطيف الرجال

1419
مستشفى قوى الأمن
الدكتور سلطان رحيل العنزي
16/9/1429

مستشفى القوات المسلحة بالرياض
الأستاذ محمد المجاهد

« إجازة »

مستشفى الملك خالد الجامعي
الهندس حاتم محمد الرشيدان

الشؤون الصحية بالحرس الوطني
الأستاذ محمد بن حمد الحمادي
1419

الأستاذ عبد الله سعيد الغامدي

وزارة الصحة

الأستاذ فايز بن مسفر المالكي

مجلس الخدمات الصحية
الدكتور عثمان الربيعه

الدكتور عبد العزيز بن حامد الغامدي

الأمن العام

العميد سعيد بن ساعد الغامدي
9/10/14

تحديث ضوابط حماية المواليد والأطفال من السرقة والاختطاف (مقارنة الضوابط السابقة والمحدثة)

م	رقم الفقرة	النص الحالي	النص الجديد/رقم الفقرة
1.	رقم 1	التأكد من أخذ عينة من دم الأم عند دخولها غرفة التوليد لعمل فصيلة الدم وتدوينها في الملف الخاص بها وكما يجب أخذ عينة من دم الطفل (من الوريد أو الكعب وليس من الحبل السري) عند ولادته مباشرةً لتحديد فصيلته وتسجيلها في ملف الطفل / فقرة رقم (5).	التأكد من أخذ عينة من دم الأم عند دخولها غرفة التوليد لعمل فصيلة الدم وتدوينها في الملف الخاص بها وكما يجب أخذ عينة من دم الطفل (من الوريد أو الكعب وليس من الحبل السري) عند ولادته مباشرةً لتحديد فصيلته وتسجيلها بطبلة الأم
2.	رقم 2	ضرورة استخدام الأسورة الممغنطة لكل من المولود والأم.	من المفضل استخدام نظام حماية الكرتوني لكل من المولود والأم / فقرة رقم (6).
3.	رقم 3	وضع الأسورة فور الولادة وقبل قطع الحبل السري (حيث أنه يتم أحياناً وضع أكثر من طفل على طاولة تجهيز المولود إذا تمت أكثر من ولادة في نفس الوقت).	وضع الأسورة الممغنطة / أو نظام الحماية الإلكتروني (معصم اليد أو القدم / أو الحبل السري) حسب السياسة المتبعة، خلال الملامسة بين الأم والطفل بعد الولادة مباشرة وقبل قطع الحبل السري في غرفة الولادة أو العمليات - فقرة رقم (7).
4.	رقم 4	ضرورة تقليص المخارج خاصة أثناء أوقات الزيارة بما يُمكن من تركيز المراقبة.	ضرورة تقليص المخارج (لأقل عدد ممكن ضمن معايير اشتراطات الأمن و السلامة) خاصة أثناء أوقات الزيارة بما يُمكن من تركيز المراقبة / فقرة رقم (13).
5.	رقم 5	إبلاغ الأم فور الولادة بجنس الجنين وأخذ بصمات أقدام المولود على طبلة الأم بعد الولادة مباشرة	إبلاغ الأم فور الولادة بجنس الجنين (أو فور الإقامة من المخدر بغرفة العمليات) وأخذ بصمات أقدام المولود على النموذج المخصص لذلك في ملف الأم بعد الولادة مباشرة (خلال فترة تواجد الطفل بجوار الأم في غرفة الولادة) / فقرة رقم (8).
6.	رقم 6	تكليف إحدى الممرضات السعوديات أو من تجيد اللغة العربية بغرفة الولادة يأخذ صورة فوتوغرافية للطفل فور ولادته والتركيز على جنس الطفل.	يجب تخصيص ممرضة سعودية أو من تجيد اللغة العربية بوحدة الأطفال الأصحاء لتسليم الأطفال إلى أمهاتهم بالأقسام، وعند خروج الطفل ووالدته من المستشفى تقوم الممرضة أو القابلة بمطابقة البيانات في الملف الطبي وعلى سوار للطفل وبعد مطابقتها يتم رفع السوار التعريفي المستخدم في النظام للحماية كالمغنت للطفل أمام والدته ورئيسة التمريض بالقسم أو من ينوب عنها والطبيب المقيم المناوب ووالد الطفل أو من ينوب عنه ويتم التوقيع على نموذج إقرار استلام الطفل / فقرة رقم (12).

م	رقم الفقرة	النص الحالي	النص الجديد/ رقم الفقرة
7.	رقم 7	عدم إبقاء المواليد أثناء الزيارة مع أمهاتهم وإبقائهم بالحضانة	تم الحذف
8.	رقم 8	تزويد مخارج الطوارئ بأجراس تنطلق عند الفتح للحيلولة دون إساءة استخدامها.	تحديد مخارج الطوارئ بعلامات واضحة وتزويد جميع مخارج الطوارئ في المستشفى بأجراس تنطلق عند الفتح للحيلولة دون إساءة استخدامها / فقرة رقم (14).
9.	رقم 9	إلزام جميع العاملين في المستشفى بحمل بطاقة المستشفى مع وجود صورة ومعلومات واضحة واسم الموظف والإدارة التابع لها	إلزام جميع العاملين في المستشفى بحمل بطاقة المستشفى طوال الوقت مع وجود صورة ومعلومات واضحة تشمل اسم الموظف والإدارة التابع لها والتاريخ. كما يجب أن توفر المستشفى بطاقة تعريف للمرافق والزائرين عند الدخول في غير وقت الزيارة / فقرة رقم (16).
10.	رقم 10	تزويد العاملين في الأقسام التي تتعامل مع المواليد بلباس وبطاقة مميزتين عن بقية العاملين في المستشفى ليسهل التعرف عليهم.	تزويد العاملين في الأقسام التي تتعامل مع المواليد (وخاصة ممرضات وحدة المواليد الأصحاء وممرضات حديثي الولادة) بلباس وبطاقة مميزتين عن بقية العاملين في المستشفى ليسهل التعرف عليهم. مع مراعاة توفر أماكن محكمة للزي الطبي بحيث لا يصل إليه غيرهم / فقرة رقم (17).
11.	رقم 11	التنبيه المستمر على جميع الممرضات وجميع العاملين بأقسام الولادة باليقظة الدائمة والحرص على أمن وسلامة الأطفال حديثي الولادة والتنبيه على الأم قبل وبعد الولادة بالحرص واليقظة والاهتمام بمولودها أثناء وجودها بالمستشفى وعدم تسليمه لأي كان خلاف المختصين، والتأكد من أن كل البيانات قد تم مراجعتها قبل مغادرة الأطفال للمستشفى، وفي حالة خروج الأم وبقاء الطفل في الحضانة يجب أن توقع الممرضة رافعة السوار ورئيسة التمريض أو من ينوب عنها على نموذج استلام الطفل.	التنبيه المستمر على جميع الأطباء والممرضات والقابلات وجميع العاملين بأقسام الولادة والتنويم التابعة لها وأقسام وحدات التنويم للمواليد والأطفال والعناية المركزة الخاصة بذلك باليقظة الدائمة والحرص على أمن وسلامة حديثي الولادة والأطفال من خلال السياسات والإجراءات المتبعة داخل المستشفى والتدريب المستمر والتأكد من الكفاءة والمهارة الخاصة بذلك، واعتبار ذلك في معايير قياس الجدارات والمهارات للموظفين / فقرة رقم (18).

م	رقم الفقرة	النص الحالي	النص الجديد/ رقم الفقرة
12.	رقم 12	تخصيص ممرضة سعودية أو من تجيد اللغة العربية بقسم الحضانة لتسليم الأطفال إلى أمهاتهم بالأقسام ، وعند خروج الطفل ووالدته من المستشفى تقوم الممرضة بمطابقة البيانات في الملف الطبي وعلى سوار الطفل وبعد مطابقتها يتم رفع سوار الطفل أمام والدته ورئيسة التمريض بالقسم أو من ينوب عنها والمقيم المناوب ووالد الطفل أو من ينوب عنه على نموذج إقرار استلام الطفل.	يجب تخصيص ممرضة سعودية أو من تجيد اللغة العربية بوحدة الأطفال الأصحاء لتسليم الأطفال إلى أمهاتهم بالأقسام ، وعند خروج الطفل ووالدته من المستشفى تقوم الممرضة أو القابلة بمطابقة البيانات في الملف الطبي وعلى سوار الطفل وبعد مطابقتها يتم رفع السوار التعريفي المستخدم في النظام للحماية كالمغنت للطفل أمام والدته ورئيسة التمريض بالقسم أو من ينوب عنها والطبيب المقيم المناوب ووالد الطفل أو من ينوب عنه ويتم التوقيع على نموذج إقرار استلام الطفل / فقرة رقم (12).
13.	رقم 13	تركيب كاميرات مراقبة في مداخل ومخارج عنابر الولادة والأطفال وغرف الحضانة تدار تحت إشراف نسائي، وتوفير أقفال ممغنطة للحضانات بحيث لا يمكن فتح الباب إلا بالبطاقة المخصصة لذلك.	تركيب كاميرات مراقبة في مداخل ومخارج أجنحة الولادة وما بعد الولادة والأطفال وغرف وحدات حديثي الولادة التي تدار تحت إشراف نسائي، ومتابعة لحظية بواسطتهم، وتوفير أقفال ممغنطة للحضانات بحيث لا يمكن فتح الباب إلا بالبطاقة المخصصة لذلك. و يجب أن يتم التحكم بالدخول والخروج لوحدة حديثي الولادة و وحدة المواليد الأصحاء وجناح ما بعد الولادة و اجنحة الأطفال بحيث لا يمكن فتح الأبواب إلا بالبطاقة المخصصة لذلك للعاملين بالمستشفى ومن خلال محطة التمريض لغير العاملين بالقسم / فقرة رقم (15) .
14.	رقم 14	إبعاد قسم حضانة حديثي الولادة عن المخارج وإعادة تصميم مواقعها بحيث تكون أمام التمريض ويكون الحائط الأمامي لغرف الحضانة من الزجاج الكاشف حتى يتمكن العاملون في جهاز التمريض من المراقبة على مدار 24 ساعة.	إبعاد وحدة المواليد الأصحاء عن المخارج (قدر الإمكان) بحيث تكون أمام التمريض ويكون الحائط الأمامي لغرف وحدات حديثي الولادة من الزجاج الكاشف حتى يتمكن العاملون في جهاز التمريض من المراقبة على مدار 24 ساعة / فقرة رقم (10).

م	رقم الفقرة	النص الحالي	النص الجديد/ رقم الفقرة
15.	رقم 15	<p>في حالة فقدان أو تبديل طفل بالمستشفى يحدد (رمز معين) لهذه الحالة يتم التعارف عليه من قبل جميع العاملين بالمستشفى يعلن بواسطة جهاز النداء لاتخاذ الإجراءات الفورية بناءً على هذا الإنذار والتي تتضمن ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • السيطرة على جميع مخارج المستشفى وعدم السماح بخروج الأطفال. • قيام المختصون بالبحث في أروقة المستشفى وفي كل مكان يمكن العثور فيه على الطفل. • إبلاغ الشرطة المختصة فوراً بالحادثة لاتخاذ اللازم حيال ذلك. 	<p>في حالة فقدان أو تبديل مولود أو طفل بالمستشفى يتم تفعيل حالة البلاغ الوردي (CODE PINK) لهذه الحالة، وهذا الرمز يجب أن يكون متعارف عليه من قبل جميع العاملين بالمستشفى وعلى دراية به حسب السياسات والإجراءات الموضوعية بشكل مستقل لكل مستشفى، ويعلن بواسطة جهاز النداء وأجهزة التواصل الأخرى لاتخاذ الإجراءات الفورية بناءً على هذا الإنذار والتي تتضمن ولا تقتصر على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • السيطرة الفورية على جميع مخارج المستشفى وعدم السماح بخروج الأطفال. • قيام المختصين بالبحث في أروقة المستشفى وفي كل مكان يمكن العثور فيه على الطفل. • إبلاغ الجهات المختصة فوراً بالحادثة لاتخاذ اللازم حيال ذلك. • توثيق الحادثة تفصيلياً (الكرونياً أو ورقياً) مدعماً بجميع الأدلة والتحقيقات كما تم توضيحه بالسياسات والإجراءات الخاصة بحالة البلاغ الوردي (مرفق) / فقرة رقم (19).
16.	رقم 16	تنظيم دورات تدريبية مكثفة لشاغلي وظائف الحراسة الأمنية بالتنسيق مع الجهات الأمنية المختصة.	يجب وبشكل منتظم عمل دورات تدريبية مكثفة ل شاغلي وظائف الحراسة الأمنية بالتنسيق مع الجهات الأمنية المختصة، وإدارة الأمن والسلامة. والتأكد من أن شاغلي وظائف الحراسة الأمنية يمتازوا بمواصفات تتلاءم مع متطلبات الوظيفة من حيث الوعي اليقظة والقدرة على المتابعة وغيرها / فقرة رقم (20).
17.	رقم 17	حث النساء الحوامل عند المراجعة الأولى لمتابعة الحمل على الحصول على بطاقة الهوية الوطنية لحماية لأطفالهن من الاستبدال أو السرقة.	يطلب من النساء الحوامل عند المراجعة الأولى لمتابعة الحمل الحصول على بطاقة الهوية الوطنية أو ما يحل محلها (ممن ليس لديهم رقم هوية وطنية) حماية لأطفالهن من الاستبدال أو الخطف، لأهمية ذلك عند تسجيل البيانات الخاصة بالأم والطفل / فقرة رقم (1).

م	رقم الفقرة	النص الحالي	النص الجديد/ رقم الفقرة
18.		إضافة نص	تفعيل سياسة التوعية والتثقيف للأم خلال فترة الحمل والولادة وبعد الولادة بالحرص واليقظة والاهتمام بمولودها أثناء وجودها بالمستشفى وعدم تسليمه لأي كان خلاف المختصين والتأكد من أن كامل البيانات قد تمت مراجعتها قبل مغادرة الأطفال مع والديهم للمستشفى وفي حالة خروج الأم وبقاء الطفل في العناية المركزة لحديثي الولادة يجب على الممرضة المسؤولة ورئيسة التمريض أو من ينوب عنها في حديثي الولادة التوقيع على النموذج المعتمد لاستلام الطفل / فقرة رقم (3).
19.		إضافة نص	التوعية والتثقيف الصحي للعائلة والمرافق - يرجى الرجوع إلى سياسة المرافق في أقسام النساء والولادة - والتي تتضمن ولا تقتصر على كيفية الحفاظ على المولود أو الطفل من الاستبدال أو الاختطاف سواء داخل المستشفى أو خارجها / فقرة رقم (4).
20.		إضافة نص	تفعيل المساكنة بين الأم والطفل فيما عدا الحالات التي لا تزال فيها الأم تحت تأثير التخدير بعد الولادة القيصرية أو التي تحتاج فيها الأم إلى عناية مركزة (حيث يتم تسليم الطفل إلى ممرضة وحدة الأطفال الأصحاء) مع ضرورة إبقاء سرير المولود بجوار الأم طوال الوقت في حالة تواجد الطفل مع الأم وإبعاده عن مخرج الغرفة / فقرة رقم (9).
21.		إضافة نص	عند الاحتياج إلى نقل المولود (داخل المحضن المجهز لذلك) أو الطفل (على وسيلة تنقل مناسبة) يتم ذلك بواسطة عدد (2) ممارس صحي (أو أحدهما ممارس صحي والآخر موظف بالمستشفى بما يتناسب مع المهمة) / فقرة رقم (11).
22.		إضافة نص	إذا رصد الطاقم الطبي حاجة للتقييم الاجتماعي و تبين خلاله وجود مخاطر تستدعي الحماية فإنه يجب أخذ هذه المخاطر بجدية وتفعيل نظام الحماية من الإيذاء، و على مدراء التجمعات الصحية و المستشفيات التأكد من تحديث السياسات والإجراءات الخاصة بذلك / فقرة رقم (2).