**نموذج (2) تعهد للمرشحين لدورات الترميز الصحي ICD-10-AM**

**(منسقي / مشرفي الترميز الصحي بالمناطق)**

|  |  |
| --- | --- |
| مديرية الشئون الصحية:..................................  | مستشفى:.......................................... |
| اسم الموظف/الموظفة | رقم الوظيفة | مسمى الوظيفة | رقم الحاسب الآلي |
|  |  |  |  |

**أتعهد أنا الموقع أدناه بما يلي :**

1. **الالتزام بالعمل في مجال إدارة المعلومات الصحية : الترميز الصحي فورا بعد حضوري لدورة الترميز الصحي ICD-10-AM.**
2. **الاطلاع المستمر على رابط الوزارة للتصنيف الصحي للمعلومات الصحية والترميز الصحي والمتوفر على بوابة وزارة الصحة الالكترونية** [**www.moh.gov.sa**](https://www.moh.gov.sa/) **.**
3. **قراءة التحديثات المستمرة للتصنيف الدولي للأمراض والعمليات والمتوفرة على موقع منظمة الصحة العالمية** [**www.who.org**](http://www.who.org) **.**
4. **تطوير قدراتي على تحليل البيانات وإرسالها إلى مركز تصنيف المعلومات الصحية بوزارة الصحة.**
5. **المحافظة على كتب الترميز والتي تم تسليمها لي خلال هذه الدورة للعمل بها في قسم السجلات الطبية حسب أنظمة وسياسات الوزارة وان أستخدمها بالطرق السليمة**
6. **تدريب منسوبي الترميز على كيفية استخدامها بالتعاون مع المختصين بالوزارة.**
7. **الالتزام بلوائح الدورة ومواعيد حضور المحاضرات وورش العمل الخاصة بالترميز الصحي والقيام بالتمارين العملية للترميز وتسليمها في مواعيدها حسب جدول الدورة.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اسم الموظف:** |  | **التوقيع** |  |

**هذا الجزء خاص بإدارة المستشفى**

تلتزم إدارة المستشفى بتمكين الموظف لحضور الدورة وتفريغه حسب الجدول المحدد وتكليفه بالعمل في مجال الترميز الصحي بعد إتمام الدورة وعدم تكليفه بأي مهمة أو وظيفة أخرى في غير مجال إدارة المعلومات الصحية - الترميز الصحي.

**مدير المستشفى الطبي**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الإسم**  |  | **التوقيع** |  |

 **ختم إدارة المستشفى**

**معلومات الاتصال للموظف المرشح:**

|  |  |
| --- | --- |
| \*بريد الكتروني |  |
| \*هاتف عمل |  |
| \*جوال |  |
| \*هاتف قريب/صديق (للطوارئ) |  |