



رقم المرفق	١٢	رقم المادة	٨/٨	رقم الإصدار	٤
عنوان المرفق	الامتيازات والصلاحيات الإكلينيكية لأطباء الأسنان				

## التعاريف

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

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

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

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

الامتيازات الإضافية: يتم طلبها إما من قبل طبيب نائب لطب الأسنان أو الإستشاري وفقاً لخصته المتخصصة في طب الأسنان.

## لجنة الاستشارات والامتيازات لطب الأسنان

هي اللجنة التي يتم تعيينها واعتمادها من قبل المؤسسة الصحية لطب الأسنان (تشمل مجمع طب اسنان أو عيادات مستقلة أو مستشفيات) وهي المسؤولة عن تحديد وتنفيذ ومراجعة واعتماد امتيازات طب الأسنان. وفي حالة طلب الامتيازات الأساسية، يمكن لأحد المتخصصين أو الاستشاريين رفض أو منح الامتيازات بعد الموافقة. أما



## وزارة الصحة Ministry of Health

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

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

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

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

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

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

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

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



# وزارة الصحة Ministry of Health

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

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

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

المقدمة

الرسالة



## وزارة الصحة Ministry of Health

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

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

### الرؤية

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

هناك عاملان رئيسيان لعملية تحديد الامتيازات السريرية:

### أولاً: الاعتماد

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

### ثانياً: تحديد الأدوار

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



# وزارة الصحة Ministry of Health

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

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

كما أنه لا ينبغي أن تستخدم هذه العملية من أجل ما يلي:  
أ- الحد من المبادرات المهنية المناسبة

ب- تقييد الإجراءات المناسبة التي قد يلزم اتخاذها في حالات الطوارئ  
ج- السماح للأطباء بالعمل بمعزل دون وجود أنظمة دعم مناسبة.

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

## الجهات الإدارية

سيتم تنفيذ هذه السياسة بالاقتران مع السلطات التالية:

١- وزارة الصحة.

٢- المديرية العامة للشؤون الصحية (الأقسام الإدارية لطب الأسنان، إدارات تنمية الاستثمار، إدارات الالتزام)

٣- الهيئة السعودية للتخصصات الصحية

تستند هذه السياسة إلى المبادئ العامة التالية:

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

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

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



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



#### دور لجنة الاستشارات والامتيازات لطب الأسنان

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



تتضمن عملية تحديد الامتيازات السريرية خطوتين:

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

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

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

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

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

تحديد الامتيازات كجزء من عملية التعيين



## وزارة الصحة Ministry of Health

ينبغي أن يتم تحديد الامتيازات السريرية كجزء من عملية التعيين. كما يجب إبلاغ المتقدمين المحتمل قبولهم بالدور المحدد لمرافق المؤسسة الصحية لطب الأسنان المتعلقة بالوظيفة المطلوبة، وبالناطق المحتمل للامتيازات التي تمنحها في الوقت الذي يستفسرون فيه عن الوظيفة. ويتعين كذلك على المؤسسة الصحية إنشاء وتوضيح الاحتياجات والمتطلبات للخدمة المحلية، والتي ستفيد القرارات المتعلقة بالمهارات والمؤهلات اللازمة لتوفير هذه الخدمات.

### فئات الامتيازات السريرية

تنقسم الامتيازات السريرية التي يتم منحها للأطباء إلى ثلاث فئات:

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

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

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

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

➤ أطباء الأسنان عامة.

➤ أطباء الأسنان النائبيين والاستشاريين



## وزارة الصحة Ministry of Health

تعتبر هذه السياسة، بما في ذلك نماذج التوظيف والوثائق المطلوبة وما إلى ذلك، إلزامية وذلك ليكون الأطباء على دراية بالإجراءات التي يمكنهم تنفيذها بناءً على تدريبهم ومؤهلاتهم، وأن يوقعها ويوافق عليها مدير المؤسسة الصحية أو المشرف الفني للمؤسسة الصحية، من أجل الحصول على موافقة اللجنة بعد ذلك.

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

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

### مدة الامتيازات السريرية

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

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



## عملية تطبيق الامتيازات السريرية

تشمل ما يلي:

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

المستندات المطلوبة والتي يجب حفظها إلكترونياً وورقياً فهي كما يلي:

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

١- استمارة امتيازات طب الأسنان السريرية موقعة ومختومة ومكتملة (الملحق أ).

٢- نسخة من المؤهلات التعليمية والتدريبية.

٣- نسخة من التسجيل لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

٤- نسخة من بطاقة الهوية أو الإقامة.

٥- صورة شخصية حديثة.

ب- امتيازات إضافية:

بالإضافة إلى المستندات المذكورة أعلاه، يجب على الطبيب الذي يتقدم للحصول على

امتيازات إضافية تقديم ما يلي:

١- السيرة الذاتية، والتي تحتوي على التاريخ المهني الكامل للمتقدم.

٢- نموذج امتيازات طب الأسنان السريري موقعاً ومختوماً (الملحق أ)



## وزارة الصحة Ministry of Health

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

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

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

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

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

سادساً- عملية الامتياز سرية ولا يجوز الإفصاح عن جميع المعلومات والسجلات والتقارير والمراسلات التي يتم تلقيها وإنشائها من قبل أو بتوجيه من لجنة الامتيازات دون إذن من رئيس اللجنة.

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



# وزارة الصحة Ministry of Health

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

المسؤولية:

تنحصر المسؤولية في كلٍ من:

١- مدير المستشفى أو المجمع الطبي

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

٢- رئيس قسم طب الأسنان

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

تنويه:

إذا تم الإخلال بهذه الامتيازات بعد الموافقة أو الرفض، فسيتم اعتبار ذلك مخالفة وسيتخذ الإجراء المناسب.



وزارة الصحة  
Ministry of Health

الملحق (أ)

نموذج الامتيازات السريرية لطب الأسنان



وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

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





<input type="checkbox"/>	استئصال اللب للأسنان الدائمة		
<input type="checkbox"/>	معالجة لبية للأسنان الأمامية والضواحك الغير معقدة		
<input type="checkbox"/>	استئصال اللب الجزئي للأسنان اللببية		

الامتيازات الخاصة غير الأساسية ( انظر المؤهلات والمعايير المحددة \*)

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

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



المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

٤ موافقة لجنة الامتيازات	٣ مرفوض	٢ معتمد	امتيازات ٢. طب أسنان الأطفال	١ مطلوب
			الحشوات التحفظية للمرضى الأطفال	<input type="checkbox"/>
			قلع الأسنان الأولية والدائمة	<input type="checkbox"/>
			حافظات المسافات	<input type="checkbox"/>
			شق اللب / استئصال اللب	<input type="checkbox"/>
			علاج اصابات الأسنان	<input type="checkbox"/>
			تاج ستينلس ستيل	<input type="checkbox"/>
			تاج شريطي\ تجميلي	<input type="checkbox"/>
			أجهزة سلوكية لمنع ميل الأسنان	<input type="checkbox"/>



وزارة الصحة  
Ministry of Health

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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

٤	٣	٢	امتيازات	١
موافقة لجنة الامتيازات	مرفوض	معتمد	٤. تركيب الأسنان	مطلوب
			أطقم أسنان كاملة	<input type="checkbox"/>
			أطقم أسنان فورية	<input type="checkbox"/>
			تركيب الكروم على أطقم الأسنان الجزئية القابلة للإزالة	<input type="checkbox"/>
			طقم أسنان أكريليك قابل للإزالة	<input type="checkbox"/>
			أطقم أسنان مثبتة بملحقات	<input type="checkbox"/>
			أطقم أسنان مدعومة بزراعات أسنان	<input type="checkbox"/>
			تركيبات ثابتة	<input type="checkbox"/>
			تركيبات ثابتة مع تعديل الاتجاه العمودي	<input type="checkbox"/>
			زراعة الأسنان - الجزء التعويضي	<input type="checkbox"/>



وزارة الصحة  
Ministry of Health

١ مطلوب	امتيازات ٥. علاج العصب والجذور السنية	٢ معتمد	٣ مرفوض	٤ موافقة لجنة الامتيازات
<input type="checkbox"/>	تركيبات الوجه والفكين			
<input type="checkbox"/>	مسد لثشق الحنك			
<input type="checkbox"/>	تشخيص آلام أسنان الفم والوجه			
<input type="checkbox"/>	علاج قناة الجذر الأمامي			
<input type="checkbox"/>	علاج قناة الجذر للضواجك			
<input type="checkbox"/>	علاج قناة جذر الضرس			
<input type="checkbox"/>	معالجة الجذور غير مكتملة النمو			
<input type="checkbox"/>	إزالة الأوتاد والأدوات المنفصلة في القنوت			
<input type="checkbox"/>	معالجة انثقاب الجذر			
<input type="checkbox"/>	إعادة علاج قناة الجذر			
<input type="checkbox"/>	معالجة الأسنان المرضوحة			
<input type="checkbox"/>	الجراحة اللبية			



وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

٤	٣	٢	امتيازات	١
موافقة لجنة الامتيازات	مرفوض	معتمد	6. دواعم الأسنان (أمراض وجراحة اللثة)	مطلوب
			تنظيف عميق وكحت الجذور	<input type="checkbox"/>
			عمليات التود الجانبي والوحشي	<input type="checkbox"/>
			استئصال وترميم اللثة	<input type="checkbox"/>
			جراحة متعلقة بالغشاء المخاطي واللثة	<input type="checkbox"/>
			جراحة إعادة تشكيل الحواف لداعم السن العظمي	<input type="checkbox"/>
			عمليات ترقيع داعم السن العظمي	<input type="checkbox"/>
			عمليات ترقيع النسيج الرخو للثة	<input type="checkbox"/>
			معالجة على أمراض الفم الحويصلية المسببة للتآكل	<input type="checkbox"/>
			تثبيت الأسنان	<input type="checkbox"/>



وزارة الصحة  
Ministry of Health

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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

٤ موافقة لجنة الامتيازات	٣ مرفوض	٢ معتمد	امتيازات ٨. جراحة الفم	١ مطلوب
			قلع الأسنان	<input type="checkbox"/>
			القلع الجراحي	<input type="checkbox"/>
			الإزالة جراحياً لسن مطمور	<input type="checkbox"/>
			إغلاق قناة فموية جيبيية	<input type="checkbox"/>
			تعديل طقم الأسنان / استئصال جزء من عظم ناتئ	<input type="checkbox"/>
			خزعة داخل الفم	<input type="checkbox"/>
			إزالة النمو العظمي السطحي	<input type="checkbox"/>
			ترميم جراحي لتمزق اللسان	<input type="checkbox"/>





وزارة الصحة  
Ministry of Health

			كشف جراحي لسن مطمور ومخفي للمساعدة على خروجه	<input type="checkbox"/>
			إرجاع الفك العلوي المغلق والأسنان المثبتة	<input type="checkbox"/>
			إرجاع الفك السفلي المغلق	<input type="checkbox"/>
			تثبيت دعامة جذور الأسنان	<input type="checkbox"/>
			إرجاع مغلق لخلع المفصل الصدغي الفكي السفلي	<input type="checkbox"/>



وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

٤	٣	٢	امتيازات	١
موافقة لجنة الامتيازات	مرفوض	معتمد	٩. جراحة الفم والوجه والفكين	مطلوب
			إخلع الجراحي	<input type="checkbox"/>
			الإزالة جراحيًا لسن منحشر	<input type="checkbox"/>
			إغلاق قناة فموية جيبيية	<input type="checkbox"/>
			تعديل طقم الأسنان / استئصال جزء من عظم ناتئ	<input type="checkbox"/>
			خزعة داخل الفم	<input type="checkbox"/>
			إزالة النمو العظمي السطحي	<input type="checkbox"/>
			ترميم جراحي لتمزق اللسان	<input type="checkbox"/>



وزارة الصحة  
Ministry of Health

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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

<input type="checkbox"/>	إزالة الأورام الحميدة ، سنية المنشأ
<input type="checkbox"/>	إزالة الأجسام الحميدة
<input type="checkbox"/>	إزالة كيس بجانب الفم
<input type="checkbox"/>	إزالة التورمات الحنكية
<input type="checkbox"/>	ترميم التمزقات داخل الفم
<input type="checkbox"/>	ترميم جيب في الفم وناسور أنفي فموي
<input type="checkbox"/>	جراحة للمفصل الفكي الصدغي
<input type="checkbox"/>	تصحيح جراحي لفلج الشفة والحنك
<input type="checkbox"/>	تصحيح جراحي لصغر الفك العلوي والسفلي
<input type="checkbox"/>	تصحيح جراحي لبروز الفك العلوي والسفلي
<input type="checkbox"/>	تصحيح جراحي للتشوهات الوجهية السنية الأخرى
<input type="checkbox"/>	العلاج الجراحي للأمراض الفك الحميدة



وزارة الصحة  
Ministry of Health

٤	٣	٢	امتيازات	١
موافقة لجنة الامتيازات	مرفوض	معتمد	١٠. غير محددة	مطلوب
			العلاج بالليزر لحالات الفم	<input type="checkbox"/>
			تسكين موضعي لأكسيد نيتروجيني	<input type="checkbox"/>
			تخدير واعي عن طريق الفم	<input type="checkbox"/>
			تخدير واعي عن طريق العضل	<input type="checkbox"/>
			تخدير واعي عن طريق الشرج	<input type="checkbox"/>
			تخدير واعي عن طريق الوريد	<input type="checkbox"/>



وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

المؤهلات والمعايير المحددة

جراحة الوجه والفكين\*

المطلوب

- الحد الأدنى من التدريب الرسمي لجراحة الفم والوجه والفكين:  
يجب إثبات الكفاءة في جراحة الفم والوجه والفكين وإكمال ناجح لبرنامج تدريب الإقامة في جراحة الفم والوجه والفكين على أن لا تقل المدة عن أربع سنوات ضمن برنامج معتمد من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
- الخبرة السابقة مطلوبة للتعين الأولي:  
حيث يتعين على المتخرج حديثاً أن يكون / تكون (خلال سنتين) من تدريب الإقامة على جراحة الفم والوجه والفكين قادراً على إثبات أدائه الناجح أو جراحته للفم



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

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

#### • التوصيات:

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

#### \*\* إدارة الترخيد الواعي (المعتدل)

##### المطلوب

يجب على المتقدم تقديم:

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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

\*\*\* زراعة الأسنان – الجزء الجراحي

المطلوب

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

التاريخ: .....

اسم المتقدم: .....

التوقيع: .....





وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

إقرار المتقدم:

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

الاسم :

التوقيع:



وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

موافقة المستشفى أو المجمع الطبي:

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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

المستشفى / المجمع الطبي
قسم جراحة الفم والأسنان
نموذج الامتيازات

١ = مطلوب

٢ = معتمد

٣ = مرفوض

اسم طبيب الأسنان: .....

رقم الهوية: .....

المنصب الحالي: .....

القسم: .....

المؤهلات: .....

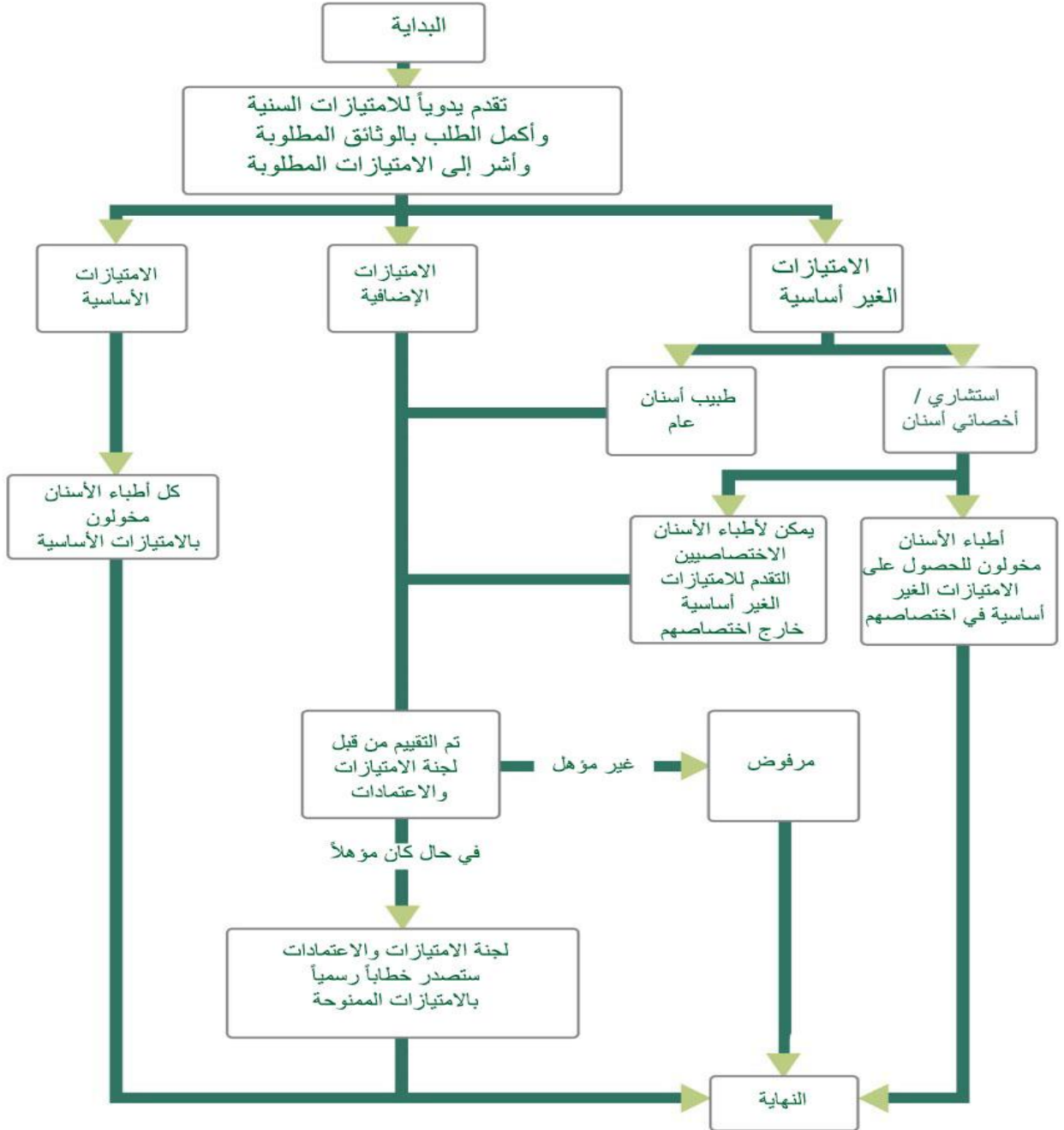
موافقة مدير الإدارة العامة للصحة

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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

الملحق ب: خريطة مسار الامتيازات السنوية





وزارة الصحة  
Ministry of Health

استمارة الامتيازات السريرية (القائمة)

اسم المتقدم:.....

الجنسية:.....

رقم الهوية / الإقامة:.....

رقم ترخيص الهيئة السعودية للتخصصات الصحية .....

الرجاء التأكد من الاختيارات المناسبة أدناه:

إعادة الطلب (الأسباب)

طلب جديد

- طلب امتيازات إضافية

- رفض طلب الامتيازات

- طلب الامتيازات متوقف مؤقتاً لمزيد من التحقق

العمل الحالي:

طبيب عام  اختصاصي .....  استشاري .....

مجمع طب الأسنان / المستشفى

نوع الطلب:

امتيازات إضافية

امتيازات خاصة (غير الأساسية)

امتيازات أساسية



وزارة الصحة  
Ministry of Health

#### الوثائق المطلوبة:

بالنسبة للامتيازات الأساسية والامتيازات الخاصة (غير الأساسية):

استمارة امتيازات طب الأسنان السريرية موقعة ومختومة ومستكملة

نسخة من التعليم المؤهل والتدريب

نسخة من الهيئة السعودية لتسجيل التخصصات الصحية

نسخة من بطاقة الهوية / الإقامة

صورة شخصية حديثة

#### بالنسبة للامتيازات الإضافية

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

سيرة ذاتية محدثة

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

استمارة امتيازات طب الأسنان السريرية موقعة ومختومة ومستكملة

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

المنشورة إن وجدت ، والتي تتعلق بالامتيازات المطلوبة.



وزارة الصحة  
Ministry of Health

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

توقيع المتقدم ..... التاريخ.....

تمت الموافقة من قبل:

المدير الطبي / مدير طب الأسنان ..... التاريخ.....



**Appendix A: clinical dental privileges form**



وزارة الصحة  
Ministry of Health

HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1  
Granted =2  
Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:.....

ID Number :.....

Current Position :.....

Section :.....

Qualifications :.....

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



<input type="checkbox"/>	Non-surgical periodontal therapy			
<input type="checkbox"/>	Pulp extirpation			
<input type="checkbox"/>	Endodontic treatment for anterior and premolar "non-complicated" canal teeth			
<input type="checkbox"/>	Pulpotomy			

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

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

1 Requested	PRIVILEGES 1.RESTOEAITIVE/ESTHETICDENTISTRY	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
<input type="checkbox"/>	Indirect restorations, inlay and only.			
<input type="checkbox"/>	Veneers ceramic.			
<input type="checkbox"/>	Fixed prosthodontics			
<input type="checkbox"/>	Implant restorations			
<input type="checkbox"/>	Vital tooth bleaching			
<input type="checkbox"/>	Non-vital tooth bleaching			
<input type="checkbox"/>	Limited occlusal adjustment			

HOSPITAL/CENTER

<b>DEPARTMENT OF ORAL &amp; DENTAL SURGERY</b>
<b>PRIVILEGING FROM</b>

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:.....

ID Number :.....

Current Position :.....

Section :.....

Qualifications :.....

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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

Requested	3.ORTHODONTICS	Granted	Not Granted	GDHAR (DAPC) Approval
<input type="checkbox"/>	Orthodontic evaluation & treatment plan			
<input type="checkbox"/>	Orthodontic up righting appliances			
<input type="checkbox"/>	Preventive /interceptive orthodontic appliances			
<input type="checkbox"/>	Comprehensive orthodontic treatment			
<input type="checkbox"/>	Utilization of fixed orthodontic appliances			
<input type="checkbox"/>	Utilization of removable orthodontic appliances			
<input type="checkbox"/>	Functional appliance.			



HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1  
Granted =2  
Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:.....

ID Number :.....

Current Position :.....

Section :.....

Qualifications :.....

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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

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

<b>HOSPITAL/CENTER</b>
<b>DEPARTMENT OF ORAL &amp; DENTAL SURGERY</b>
<b>PRIVILEGING FROM</b>



وزارة الصحة  
Ministry of Health

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:.....

ID Number :.....

Current Position :.....

Section :.....

Qualifications :.....

1 Requested	PRIVILEGES 6.PERIODONTICS	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
<input type="checkbox"/>	Deep Scaling & Root Planning			
<input type="checkbox"/>	Distal & Proximal wedge procedures			
<input type="checkbox"/>	Gingivectomy and gingivoplasty			
<input type="checkbox"/>	Mucogingival Surgery			
<input type="checkbox"/>	Periodontal Osseous re-contouring Surgery			
<input type="checkbox"/>	Periodontal Osseous Grafting procedures			
<input type="checkbox"/>	Gingival soft tissue grafting procedures			
<input type="checkbox"/>	Management of erosive or vesicular oral lesions			
<input type="checkbox"/>	Periodontal Splinting			
<input type="checkbox"/>	Occlusal Adjustment			
<input type="checkbox"/>	Gingival Flap Procedure			
<input type="checkbox"/>	Crown lengthening surgery			
<input type="checkbox"/>	Surgical Exposure of impacted or Underrated Tooth to aid eruption			
<input type="checkbox"/>	Periodontal maintenance procedures			
1	PRIVILEGES	2	3	4





وزارة الصحة  
Ministry of Health

Requested	7.IMPLANT DENTISTRY "SURGICAL"***	Granted	Not Granted	GDHAR (DAPC) Approval
<input type="checkbox"/>	Osteo-integrated dental implant surgery-limited			
<input type="checkbox"/>	Osteo-integrated dental implant surgery-complex			
<input type="checkbox"/>	Bone grafting procedures			
<input type="checkbox"/>	Soft tissue grafting procedures			
<input type="checkbox"/>	Intra-oral autogenous bone harvesting (Chin/ramus)			
<input type="checkbox"/>	Internal sinus lift procedures			
<input type="checkbox"/>	External sinus lift procedures			
<input type="checkbox"/>	Surgical implant removal			
<input type="checkbox"/>	Non-surgical and surgical managements of peri-implantitis			



HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1

Granted =2

Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:.....

ID Number :.....

Current Position :.....

Section :.....

Qualifications :.....

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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

<input type="checkbox"/>	Closed reduction of TMJ dislocation			
--------------------------	-------------------------------------	--	--	--



HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1  
Granted =2  
Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:.....

ID Number :.....

Current Position :.....

Section :.....

Qualifications :.....

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



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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

HOSPITAL/CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FROM

Requested =1  
Granted =2  
Not Granted =3

Name of Dental Practitioner:.....

ID Number :.....

Current Position :.....

Section :.....

Qualifications :.....

<input type="checkbox"/>	Removal of benign tumors, odontogenic			
<input type="checkbox"/>	Removal of benign bodies			
<input type="checkbox"/>	Removal of para-oral cyst			
<input type="checkbox"/>	Removal of torus palatines			
<input type="checkbox"/>	Repair of intra-oral lacerations			
<input type="checkbox"/>	Repair of oral-antral & oral-nasal fistulae			
<input type="checkbox"/>	Surgery of temporomandibular joint			
<input type="checkbox"/>	Surgical correction of cleft lip & palate			
<input type="checkbox"/>	Surgical correction of maxillary & mandibular micrognathism			
<input type="checkbox"/>	Surgical correction of maxillary & mandibular prognathism			
<input type="checkbox"/>	Surgical correction of other dento-facial deformities			



وزارة الصحة  
Ministry of Health

1 Requested	PRIVILEGES 10.UNSPECIFIED**	2 Granted	3 Not Granted	4 GDHAR (DAPC) Approval
<input type="checkbox"/>	Surgical treatment of benign jaw pathology			
<input type="checkbox"/>	Laser treatment for oral conditions			
<input type="checkbox"/>	Nitrous oxide analgesia			
<input type="checkbox"/>	Oral conscious sedation			
<input type="checkbox"/>	IM conscious sedation			
<input type="checkbox"/>	Rectal conscious sedation			
<input type="checkbox"/>	IV conscious sedation			

HOSPITAL / CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FORM

REQUESTED =1

GRANTED =2

NOT GRANTED =3

NAME OF DENTAL PRACTITIONER:.....

ID Number :.....

Current Position :.....

Section :.....

Qualifications :.....

### Qualification and Specific Criteria

#### Oral and Maxillofacial Surgery \*

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



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

**Administration of moderate sedation \*\***

□ **Requested**

The applicant must provide, either:

- Documentation of successful completion of an approved , recognized course in moderate sedation that include training in 1 ) the safe administration of sedative

HOSPITAL / CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FORM

REQUESTED =1

GRANTED =2

NOT GRANTED =3

NAME OF DENTAL PRACTITIONER:.....

ID Number :.....

Current Position :.....

Section :.....

Qualifications :.....

And analgesic drugs used to establish a level of moderate sedation ,2 ) use of reversal agents for opioids and benzodiazepines , 3 ) monitoring of patients' physiologic parameters during sedation , and 4 ) recognition of abnormalities in monitored variables that require intervention by the non-anesthesiologist sedation practitioner or anesthesiologist . or

- Documentation of competence in performing moderate sedation from directors of residency or fellowship training programs which include moderate sedation as part of the curriculum.

#### Dental implant surgery \*\*\*

#### Requested

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



وزارة الصحة  
Ministry of Health

DATE: .....

APPLICANT NAME: .....

SIGNATURE: .....

HOSPITAL / CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FORM

REQUESTED =1

GRANTED =2

NOT GRANTED =3

NAME OF DENTAL PRACTITIONER:.....

ID Number :.....

Current Position :.....

Section :.....

Qualification :.....

#### Acknowledgement of the applicant

I have requested only those privileges for which my education, training current experience, and demonstrated performance I am qualified to perform, and that I wish to exercise at

\_\_\_\_\_

Hospital.

HOSPITAL / CENTER
DEPARTMENT OF ORAL & DENTAL SURGERY
PRIVILEGING FORM

REQUESTED =1

GRANTED =2

NOT GRANTED =3

NAME OF DENTAL PRACTITIONER : .....

ID Number : .....

Current Position : .....

Section : .....

Qualifications : .....

HOSPITAL APPROVALS:

	Name	Title	Signature	date
Requested By:				
Approved By :		Head of Section		
		Head of Department		
		Medical director		



		<b>Chairman of Hospital committee, credentialing privileging</b>		
--	--	--	--	--

<b>HOSPITAL / CENTER</b>
<b>DEPARTMENT OF ORAL &amp; DENTAL SURGERY</b>
<b>PRIVILEGING FORM</b>

REQUESTED =1

GRANTED =2

NOT GRANTED =3

NAME OF DENTAL PRACTITIONER:.....

Current Position :.....

ID Number :.....

Section :.....

Qualification :.....

**GDHAR APPROVALS:**

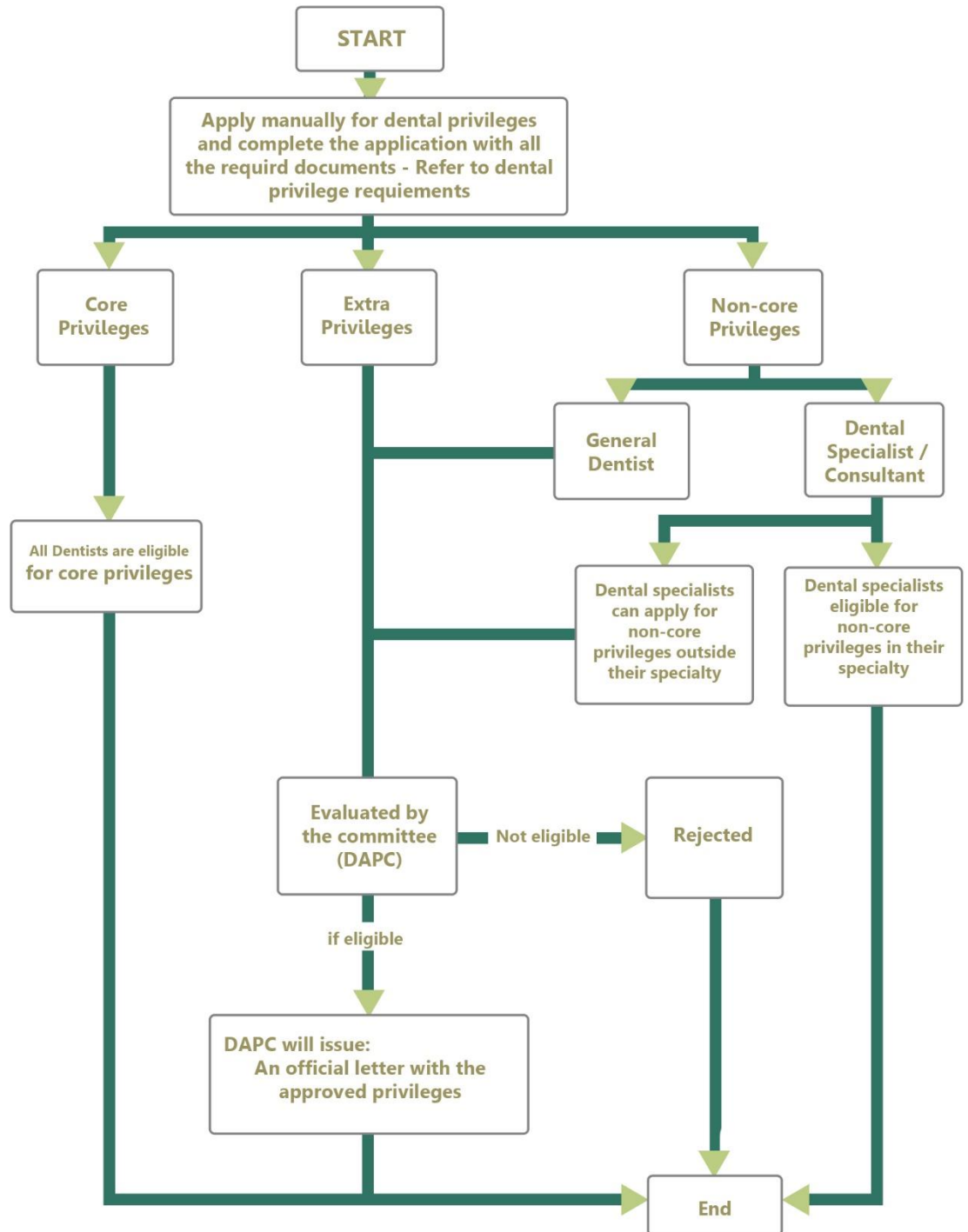
	<b>Name</b>	<b>Title</b>	<b>Signature</b>	<b>Date</b>
<b>Approved By:</b>				



وزارة الصحة  
Ministry of Health

		<b>Chairman of the privileging Committee</b>		

Appendix  
B: Dental  
privileges  
Process  
Map





### Clinical Privileges Request (Checklist)

Applicant's Name: ..... Nationality: .....

ID/Iqama No.: ..... SCFHS No.: .....

Please check the appropriate option below:

New Application

Reapplication (reasons):

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

Current Job:

G.P.

Specialist .....

Consultant .....

Dental Center/ Hospital: .....

Type of request:

Core privileges

Special (non-core) privileges

Extra privileges

---

Required documents:

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

signed, stamped and completed clinical dental privileges form

copy of qualifying education and training

copy of the Saudi commission for health specialties registration

Copy of Identification Card, Iqama as appropriate

current personal photo

**For Extra privileges:**

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

- An updated CV
- Signed, stamped and completed clinical dental privileges form (including the requested extra privileges)
- Copies of qualifying education & training certificates, courses/workshops/seminars attended, experience credentials, and published research If any which are related to the requested privileges.

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

**Signature of Applicant** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_



وزارة الصحة  
Ministry of Health

APPROVED:

Medical/Dental Director \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_