مبادرة المستشفى الصديق للطفل

إستمارة الإلتزام

***على المستشفى المرشح للحصول على شهادة مستشفى صديق للطفل ان يتأكد من انجاز المتطلبات والمستندات التالية قبل ملء وتوقيع هذه الاستمارة*:**

|  |  |
| --- | --- |
| ✓ | **المتطلبات /المستندات** |
|  | **لجنة خاصة بمبادرة مستشفى صديق للطفل** |
|  | **منسقة للرضاعة الطبيعية** |
|  | **سياسة الرضاعة** |
|  | **الإجراءات الخاصة بتطبيق الخطوات** |
|  | **خطة عمل على مبادرة مستشفى صديق للطفل** |
|  | **خطة تدريب العاملين في المستشفى** |
|  | **خطة تثقيف الامهات في فترة ما قبل وأثناء وما بعد الولادة** |
|  | **خطة جمع البيانات** |

***المعلومات الخاصة بالمستشفى*** ***المرشح للحصول على شهادة مستشفى صديق الطفل :***

|  |  |
| --- | --- |
|  | اسم المستشفى الذي سيتم منحه الشهادة |
|  | اسم المدير التنفيذي للمستشفى |
|  | المسمى الوظيفي |
|  | رقم الهاتف |
|  | عنوان البريد الالكتروني |

|  |  |
| --- | --- |
|  | اسم منسقة الرضاعة الطبيعية |
|  | المسمى الوظيفي |
|  | رقم الهاتف |
|  | العنوان البريدي |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| أعضاء لجنة مبادرة المستشفيات الصديقة للطفل في المستشفى | | |
| عنوان البريد الالكتروني | المسمى الوظيفي | الاسم |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| اجمالي عدد الولادات/ سنة |  |
| النسبة المئوية للأمهات اللاتي يتابعن الحمل والولادة في المستشفى |  |
| هل يوجد في المستشفى عيادات لمتابعة الحمل ؟ | نعم /لا |
| هل يوجد في المستشفى وحدة رعاية مركزة لحديثي الولادة؟ | نعم /لا |
| هل يوجد في المستشفى عيادات متابعة بعد الولادة ( عيادة أطفال او مركز رعلية صحية أولية) ؟ | نعم /لا |

أنا أؤكد \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_دعمي الكامل تطبيق معايير المستشفى الصديق الطفل (النسخة المعدلة لمبادرة

المستشفى الصديق للطفل) التي وضعتها منظمة الصحة العالمية /اليونيسف (2018) والقانون اللبناني 47/2008.

توقيع المدير التنفيذي للمستشفى توقيع وزارة الصحة

**التاريخ :**