

ملحق 2-SurgWeek

الملحق A: قائمة الإجراءات المُستبعدة

ستشمل دراسة SurgWeek-2 جميع العمليات (الاختيارية أو الطارئة) التي تُجرى في غرفة العمليات، باستثناء الإجراءات الصغرى. وتُدرج جميع التخصصات الجراحية. وتُدرج كل من جراحة اليوم الواحد والجراحة مع المبيت. وتُدرج كل من الأطفال والبالغين. وتُدرج الإجراءات الصغرى المُستبعدة أدناه.

التخصص	الإجراءات المُستبعدة
جراحة البطن	تصريف الاستسقاء (تصريف التجويف البريتواني) (Ascitic drain)
	التصوير بالموجات فوق الصوتية بالمنظار (Endoscopic ultrasound)
	التصوير بالموجات فوق الصوتية بالتنظير البطني (Laparoscopic ultrasound)
جراحة الثدي	خزعة الثدي (Breast biopsy)
جراحة القلب	زرع منظم ضربات القلب (cardiac pacemaker)
	PCI: التدخل التاجي عبر الجلد (percutaneous coronary intervention)
	رأب الشريان التاجي بالبالون عبر اللمعة (Transluminal balloon angioplasty)
	تنظير القولون (تشخيصي أو علاجي) (Colonoscopy)
جراحة القولون والمستقيم	تنظير السين المرن (تشخيصي أو علاجي) (Flexible sigmoidoscopy)
	تنظير المستقيم (تشخيصي أو علاجي) (Proctoscopy)
	زرع الأسنان (Implantation of tooth)
إجراءات الأسنان	تركيب بدلة سنية (dental prosthesis)
	عمليات تقويم الأسنان (Orthodontic operations)
	ترميم الأسنان (Restoration of tooth)
	خلع الأسنان (Extraction of tooth)
	خزعة عنق الرحم (Cervical biopsy)
أمراض النساء	تنظير المهبل (تشخيصي أو علاجي) (Colposcopy)
	أي ولادة مهبلية (ولادة طبيعية، ولادة مقعدة، ولادة بالملقط، ولادة بالشفط)
	إصلاح تمزق الولادة (obstetric laceration)
التوليد	

طب العيون	إزالة جسم غريب من القرنية
جراحة العظام	خزعة العظم (Bone biopsy)
	الحقن داخل المفصل
	خزعة العضلة (Muscle biopsy)
جراحة الأنف والأذن والحنجرة	تنظير الأنف (تشخيصي أو علاجي) (Nasendoscopy)
	حشو تجويف الأنف
جراحة الصدر	تنظير القصبات (تشخيصي أو علاجي) (Bronchoscopy)
	أنبوب تصريف الصدر (Chest drain)
جراحة الجهاز الهضمي العلوي	ERCP: تصوير القنوات الصفراوية والبنكرياسية بالطريق الراجع بالمنظار (تشخيصي أو علاجي)
	خزعة الكبد (Liver biopsy)
	OGD: تنظير المريء والمعدة والاثني عشر (تشخيصي أو علاجي)
المسالك البولية*	خزعة المثانة (Bladder biopsy)
	تفتيت الحصى بموجات الصدمة خارج الجسم (ESWL)
	تنظير المثانة المرن (تشخيصي أو علاجي) (Flexible cystoscopy)
	فغر الكلية عبر الجلد (Percutaneous nephrostomy)
	استئصال حصى الكلى عبر الجلد (PCNL)
جراحة الأوعية الدموية	الإجراءات عبر اللمعة (داخل الأوعية) على الشرايين (تشخيصية أو علاجية)، بما في ذلك مع الشق المفتوح للوصول إلى الشريان
	الإجراءات عبر اللمعة (داخل الأوعية) على الأوردة (تشخيصية أو علاجية)
أخرى	إدخال قسطرة/خط وريدي مركزي (CVC)
	البزل القطني (الشوكي) (Lumbar puncture)
	فغر الرغامى عبر الجلد (Percutaneous tracheostomy)
	خزعة الجلد (بما في ذلك الخزعة الحلقية) (Skin biopsy)
	الحقن فوق الجافية العلاجي (Therapeutic epidural injection)

*ملاحظة: ينبغي إدراج استئصال البروستاتا عبر الإحليل (TURP)، واستئصال ورم المثانة عبر الإحليل (TURBT)، وتنظير المثانة الصلب تحت التخدير العام، وإدخال دعامة حالبية.

الملحق B: نماذج تقرير الحالة (CRF)

في نموذج تقرير الحالة، تصبح الأقسام المظلمة بالرمادي متاحة عبر منطق التفرع (branching logic) إذا فُعلت بإدخال بيانات سابقة.

1.1	الفترة التي أجريت فيها العملية	1، الفترة 1 (31 00:00 - أغسطس 2026 - 23:59 6 سبتمبر 2026) 2، الفترة 2 (7 00:00 - سبتمبر 2026 - 23:59 13 سبتمبر 2026) 3، الفترة 3 (14 00:00 - سبتمبر 2026 - 23:59 20 سبتمبر 2026) 4، الفترة 4 (21 00:00 - سبتمبر 2026 - 23:59 27 سبتمبر 2026) 5، الفترة 5 (28 00:00 - سبتمبر 2026 - 23:59 4 أكتوبر 2026) 6، الفترة 6 (5 00:00 - أكتوبر 2026 - 23:59 11 أكتوبر 2026)
2.1	الجنس	1، أنثى 2، ذكر
2.2	إذا كانت أنثى والعمر 10-59: حالة الحمل	1، لا 2، نعم - الثالث الأول (>13 أسبوعاً) 3، نعم - الثالث الثاني (13-28 أسبوعاً) 3، نعم - الثالث الثالث (>28 أسبوعاً)
3.1	العمر	1، >52 أسبوعاً 2، 4-1 سنوات 3، 5-9 سنوات 4، 10-17 سنة 5، 18-29 سنة 6، 30-39 سنة 7، 40-49 سنة 8، 50-59 سنة 9، 60-69 سنة 10، 70-79 سنة 11، 80-89 سنة 12، 90 سنة أو أكثر
4.1	ASA	1، الدرجة 1، II، الدرجة 3 III، الدرجة 4 IV، الدرجة 5 V، الدرجة 6 VI، الدرجة 7
5.1	مؤشر كتلة الجسم (BMI) (رابط الحاسبة: https://v1.01/app/index.htmlhttps://extras.bhf.org.uk/patientinfo/bmi-)	قيمة عددية <
6.1	الأمراض المصاحبة (Co-morbidities) (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	1، مرض القلب الإقفاري 2، قصور القلب الاحتقاني 3، مرض وعائي دماغي 4، داء السكري - المعتمد على الإنسولين 5، داء السكري - غير المعتمد على الإنسولين 6، مرض الكلى المزمن (الكرياتينين الأساسي <176.8 ميكرومول/لتر أو >7.2 mg/dL) 7، فيروس نقص المناعة البشرية 8، (HIV)، ارتفاع ضغط الدم 9، لا شيء مما سبق
6.2	إذا كان مصاباً بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV): حالة HIV	1، HIV غير معالج 2، HIV مع تعداد خلايا CD4 <200 خلايا/mm3 3، HIV مع تعداد خلايا CD4 200-500 خلايا/mm3 4، HIV مع تعداد خلايا CD4 >500 خلايا/mm3 5، HIV غير معروف
7.1	درجة الهشاشة السريرية (Clinical frailty score) (https://www.bqs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2018-07-(rockwood_cfs.pdf/05)	1، 1 - لائق جداً 2، 2 - بصحة جيدة 3، 3 - يبرز أموره جيداً 4، 4 - معرض للخطر 5، 5 - هشاشة خفيفة 6، 6 - هشاشة متوسطة 7، 7 - هشاشة شديدة - معتمد كلياً في الرعاية الشخصية 8، 8 - هشاشة شديدة جداً 9، 9 - في مرحلة نهاية الحياة
8.1	حالة التدخين (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	1، لا - لم يدخن قط 2، لا - مدخن سابق، أقل منذ 6 أسابيع 3، لا - أقل خلال الأسابيع الستة الأخيرة 4، نعم - مدخن حالي 5، لا - كان يستخدم السجائر الإلكترونية سابقاً، أقل منذ 6 أسابيع 6، لا - كان يستخدم السجائر الإلكترونية سابقاً، أقل خلال الأسابيع الستة الأخيرة 7، نعم - يستخدم السجائر الإلكترونية حالياً
9.1	نوع الدخول	1، اختياري (جراحة في دخول مخطط) 2، طارئة (جراحة في دخول غير مخطط)
10.1	نوع إجراء الجراحة	1، حميد 2، خبيث / قبل خبيث 3، رضّي 4، توليدي
10.2	إذا كان ورماً خبيثاً: الهدف من هذه العملية	1، علاجي 2، Curative)، تطليفي (Palliative)
10.3	إذا كان ورماً خبيثاً: مدى انتشار الورم الخبيث	0، قبل خبيث 1، أولي فقط 2، نقائل عقدية 3، نقائل بعيدة 4، غير مُرحّل
10.4	إذا كانت إصابة رضّية: آلية الإصابة (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	1، سقوط من ارتفاع أقل من مترين 2، سقوط من ارتفاع أكثر من مترين 3، حادث مروري - راكب 4، حادث مروري - مشاة 5، حادث مروري - راكب دراجة 6، طلق ناري 7، طعن 8، إصابة نافذة أخرى (غير طلق ناري/طعن) 9، اعتداء - رضّ كليل 10، انفجار 11، إصابة سحق 12، صناعية / مهنية 13، عضّة حيوان 14، متعلّقة بالرياضة 15، حروق أو إصابة حرارية 16، إيذاء النفس 17، أخرى (يرجى التحديد)
10.5	إذا كانت إصابة رضّية: حدد جميع الإصابات (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	1، كسر حادّ مفرد 2، كسور حادة متعدّدة 3، إصابة اليد 4، إصابة دماغية رضّية 5، كسر الجمجمة 6، كسر الوجه 7، إصابة الرقبة (وعائية/مجرى هوائي) 8، كسور الأضلاع 9، استرواح/تنفي الصدر 10، كدمة رئوية 11، إصابة قلبية 12، إصابة عضو صلب بطني 13، إصابة حشوية جوفاء بطنية 14، كسر فقرّي 15، إصابة الحبل الشوكي 16، خلع الطرف العلوي 17، إصابة الأنسجة الرخوة للطرف العلوي 18، خلع الطرف السفلي 19، إصابة الأنسجة الرخوة للطرف السفلي 20، إصابة وعائية 21، إصابة عصبية
11.1	المنطقة التشريحية للعملية الرئيسية	1، الرأس والرقبة 2، الصدر 3، البطن 4، الحوض 5، الطرف العلوي 6، الطرف السفلي 7، العمود الفقري
12.1	صيف دواعي إجراء العملية: (على سبيل المثال: قرحة اثني عشرية مثقوبة، فتق إربي عرضي، كسر عناق عظم الفخذ، استبدال مفصل الورك لفصل عظمي، حصاة حالبية مسددة مع إبتان، ورم مثانة، ضائقة جنينية أثناء المخاض، اختيار المريضة للولادة القيصرية، إلخ)	حصى حَزَ <
9.2	إذا كان الدخول طارئاً: هل كان المريض مصاباً بالإنتان (septic) عند العرض؟	0، لا 1، نعم
9.2a	إذا كان هناك إبتان: المدة من تحديد الاشتباه بالإنتان حتى إعطاء أول مضاد حيوي	1، <30 دقيقة 2، 30-59 دقيقة 3، 60-119 دقيقة 4، 120 دقيقة - 24 ساعة 5، لم تُعط مضادات حيوية خلال 24 ساعة
9.3	إذا كان الدخول طارئاً: هل كانت هناك علامات صدمة (shock) عند العرض؟	0، لا 1، نعم
9.4	إذا كان الدخول طارئاً: الوقت من بدء الأعراض / الإصابة حتى العرض على المستشفى	1، أقل من 12 ساعة 2، 12-23 ساعة 3، 24-47 ساعة 4، 48-71 ساعة 5، 72 ساعة أو أكثر
9.5	إذا كان الدخول طارئاً: الوقت من العرض على المستشفى حتى تقييم الفريق الجراحي	1، <1 ساعة 2، 1-2 ساعة 3، 3-6 ساعات 4، 7-12 ساعة 5، 13-24 ساعة 6، أكثر من 24 ساعة 7، غير معروف
9.6	إذا كان الدخول طارئاً: الوقت من تقييم الفريق الجراحي حتى قرار إجراء العملية	1، <1 ساعة 2، 1-2 ساعة 3، 3-6 ساعات 4، 7-12 ساعة 5، 13-24 ساعة 6، أكثر من 24 ساعة 7، غير معروف
9.7	إذا كان الدخول طارئاً: المدة من قرار إجراء العملية (حجز غرفة العمليات) حتى وصول المريض إلى غرفة العمليات	1، <2 ساعة 2، 2-6 ساعات 3، 7-18 ساعة 4، <18 ساعة

9.8	إذا كان الدخول طارئاً: ما النافذة الزمنية المستهدفة من حجز الحالة حتى العملية؟	1، >2 ساعة 2، 2-6 ساعات 3، 7-18 ساعة 4، <18 ساعة 5، لم تُحدّد نافذة 6، غير معروف
9.9	إذا كان الدخول طارئاً: هل التمس المريض الرعاية من أيّ جهة أخرى قبل حضوره إلى هذا المستشفى مباشرة؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	0، لا 1، نعم - معالج تقليدي أو روحاني 2، نعم - عامل صحة مجتمعي 3، نعم - طبيب الأسرة/الرعاية الأولية 4، نعم - مستشفى آخر (حوّل) هذا المريض إلى هذا المستشفى 5، نعم - أخرى 6، غير معروف
9.9a	إذا كان محوّلًا من مستشفى آخر: ما سبب التحويل بين المستشفيات؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	1، للحصول على رأي من تخصص جراحي غير متوفّر في المستشفى المٌحيل 2، لا يوجد جراح في المستشفى المٌحيل 3، متطلبات التخدير 4، لا توجد غرفة عمليات 5، متطلبات وحدة الاعتماد العالي (HCU) أو العناية المركّزة 6، (ITU)، التشخيص؛ مثلاً لا يوجد جهاز تصوير مقطعي محوسب 7، الأشعة التداخلية غير متوفّرة 8، توفّر منتجات الدم 9، قيود المعدات (روبوت/تنظير بطني/أجهزة تدبّيس الخ) 10، التعقيد يستلزم مركزاً من الدرجة الثالثة (أي عوامل تتعلق بالمريض) 11، اضطراب خارجي؛ مثلاً مشكلات الكهرباء، الفيضانات، إضرابات الكوادر 12، قيود مالية 13، أخرى، يرجى التحديد
9.10	إذا كان الدخول مُجدولاً (اختيارياً): كم يوماً من بين حجز المريض للعملية وإجرائها فعلياً؟	<قيمة عددية (أيام)>

أثناء العملية		
13.1	هل استخدمت قائمة التحقق من سلامة الجراحة الخاصة بمنظمة الصحة العالمية (WHO) في غرفة العمليات؟	0. لا 1. نعم
14.1	رتبة أعلى الجراحين خبرة في غرفة العمليات	1، استشاري أو ما يعادله 2، طبيب/جراح لديه 3 سنوات خبرة أو أكثر 3، طبيب/جراح لديه 1-2 سنة خبرة 4، من غير الأطباء
15.1	رتبة الجراح الرئيسي (يُعرّف بأنه من يؤدي أكثر من 50% من الخطوات الجراحية الحرجة)	1، استشاري أو ما يعادله 2، طبيب/جراح لديه 3 سنوات خبرة أو أكثر 3، طبيب/جراح لديه 1-2 سنة خبرة 4، من غير الأطباء
16.1	رتبة أعلى أطباء التخدير خبرة في غرفة العمليات	1، استشاري أو ما يعادله 2، طبيب/جراح لديه 3 سنوات خبرة أو أكثر 3، طبيب/جراح لديه 1-2 سنة خبرة 4، من غير الأطباء
17.1	نوع (أنواع) التخدير (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	1، عام (استشفاقي) 2، عام (وريدي كلي) 3، محوري عصبي - فوق الجافية 4، محوري عصبي - شوكي 5، حصار عصبي موضعي 6، تركيز 7، مخدر موضعي 8، لا شيء
18.1	توقيت بداية الشق الجراحي (knife to skin) (بداية العملية)	1، 17:59-08:00 2، 23:59-18:00 3، 07:59-00:00
19.1	العملية الرئيسية	انظر القائمة المنسدلة
20.1	المقاربة الجراحية الأولية المخططة	1، مفتوح 2، طفيف التوغل قياسي (مثل التنظير البطني، التنظير الصدري أو تقنية مماثلة بمساعدة الفيديو باستثناء المساعدة الروبوتية) 3، بمساعدة الروبوت 4، هجين طفيف التوغل / مفتوح 5، داخل اللعنة 6، عبر فوهة طبيعية عبر اللعنة
21.1	المقاربة الجراحية النهائية (عند الإكمال)	1، مفتوح 2، طفيف التوغل قياسي (مثل التنظير البطني/الصدري أو تقنية مماثلة بمساعدة الفيديو باستثناء المساعدة الروبوتية) 3، بمساعدة الروبوت 4، هجين طفيف التوغل / مفتوح 5، داخل اللعنة 6، عبر فوهة طبيعية عبر اللعنة
22.1	درجة التلوث أثناء العملية	1، نظيف 2، نظيف-ملوث 3، ملوث 4، قدر
23.1	كيف أغلق الجرح الجراحي الرئيسي؟	1، إغلاق أولي 2، مُترك ليلتئم بالنيّة الثانوية
24.1	ما الضمادة التي استخدمت للجرح الجراحي الرئيسي؟	1، مضاد للميكروبات (مثل inadine، الفضة) 2، ضغط سلبي (مثل VAC، PICO) 3، محتوى على الغراء (مثل Prineo) 4، ضمادة بسيطة فقط 5، بدون ضمادة
23.2	إذا كان الجرح يلتئم بالنيّة الثانوية: موقع الجرح المتروك ليلتئم بالنيّة الثانوية	1، القدم 2، الساق 3، البطن 4، أخرى
25.1	تحضير الجلد (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	1، كلورهيكسدين في الكحول 2، كلورهيكسدين مائي 3، بوفينون-اليود (مائي) 4، بوفينون-اليود في الكحول 5، كحول فقط 6، Olanexidine، غطاء loban أو ما يعادله 8، أخرى، يرجى التحديد 9، غير معروف
26.1	هل حدث أي انقطاع للتيار الكهربائي أثناء العملية؟	0، لا 1، نعم، انقطاع كهربائي إجمالي 1-14 دقيقة 2، نعم، انقطاع كهربائي إجمالي 15-29 دقيقة 3، نعم، انقطاع كهربائي إجمالي 30-59 دقيقة 4، نعم، انقطاع كهربائي إجمالي > ساعة واحدة 5، غير متأكد
26.2	إذا حدث انقطاع للتيار الكهربائي: هل أدى ذلك إلى أي تغيير في الإجراء؟	0، لا 1، تحويل من طفيف التوغل إلى مفتوح 2، التخلي عن الإجراء 3، إجراء بديل جرى تنفيذه 4، أخرى (يرجى التحديد)
26.3	إذا حدث انقطاع للتيار الكهربائي: ما الأثر الذي لحق بالمريض؟	1، بلا تأثير 2، مضاعفة طفيفة 3، مضاعفة متوسطة 4، مضاعفات مهددة للحياة

بيانات ما بعد الجراحة		
27.1	كيف أنجزت متابعة الـ 30 يوماً؟ (حدد كل ما ينطبق)	1، متابعة حضورية في العيادة 2، مكالمة هاتفية/فيديو 3، مراجعة سجل المستشفى
27.2	إذا كانت المتابعة حضورياً أو عبر الهاتف/الفيديو: في أي يوم بعد الجراحة عاد المريض إلى نشاطه الطبيعي؟ (قد يشمل ذلك العمل أو أدوار الرعاية أو الأدوار المجتمعية) (إذا لم يعد المريض إلى نشاطه الطبيعي، يُرجى إدخال 99)	قيمة عددية (أيام) <
28.1	درجة كلايفين-دينودو (Clavien-Dindo) خلال 30 يوماً	1، الدرجة 2 1، الدرجة 3 1، الدرجة 4 1، الدرجة 5 1، الدرجة 6 1، الدرجة 7 1، الدرجة 8 1، الدرجة 9 1، الدرجة 10 1، الدرجة 11
28.2	إذا حدثت مضاعفات خلال 30 يوماً: ما مضاعفات ما بعد الجراحة التي أصابت المريض؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	1، عدوى الموقع الجراحي أو العدوى المرتبطة بالكسر 2، عدوى الحيز العضوي العميق 3، التهاب الرئوي 4، تهوية غير متوقعة 5، متلازمة الضائقة التنفسية الحادة 6 (ARDS)، انصبام رئوي 7، خثار وريدي عميق 8، احتشاء عضلة القلب 9، تسريب الفمغارة 10، إصابة كلوية حادة تستلزم غسيل كلويًا 11، تفقر الجرح 99، لا شيء مما سبق
29.1	إعادة الجراحة خلال 30 يوماً	0، لا 1، نعم، إعادة جراحة مخططة 2، نعم، إعادة جراحة غير مخططة نعم، إعادة جراحة مخططة وغير مخططة معاً
30.1	مدة الإقامة بعد الجراحة (أيام) (اليوم 0 هو يوم العملية)	قيمة عددية (أيام) <
31.1	إعادة الدخول إلى المستشفى خلال 30 يوماً	0، لا 1، نعم
31.2	إذا أعيد إدخاله: مدة إقامة إعادة الدخول (إذا خرج في اليوم نفسه لإعادة الدخول فادخل 0)	قيمة عددية (أيام) <
32.1	هل أدخل المريض إلى الرعاية الحرجة (وحدة الاعتماد العالي أو وحدة العناية المركزة)؟	0، لا - غير مطلوب 1، لا - كان مخططاً الذهاب إلى الرعاية الحرجة لكن لا يوجد سرير متاح 2، نعم - مخطط من غرفة العمليات 3، نعم - غير مخطط من غرفة العمليات 4، نعم - غير مخطط من القسم
32.2	إذا أدخل إلى الرعاية الحرجة: مدة الإقامة في وحدة الرعاية الحرجة.	قيمة عددية (أيام) <
33.1	هل خضع مريضك لبروتوكول التعافي المُعزَّز بعد الجراحة (ERAS) أو ما يعادله؟	0، لا 1، نعم
10.6	إذا كان ورماً خبيثاً: هل أجري الفحص النسيجي (histology)؟	1، لم يُجرَ 2، لا توجد عينة 3، نعم - حميد 4، نعم - خبيث بحافة استئصال 5، R0، نعم - خبيث بحافة استئصال 6، R1، نعم - خبيث بحافة استئصال 7، R2، نعم - خبيث لكن لم تُؤمَّ حافة استئصال
34.1	هل تلقى المريض مضادات حيوية عند بدء التخدير؟	1، نعم، عند بدء التخدير 2، لا، لكن تلقى جرعة خلال الساعات الثماني السابقة 3، لا، ولم يتلقَ أي مضادات حيوية خلال الساعات الثماني السابقة.
35.1	في كم يوم بعد الجراحة ضمن 30 يوماً من العملية تلقى المريض جرعة واحدة على الأقل من المضادات الحيوية؟	قيمة عددية (أيام) <
36.1	هل أرسلت مسحة من الجرح للفحص الميكروبيولوجي؟	0، لا 1، نعم، لكن دون نمو في أي عينات 2، نعم، نمو في عينة أو أكثر لكن كانت دون مقاومة لمضادات الميكروبات 3، نعم، نمو كانت في عينة أو أكثر مع مقاومة لمضادات الميكروبات
36.2	إذا كانت إجابة 36.1 هي الخيار 3، ما الكائنات التي أبنت مقاومة للمضادات الحيوية؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق):	Enterobacteriales (البكتيريا المعوية): 1، Escherichia (مثل E. coli) 2، Klebsiella (مثل K. pneumoniae) 3، Proteus 4، Enterobacter 5، Enterobacteriales منتجة لـ ESBL (مثل E. coli، Klebsiella) 6، مقاومة للكاربابينيم (CRE) 7، Pseudomonas aeruginosa (متعددة مقاومة الأدوية) 8، MRSA (المكورات الذهبية المقاومة للميثيسيلين) 9، VRE (المكورات المعوية المقاومة للفاينغامايسين) اللاهوائيات (Anaerobes): 10، Bacteroides fragilis 11، Bacteroides أخرى 12، 13، Peptostreptococcus أنواع Clostridium أخرى: 14، سلبيه الغرام 15، Enterococcus 16، أخرى غير مدرجة، يُرجى التحديد
37.1	كيف جرى تغطية غالبية تكلفة الجراحة؟	1، تأمين مقدم من الحكومة (على المستوى الوطني أو الإقليمي) 2، تأمين مقدم من جهة العمل (أو جهة عمل أفراد الأسرة) 3، تأمين رتبته المريض ودفعه بشكل خاص 4، تأمين لكن طريقة ترتيبه غير معروفة 5، أموال خارجية أو منح من جمعيات خيرية/منظمات غير حكومية 6، مدفوعات من الجيب الخاص (دفع المريض للمستشفى مباشرة) 7، مجاني عند نقطة الاستخدام (مثل الخدمة الصحية الوطنية في المملكة المتحدة (NHS))
37.2	إذا كانت الإجابة من الخيارات 1-5 في «كيف جرى تغطية غالبية تكلفة الجراحة»: هل دفع المريض أي مبلغ من جيبه الخاص؟	0، لا 1، نعم
37.3	هل أدى العجز عن الدفع إلى تأخر إجراء العملية للمريض؟	0، لا 1، نعم

إذا كانت المقاربة الجراحية روبوتية (تفرّع من السؤال 20.1 والسؤال 21.1)	
المنصة الروبوتية	1، 7، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61، 62، 63، 64، 65، 66، 67، 68، 69، 70، 71، 72، 73، 74، 75، 76، 77، 78، 79، 80، 81، 82، 83، 84، 85، 86، 87، 88، 89، 90، 91، 92، 93، 94، 95، 96، 97، 98، 99، 100، 101، 102، 103، 104، 105، 106، 107، 108، 109، 110، 111، 112، 113، 114، 115، 116، 117، 118، 119، 120، 121، 122، 123، 124، 125، 126، 127، 128، 129، 130، 131، 132، 133، 134، 135، 136، 137، 138، 139، 140، 141، 142، 143، 144، 145، 146، 147، 148، 149، 150، 151، 152، 153، 154، 155، 156، 157، 158، 159، 160، 161، 162، 163، 164، 165، 166، 167، 168، 169، 170، 171، 172، 173، 174، 175، 176، 177، 178، 179، 180، 181، 182، 183، 184، 185، 186، 187، 188، 189، 190، 191، 192، 193، 194، 195، 196، 197، 198، 199، 200، 201، 202، 203، 204، 205، 206، 207، 208، 209، 210، 211، 212، 213، 214، 215، 216، 217، 218، 219، 220، 221، 222، 223، 224، 225، 226، 227، 228، 229، 230، 231، 232، 233، 234، 235، 236، 237، 238، 239، 240، 241، 242، 243، 244، 245، 246، 247، 248، 249، 250، 251، 252، 253، 254، 255، 256، 257، 258، 259، 260، 261، 262، 263، 264، 265، 266، 267، 268، 269، 270، 271، 272، 273، 274، 275، 276، 277، 278، 279، 280، 281، 282، 283، 284، 285، 286، 287، 288، 289، 290، 291، 292، 293، 294، 295، 296، 297، 298، 299، 300، 301، 302، 303، 304، 305، 306، 307، 308، 309، 310، 311، 312، 313، 314، 315، 316، 317، 318، 319، 320، 321، 322، 323، 324، 325، 326، 327، 328، 329، 330، 331، 332، 333، 334، 335، 336، 337، 338، 339، 340، 341، 342، 343، 344، 345، 346، 347، 348، 349، 350، 351، 352، 353، 354، 355، 356، 357، 358، 359، 360، 361، 362، 363، 364، 365، 366، 367، 368، 369، 370، 371، 372، 373، 374، 375، 376، 377، 378، 379، 380، 381، 382، 383، 384، 385، 386، 387، 388، 389، 390، 391، 392، 393، 394، 395، 396، 397، 398، 399، 400، 401، 402، 403، 404، 405، 406، 407، 408، 409، 410، 411، 412، 413، 414، 415، 416، 417، 418، 419، 420، 421، 422، 423، 424، 425، 426، 427، 428، 429، 430، 431، 432، 433، 434، 435، 436، 437، 438، 439، 440، 441، 442، 443، 444، 445، 446، 447، 448، 449، 450، 451، 452، 453، 454، 455، 456، 457، 458، 459، 460، 461، 462، 463، 464، 465، 466، 467، 468، 469، 470، 471، 472، 473، 474، 475، 476، 477، 478، 479، 480، 481، 482، 483، 484، 485، 486، 487، 488، 489، 490، 491، 492، 493، 494، 495، 496، 497، 498، 499، 500، 501، 502، 503، 504، 505، 506، 507، 508، 509، 510، 511، 512، 513، 514، 515، 516، 517، 518، 519، 520، 521، 522، 523، 524، 525، 526، 527، 528، 529، 530، 531، 532، 533، 534، 535، 536، 537، 538، 539، 540، 541، 542، 543، 544، 545، 546، 547، 548، 549، 550، 551، 552، 553، 554، 555، 556، 557، 558، 559، 560، 561، 562، 563، 564، 565، 566، 567، 568، 569، 570، 571، 572، 573، 574، 575، 576، 577، 578، 579، 580، 581، 582، 583، 584، 585، 586، 587، 588، 589، 590، 591، 592، 593، 594، 595، 596، 597، 598، 599، 600، 601، 602، 603، 604، 605، 606، 607، 608، 609، 610، 611، 612، 613، 614، 615، 616، 617، 618، 619، 620، 621، 622، 623، 624، 625، 626، 627، 628، 629، 630، 631، 632، 633، 634، 635، 636، 637، 638، 639، 640، 641، 642، 643، 644، 645، 646، 647، 648، 649، 650، 651، 652، 653، 654، 655، 656، 657، 658، 659، 660، 661، 662، 663، 664، 665، 666، 667، 668، 669، 670، 671، 672، 673، 674، 675، 676، 677، 678، 679، 680، 681، 682، 683، 684، 685، 686، 687، 688، 689، 690، 691، 692، 693، 694، 695، 696، 697، 698، 699، 700، 701، 702، 703، 704، 705، 706، 707، 708، 709، 710، 711، 712، 713، 714، 715، 716، 717، 718، 719، 720، 721، 722، 723، 724، 725، 726، 727، 728، 729، 730، 731، 732، 733، 734، 735، 736، 737، 738، 739، 740، 741، 742، 743، 744، 745، 746، 747، 748، 749، 750، 751، 752، 753، 754، 755، 756، 757، 758، 759، 760، 761، 762، 763، 764، 765، 766، 767، 768، 769، 770، 771، 772، 773، 774، 775، 776، 777، 778، 779، 780، 781، 782، 783، 784، 785، 786، 787، 788، 789، 790، 791، 792، 793، 794، 795، 796، 797، 798، 799، 800، 801، 802، 803، 804، 805، 806، 807، 808، 809، 810، 811، 812، 813، 814، 815، 816، 817، 818، 819، 820، 821، 822، 823، 824، 825، 826، 827، 828، 829، 830، 831، 832، 833، 834، 835، 836، 837، 838، 839، 840، 841، 842، 843، 844، 845، 846، 847، 848، 849، 850، 851، 852، 853، 854، 855، 856، 857، 858، 859، 860، 861، 862، 863، 864، 865، 866، 867، 868، 869، 870، 871، 872، 873، 874، 875، 876، 877، 878، 879، 880، 881، 882، 883، 884، 885، 886، 887، 888، 889، 890، 891، 892، 893، 894، 895، 896، 897، 898، 899، 900، 901، 902، 903، 904، 905، 906، 907، 908، 909، 910، 911، 912، 913، 914، 915، 916، 917، 918، 919، 920، 921، 922، 923، 924، 925، 926، 927، 928، 929، 930، 931، 932، 933، 934، 935، 936، 937، 938، 939، 940، 941، 942، 943، 944، 945، 946، 947، 948، 949، 950، 951، 952، 953، 954، 955، 956، 957، 958، 959، 960، 961، 962، 963، 964، 965، 966، 967، 968، 969، 970، 971، 972، 973، 974، 975، 976، 977، 978، 979، 980، 981، 982، 983، 984، 985، 986، 987، 988، 989، 990، 991، 992، 993، 994، 995، 996، 997، 998، 999، 1000
لو لم يتوفّر الروبوت اليوم، ماذا كان سيُجرى لهذا المريض؟	1، إلغاء هذه العملية 2، جراحة مفتوحة 3، تنظير بطني أو جراحة طفيفة التوغل مماثلة
هل أنجز إحاطة الفريق (team briefing)، بما في ذلك خطط فك الالتحام الطارئ (undocking) وأعطال النظام؟	0، لا 1، نعم
إجمالي عدد الحالات الروبوتية طوال مسيرة جراح وحدة التحكم (console surgeon)	0، 1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61، 62، 63، 64، 65، 66، 67، 68، 69، 70، 71، 72، 73، 74، 75، 76، 77، 78، 79، 80، 81، 82، 83، 84، 85، 86، 87، 88، 89، 90، 91، 92، 93، 94، 95، 96، 97، 98، 99، 100، 101، 102، 103، 104، 105، 106، 107، 108، 109، 110، 111، 112، 113، 114، 115، 116، 117، 118، 119، 120، 121، 122، 123، 124، 125، 126، 127، 128، 129، 130، 131، 132، 133، 134، 135، 136، 137، 138، 139، 140، 141، 142، 143، 144، 145، 146، 147، 148، 149، 150، 151، 152، 153، 154، 155، 156، 157، 158، 159، 160، 161، 162، 163، 164، 165، 166، 167، 168، 169، 170، 171، 172، 173، 174، 175، 176، 177، 178، 179، 180، 181، 182، 183، 184، 185، 186، 187، 188، 189، 190، 191، 192، 193، 194، 195، 196، 197، 198، 199، 200، 201، 202، 203، 204، 205، 206، 207، 208، 209، 210، 211، 212، 213، 214، 215، 216، 217، 218، 219، 220، 221، 222، 223، 224، 225، 226، 227، 228، 229، 230، 231، 232، 233، 234، 235، 236، 237، 238، 239، 240، 241، 242، 243، 244، 245، 246، 247، 248، 249، 250، 251، 252، 253، 254، 255، 256، 257، 258، 259، 260، 261، 262، 263، 264، 265، 266، 267، 268، 269، 270، 271، 272، 273، 274، 275، 276، 277، 278، 279، 280، 281، 282، 283، 284، 285، 286، 287، 288، 289، 290، 291، 292، 293، 294، 295، 296، 297، 298، 299، 300، 301، 302، 303، 304، 305، 306، 307، 308، 309، 310، 311، 312، 313، 314، 315، 316، 317، 318، 319، 320، 321، 322، 323، 324، 325، 326، 327، 328، 329، 330، 331، 332، 333، 334، 335، 336، 337، 338، 339، 340، 341، 342، 343، 344، 345، 346، 347، 348، 349، 350، 351، 352، 353، 354، 355، 356، 357، 358، 359، 360، 361، 362، 363، 364، 365، 366، 367، 368، 369، 370، 371، 372، 373، 374، 375، 376، 377، 378، 379، 380، 381، 382، 383، 384، 385، 386، 387، 388، 389، 390، 391، 392، 393، 394، 395، 396، 397، 398، 399، 400، 401، 402، 403، 404، 405، 406، 407، 408، 409، 410، 411، 412، 413، 414، 415، 416، 417، 418، 419، 420، 421، 422، 423، 424، 425، 426، 427، 428، 429، 430، 431، 432، 433، 434، 435، 436، 437، 438، 439، 440، 441، 442، 443، 444، 445، 446، 447، 448، 449، 450، 451، 452، 453، 454، 455، 456، 457، 458، 459، 460، 461، 462، 463، 464، 465، 466، 467، 468، 469، 470، 471، 472، 473، 474، 475، 476، 477، 478، 479، 480، 481، 482، 483، 484، 485، 486، 487، 488، 489، 490، 491، 492، 493، 494، 495، 496، 497، 498، 499، 500، 501، 502، 503، 504، 505، 506، 507، 508، 509، 510، 511، 512، 513، 514، 515، 516، 517، 518، 519، 520، 521، 522، 523، 524، 525، 526، 527، 528، 529، 530، 531، 532، 533، 534، 535، 536، 537، 538، 539، 540، 541، 542، 543، 544، 545، 546، 547، 548، 549، 550، 551، 552، 553، 554، 555، 556، 557، 558، 559، 560، 561، 562، 563، 564، 565، 566، 567، 568، 569، 570، 571، 572، 573، 574، 575، 576، 577، 578، 579، 580، 581، 582، 583، 584، 585، 586، 587، 588، 589، 590، 591، 592، 593، 594، 595، 596، 597، 598، 599، 600، 601، 602، 603، 604، 605، 606، 607، 608، 609، 610، 611، 612، 613، 614، 615، 616، 617، 618، 619، 620، 621، 622، 623، 624، 625، 626، 627، 628، 629، 630، 631، 632، 633، 634، 635، 636، 637، 638، 639، 640، 641، 642، 643، 644، 645، 646، 647، 648، 649، 650، 651، 652، 653، 654، 655، 656، 657، 658، 659، 660، 661، 662، 663، 664، 665، 666، 667، 668، 669، 670، 671، 672، 673، 674، 675، 676، 677، 678، 679، 680، 681، 682، 683، 684، 685، 686، 687، 688، 689، 690، 691، 692، 693، 694، 695، 696، 697، 698، 699، 700، 701، 702، 703، 704، 705، 706، 707، 708، 709، 710، 711، 712، 713، 714، 715، 716، 717، 718، 719، 720، 721، 722، 723، 724، 725، 726، 727، 728، 729، 730، 731، 732، 733، 734، 735، 736، 737، 738، 739، 740، 741، 742، 743، 744، 745، 746، 747، 748، 749، 750، 751، 752، 753، 754، 755، 756، 757، 758، 759، 760، 761، 762، 763، 764، 765، 766، 767، 768، 769، 770، 771، 772، 773، 774، 775، 776، 777، 778، 779، 780، 781، 782، 783، 784، 785، 786، 787، 788، 789، 790، 791، 792، 793، 794، 795، 796، 797، 798، 799، 800، 801، 802، 803، 804، 805، 806، 807، 808، 809، 810، 811، 812، 813، 814، 815، 816، 817، 818، 819، 820، 821، 822، 823، 824، 825، 826، 827، 828، 829، 830، 831، 832، 833، 834، 835، 836، 837، 838، 839، 840، 841، 842، 843، 844، 845، 846، 847، 848، 849، 850، 851، 852، 853، 854، 855، 856، 857، 858، 859، 860، 861، 862، 863، 864، 865، 866، 867، 868، 869، 870، 871، 872، 873، 874، 875، 876، 877، 878، 879، 880، 881، 882، 883، 884، 885، 886، 887، 888، 889، 890، 891، 892، 893، 894، 895، 896، 897، 898، 899، 900، 901، 902، 903، 904، 905، 906، 907، 908، 909، 910، 911، 912، 913، 914، 915، 916، 917، 918، 919، 920، 921، 922، 923، 924، 925، 926، 927، 928، 929، 930، 931، 932، 933، 934، 935، 936، 937، 938، 939، 940، 941، 942، 943، 944، 945، 946، 947، 948، 949، 950، 951، 952، 953، 954، 955، 956، 957، 958، 959، 960، 961، 962، 963، 964، 965، 966، 967، 968، 969، 970، 971، 972، 973، 974، 975، 976، 977، 978، 979، 980، 981، 982، 983، 984، 985، 986، 987، 988، 989، 990، 991، 992، 993، 994، 995، 996، 997، 998، 999، 1000
رتبة المساعد بجانب السرير (bedside assistant)	1، استشاري أو ما يعادله 2، طبيب/جراح لديه 3 سنوات خبرة أو أكثر 3، طبيب/جراح لديه 2-3 سنة خبرة 4، من غير الأطباء
هل كان هناك مشرف (proctor) حاضراً؟	0، لا 1، نعم
هل استخدمت وحدة تحكم مزدوجة (dual console)؟	1، لا 2، نعم - متدرّب على وحدة التحكم الثانية 3، نعم - استشاري على وحدة التحكم الثانية 4، نعم - مشرف على وحدة التحكم الثانية
هل استخدم الحضور عن بُعد (telepresence) (الإدخال عن بُعد)؟	1، غير متوفّر 2، متوفّر لكن غير مستخدم 3، مستخدم - الجراح الرئيسي 4، مستخدم - الجراح الثاني 5، مستخدم - المشرف 6، مستخدم - مراقب
ما زمن الالتحام (docking) (من بدء التحضير والتغطية حتى اكتمال الالتحام بالدقائق؟)	نص حرّ
ما زمن وحدة التحكم (console) (من الالتحام حتى فكّ التحام الروبوت) بالدقائق؟	نص حرّ
ما إجمالي زمن غرفة العمليات (من دخول المريض إلى غرفة العمليات حتى خروجه منها) بالدقائق؟	نص حرّ
ما تهيئة المنافذ (port configuration) لديك؟	1، تخطيط روبوتي مخصص 2، مماثل للتنظير البطني/الصدري القياسي أو ما يعادله 3، أحادي المنفذ 4، أخرى (يرجى التحديد)
هل استخدمت دباسة مفصليّة المعصم (wristed stapler)؟	0، لا 1، نعم 99، غير معروف
مصدر الطاقة الأساسي	1، أحادي وثلاثي القطب 2، ثنائي القطب المتقدم 3، فرق صوتي 4، مزيج (يرجى التحديد) 5، غير معروف
هل استخدم التصوير التألّقي (fluorescence) (مثل ICG - إنديوساينين الأخضر)؟	0، لا 1، نعم - بلا تغيير في الإجراء 2، نعم - أدى إلى تغيير في الإجراء
هل واجهت عطلاً في أيّ مما يلي أثناء العملية؟	1، معصم الأداة أو طرفها 2، مشكلة في الكي 3، عطل في العمود 4، عطل في الكابل 5، عطل في الهيكل
هل استلزم الأمر مساعدة إضافية بالتنظير البطني/الصدري أو ما يعادلها بما يتجاوز ما كان مخططاً في البداية؟	0، لا 1، نعم
إذا جرى التحويل: ما سبب التحويل؟	1، نزيف 2، تعرّض ضعيف 3، عطل في المعذات 4، تقدّم بطيء جداً 5، مخاوف أورامية 6، أخرى (يرجى التحديد)
كم حالة كبرى أخرى مُدرّجة في قائمتك اليوم؟	نص حرّ
كم حالة صغرى أخرى مُدرّجة في قائمتك اليوم؟	نص حرّ
مقارنةً بالمقاربة التي كنت ستستخدمها لولا ذلك (التنظير البطني أو ما يعادله أو الجراحة المفتوحة)، كيف أثّرت الحالة الروبوتية على راحتك العضلية الهيكلية؟	1، أسوأ بكثير من البديل 2، أسوأ من البديل 3، لا فرق 4، أفضل من البديل 5، أفضل بكثير من البديل 99، غير قادر على الإجابة
هل شارك متدرّب في وحدة التحكم الجراحية في هذه الحالة؟	1، لا 2، نعم

إذا كانت عملية بطنية (تفزع من السؤال 11.1 – باستثناء الولادة القيصرية)	
هل خضع المريض لجراحة بطنية سابقة؟	0، لا 1، نعم، جراحة مفتوحة 2، نعم، جراحة طفيفة التوغل 3، نعم، جراحة مفتوحة وطفيفة التوغل
إذا كانت مفتوحة: الشق (Incision)	1، خط الوسط العمودي 2، مجاور للوسط 3، مستعرض 4، مائل (مثل Kocher / McBurney) 5، خاصرة 6، 8 Chevron/Rooftop 7، Pfannenstiel، صدي-بطني 9، لا ينطبق
إذا كانت طفيفة التوغل القياسية أو بمساعدة الروبوت: هل كان هناك موضع استخراج (extraction site)؟	0، لا 1، نعم – خط الوسط العمودي 2، نعم – مجاور للوسط 3، نعم – مستعرض 4، نعم – مائل (مثل Kocher / McBurney) 5، نعم – خاصرة 6، نعم – 7 Pfannenstiel، نعم – 8 Chevron/Rooftop، نعم – ناسور مخاطي 9، بطني 9، نعم – أخرى
هل أنشئت فغرة (stoma)؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	0، لا 1، نعم – فغر لفانفي طرفي 2، نعم – فغر لفانفي خلفي 3، نعم – فغر لفانفي مزدوج الفوهة 4، نعم – فغر قولوني طرفي 5، نعم – فغر قولوني خلفي 6، نعم – فغر قولوني مزدوج الفوهة 7، نعم – فغر بولي 8، نعم – ناسور مخاطي 9، أخرى، يرجى التحديد
هل أجريت مفاغرة معوية (bowel anastomosis)؟	1، لا 2، نعم – بالتدبيس وداخل الجسم 3، نعم – بالتدبيس وخارج الجسم 4، نعم – بالخياطة اليدوية وداخل الجسم 5، نعم – بالخياطة اليدوية وخارج الجسم
هل حدثت أي من المضاعفات التالية أثناء العملية؟	1، زمن العملية > 4 ساعات 2، إصابة عضو صلب أو حالي 3، إصابة وعائية 4، نقل دم 5، عدم استقرار ديناميكي دموي 6، الحاجة إلى رافعات الضغط 7، لا شيء مما سبق
هل استخدم حمض الترانيكساميك (tranexamic acid) أثناء العملية؟	0، لا 1، نعم – أعطي وقائياً عند بدء التخدير 2، نعم – أعطي استجابة للنزيف
إذا كان استئصالاً قولونياً: هل خضع المريض لتحضير معوي ميكانيكي قبل الجراحة	0، لا 1، نعم
إذا كانت العملية البطنية نظيفة/ملوثة/مؤثرة/فجرة: هل جرى تغيير القفازات والأدوات قبل إغلاق جدار البطن؟	0، لا 1، نعم
إذا كانت مفتوحة أو ذات موضع استخراج: ما الخيط الجراحي المستخدم لإغلاق اللقافة (fascial closure) للشق	1، 8 Nylon 8، Maxon 7، Catgut 6، Vicryl Plus 5، Vicryl 4، Prolene 3، PDS Plus 2، PDS أخرى 10، غير معروف
إذا كانت مفتوحة أو ذات موضع استخراج: ما تقنية إغلاق اللقافة: (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	1، خياطة مستمرة متصلة 2، خيوط متقطعة 3، تقنية الدغمة الصغيرة 4، تقنية الدغمة الكبيرة 5، غير معروف
إذا كانت عملية بطنية بالتنظير البطني أو بمساعدة الروبوت: أي مواضع للمنافذ أغلقت على مستوى اللقافة؟	0، لا شيء 1، جميع المنافذ بحجم 5mm فأكثر 2، جميع المنافذ بحجم 8mm فأكثر 3، جميع المنافذ بحجم 10mm فأكثر
إذا أغلقت المنافذ: كيف أغلقت هذه المنافذ على مستوى اللقافة؟	1، 8 Nylon 7، Maxon 6، Prolene 5، PDS plus 4، PDS 3، Vicryl plus 2، Vicryl، مشرب/مطلي بالتريكولوسان 9، أخرى، يرجى التحديد
كيف أغلق الجلد	1، دبابس 2، خيوط متقطعة 3، خياطة تحت الجلد 4، غراء جلدي 5، مُتْرَك مفتوحاً أو إغلاق مؤجل
هل عانى المريض من أي من مضاعفات ما بعد الجراحة التالية؟ (يرجى تحديد كل ما ينطبق)	1، مضاعفات الفغرة (ارتفاع الناتج/تدلي/نخر) 2، تفزع الجرح 3، عدوى مرتبطة بالخط الوريدي 4، علوص 5، تجمع داخل البطن 6، ناسور (معوي جلدي/معوي معوي) 7، فتق 8، سكتة دماغية 9، إصابة كلوية حادة 10، اضطراب الشوارد 11، انسداد أمعاء دقيقة التصاقي 12، إعادة تنبيب 13، تهوية ميكانيكية 14، صدمة إنتانية 15، نقل دم 16، لا شيء مما سبق
إذا كانت جراحة فتح بطن طارئة (Emergency laparotomy) (تفزع من الأسئلة 9.1 و 11.1 و 20.1 و 21.1) (باستثناء استئصال الزائدة أو المرارة)	
هل عاين المريض أو نُوقِشت حالته مع جراح استشاري أو ما يعادله قبل اتخاذ قرار العملية؟	0، لم يُعاين أو يُناقش مع جراح استشاري أو ما يعادله 1، نُوقِشت حالة المريض مع جراح استشاري أو ما يعادله 2، عاين المريض جراح استشاري أو ما يعادله
هل عاين المريض أو نُوقِشت حالته مع طبيب تخدير استشاري أو ما يعادله قبل العملية؟	0، لم يُعاين أو يُناقش مع طبيب تخدير استشاري أو ما يعادله 1، نُوقِشت حالة المريض مع طبيب تخدير استشاري أو ما يعادله 2، عاين المريض طبيب تخدير استشاري أو ما يعادله
هل خضع المريض لتصوير مقطعي محوسب (CT) قبل الجراحة؟	0، لا 1، نعم
هل استخدم نموذج للتنبؤ بالمخاطر قبل العملية للتنبؤ بالوفاة بعد الجراحة؟	0، لا 1، نعم
هل لدى المريض تاريخ من سرطان نشط خلال السنوات الخمس الماضية؟	0، لا 1، نعم

1، انتقَاب - المريء 2، انتقَاب - المعدة 3، انتقَاب - الاثنى عشر 4، انتقَاب - الأمعاء الدقيقة 5، انتقَاب - الأمعاء الغليظة 6، انتقَاب - أخرى	ما دواعي إجراء فتح البطن (laparotomy)؟ (يُرجى تحديد كل ما ينطبق)
7، إبتان - انتقَاب 8، إبتان - تسريب مُفاغرة 9، إبتان - خُراج بطني 10، إبتان - ناسور معوي 11، إبتان - إصابة علاجية المنشأ 12، إبتان - غير محدّد	
13، انسداد - انسداد أمعاء دقيقة مؤلم 14، انسداد - انسداد أمعاء دقيقة غير مؤلم 15، انسداد - انسداد أمعاء غليظة مؤلم 16، انسداد - انسداد أمعاء غليظة غير مؤلم 17، انسداد - انسداد مخرج المعدة 18، انسداد - فتق مختنق/محتبس 19، انسداد - فتق حجابي / فتق جانب مريئي 20، انسداد - انفتال 21، انسداد - فتق داخلي 22، انسداد - فتق شقي 23، انسداد - انغلاف 24، انسداد - انسداد كاذب 25، انسداد - جسم غريب	
26، إقفار - أمعاء دقيقة 27، إقفار - أمعاء غليظة 28، إقفار - معدة 29، إقفار - مريء 30، إقفار - أخرى	
31، أخرى - تَفَرُّر جدار البطن 32، أخرى - نزيف أو نزف 33، أخرى - متلازمة الحيز البطني 34، أخرى - التهاب القولون 35، أخرى - فتح بطن للمراجعة مخطّط 36، أخرى - يُرجى التحديد	
0، لا 1، تعداد كريات الدم البيضاء 2، CRP	هل أجري للمريض فحص تعداد كريات الدم البيضاء و/أو CRP؟
	(حدّد كل ما ينطبق)
نص حرّ	إذا كان تعداد كريات الدم البيضاء أعلاه: تعداد كريات الدم البيضاء ($\times 10^9/L$) (يُرجى تسجيل القيمة الأقرب إلى وقت قرار العملية/حجز المريض لغرفة العمليات)
نص حرّ	إذا كان CRP أعلاه: البروتين المتفاعل-C (CRP) (mg/L) (يُرجى تسجيل القيمة الأقرب إلى وقت قرار العملية/حجز المريض لغرفة العمليات)
1، لا - لا يمكن قياسه في مستشفىنا 2، لا - يمكن قياسه في مستشفىنا لكن لم يُجر 3، نعم - غازات دم شرياني 4، نعم - غازات دم وريدي	هل أجري للمريض فحص لaktat الدم (blood lactate)؟
رقم	إذا أجري فحص لaktat الدم: ما قيمة لaktat الدم؟
1، > 100 مل 2، 100-500 مل 3، 501-1000 مل 4، < 1000 مل	إذا كان بالغاً: فقدان الدم التقديري
1، > 5% 2، 5-10% 3، 11-20% 4، < 20%	إذا كان طفلاً: فقدان الدم التقديري كنسبة مئوية من حجم الدم التقديري
0، لا 1، نعم	هل تُرك البطن مفتوحاً في نهاية العملية، أي فتح بطن للسيطرة على الضرر (damage control laparotomy)؟
نص حرّ	إذا تُرك البطن مفتوحاً: كم عملية فتح بطن للمراجعة (re-look) إضافية خضع لها المريض؟
1، طرق الإغلاق البطني المؤقت التقليدية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر كيس Bogota، شظيرة opsite إلخ 2، جهاز علاج بالمساعدة الشفطية أو الضغط السلبي 3، تقنيات الإغلاق اللفافي بواسطة الشبكة أو الديناميكي 4، خيارات الإغلاق الجليدي فقط 7، أخرى (يُرجى التحديد)	إذا تُرك البطن مفتوحاً: ما التقنية المستخدمة للبطن المفتوح في العملية الأولية؟
1، إغلاق لفاقي أولي 2، إغلاق لفاقي بواسطة الشبكة أو بمساعدتها 3، تقنيات فصل المكونات 4، إغلاق لفاقي مُجسّر (عند تَعُدُّر إغلاق خطّ الوسط) 5، إغلاق جلدي فقط 6، أخرى (يُرجى التحديد)	إذا تُرك البطن مفتوحاً: ما تقنية الإغلاق للبطن المفتوح في عملية المراجعة النهائية؟
0، لم تُجر ملاحظات خلال الساعات الـ 24 الأولى 1، أُجريت الملاحظات كل 4-0 ساعات 2، أكثر من 4 ساعات بين كل مجموعة ملاحظات	ما تواتر الملاحظات (observations) بعد الجراحة خلال الـ 24 ساعة الأولى التالية للعملية؟
	(تشمل الملاحظات ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، ودرجة الحرارة، وتشبع الأكسجين، ومعدل التنفس، ومستوى الوعي)
1، خلال 6 ساعات 2، أكثر من 6 ساعات لكن أقل من 12 ساعة 3، أكثر من 12 ساعة لكن أقل من 24 ساعة 4، أكثر من 24 ساعة 5، لم يُراجع من قِبل جراح استشاري أو ما يعادله في فترة ما بعد الجراحة	متى عاينهم لأول مرّة جراح استشاري أو ما يعادله بعد العملية؟

إذا كان الإجراء ولادة قيصرية (Caesarean delivery/section) (تفرّع من السؤال 19.1)	
عدد مَزَات الحمل (Gravida) (بما في ذلك هذا الحمل)	نص حرّ
عدد الولادات (Parity) (الولادات السابقة بعد 24 أسبوعاً من الحمل)	نص حرّ
عدد الولادات القيصرية السابقة	نص حرّ
جراحة رحمية سابقة (غير الولادات القيصرية)	0، لا 1، نعم
الحمل الحالي (أسابيع)	نص حرّ
الحمل الحالي (أيام)	نص حرّ
مضاعفات الأم أثناء الحمل	1، فقر دم 2، مقدمات الارتعاج 3، (Pre-eclampsia)، نزيف ما قبل الولادة 4، سكري الحمل (الحمل) 5، اشتباه المشيمة المنزاحة أو طيف المشيمة الملتصقة 6، لا شيء مما سبق
هل كانت المرأة في مخاض قبل الولادة القيصرية؟	0، لا 1، نعم – المرحلة الأولى 2، نعم – المرحلة الثانية
هل كان المخاض مُحَرَّضاً أم تلقائياً؟	1، مُحَرَّض 2، تلقائي
فترة الاستئصال	1، تهديد فوري للحياة 2، تعرّض الأم أو الجنين للخطر، لكن غير مهدّد للحياة فوراً 3، يستلزم ولادة مبكرة لكن دون خطر 4، اختياري
إذا حدث مخاض: مضاعفات الأم أثناء المخاض (حدّد كل ما ينطبق)	1، فشل تحريض المخاض 2، انفصال المشيمة 3، تأخّر في المرحلة الأولى 4، تأخّر في المرحلة الثانية 5، تمزّق الأغشية المبكر >24 (PROM) ساعة 6، عدوى (مثل التهاب المشيمة والسلى) 7، فشل الولادة الآلية 8، تعرّض المخاض 9، اشتباه تمزّق الرحم 10، لا شيء 11، أخرى (يرجى التحديد)
الدواعي الرئيسية للولادة القيصرية	1، فشل التقدّم / عُسْر المخاض 2، فشل تحريض المخاض 3، اشتباه تعرّض الجنين للخطر 4، وضعية جنينية غير طبيعية 5، حمل توأمي 6، ولادة قيصرية سابقة مع مانع للولادة المهبلية بعد القيصرية (VBAC)، حالات طبية لدى الأم 8، تعرّض المخاض / عدم تناسب حوضي رأسي 9، المشيمة المنزاحة (الكبرى) وطفيل المشيمة الملتصقة 10، انفصال المشيمة 11، اشتباه تمزّق الرحم 12، تدلي الحبل السري 13، طلب الأم 14، علقلة جنينية شديدة 15، أخرى، يُرجى التحديد
نوع شقّ الجلد	1، مستعرض 2، (Joel Cohen / Pfannenstiel)، عمودي في خطّ الوسط
الهيموغلوبين قبل الجراحة (غرام/لتر)	نص حرّ
هل أعطيت مقبضات الرحم (uterotonics) للوقاية من نزف ما بعد الولادة؟	0، لا 1، نعم
فقدان الدم أثناء العملية (مليتر)	نص حرّ
هل جرى قياس فقدان الدم أم تقديره	1، مقبض (مُكَمَّم) 2، مُقَدَّر (بصرياً) 3، مختلط (جزء مقبض، جزء مُقَدَّر) 4، غير معروف
هل أصيبت المريضة بنزف ما بعد الولادة (post-partum haemorrhage)؟	0، لا 1، نعم – نزيف أولي ما بعد الولادة 2، نعم – نزيف ثانوي ما بعد الولادة 3، نعم – نزيف أولي وثانوي ما بعد الولادة
فقدان الدم الإضافي بعد الجراحة (مل) حتى 24 ساعة بعد الولادة	نص حرّ
ما التدابير التي اتُخذت لعلاج نزف ما بعد الولادة؟ (حدّد كل ما ينطبق)	1، مقبضات رحم إضافية 2، ربط الشريان 3، سدّ بالبالون 4، خياطة ضاغطة (مثل b-lynch) 5، استئصال الرحم 6، نقل دم 7، لا شيء مما سبق
هل تأكد تمزّق الرحم أثناء الولادة القيصرية؟	0، لا 1، نعم
هل حدثت أي من المضاعفات التالية أثناء العملية؟ (حدّد كل ما ينطبق)	1، امتداد زاوية الرحم 2، انحناء رأس الجنين 3، إصابة المثانة 4، إصابة الأمعاء 5، إصابة حالية 6، لا شيء مما سبق
هل أصيبت المرأة بإنتان بعد الجراحة، وإن كان الأمر كذلك فما مصدره؟	0، لا 1، نعم – عدوى الموقع الجراحي 2، نعم – إنتان داخل البطن 3، نعم – التهاب بطانة الرحم 4، نعم – السبيل البولي 5، نعم – مصدر صدري 6، نعم – أخرى (يرجى التحديد) 7، نعم – غير معروف
الهيموغلوبين بعد الولادة (غرام/لتر)	نص حرّ
هل تَلَقَّت المرأة نقل دم بعد الولادة القيصرية وقبل الخروج؟	0، لا 1، نعم
إذا عادت إلى غرفة العمليات: ما سبب العودة إلى غرفة العمليات؟	1، إصلاح تفرّج الجرح 2، علاج نزيف ما بعد الولادة 3، علاج الإنتان 4، إصلاح إصابة عضو 5، أخرى (يرجى التحديد)
مدة الإقامة في المستشفى بعد الولادة القيصرية	نص حرّ
عدد الأجلّة في الحمل؟	1، 2 3، 2 4، 3
مجيء الطفل عند الولادة (Presentation)	1، رأسي 2، (Cephalic)، مقعدي 3، (Breech)، كتفي (Shoulder)
درجة أبغار (Apgar) عند الدقيقة الأولى	نص حرّ
درجة أبغار (Apgar) عند الدقيقة الخامسة	نص حرّ
هل أدخل المولود إلى وحدة حديثي الولادة؟	0، لا 1، نعم
هل عانى المولود من أي من المضاعفات التالية خلال 30 يوماً من الولادة؟	1، اختناق الولادة 2، نوبات اختلاجية 3، تمزّق جلدي 4، ورم دموي رأسي 5، كسر الجمجمة 6، إصابة الضفيرة العصبية 7، وفاة حديثي الولادة 8، لا شيء 9، أخرى (يرجى التحديد)

إذا كان لدى المريض كسر أو إصابة في اليد (تفرع من السؤال 10.5)	
يُرجى تحديد جميع مواقع كسور المريض. (حدّد كل ما ينطبق)	1، العضد 2، الكعبرة/الزند 3، عظم الفخذ 4، الطنوب/الطنوبية 5، اليد 6، إصابة فراش الظهر لدى الأطفال (العمر ≥16 سنة) 7، تمزق الإصبع مع إصابة العصب الرقمي 8، الحوض/الخُفّ 9، القدم 10، العمود الفقري 11، أخرى (يُرجى التحديد)
هل كانت هذه جراحة مراجعة (revision surgery)؟	0، لا 1، نعم
إذا كان كسراً في عظم الفخذ: ما موقع كسر عظم الفخذ؟	31، قريب 32، جدلي 33، بعيد
إذا كان 31 القريب (Proximal): ما نوعه؟	31B (داخل المحفظة) A2/31A1 (خارج المحفظة، حول المدور) 31A3 (بين المدورين/ مائل معكوس)
إذا كان كسراً في عظم الفخذ: هل كان كسراً مفتوحاً في عظم الفخذ؟	0، لا 1، نعم
إذا كان كسراً في الطنوب/الطنوبية: ما موقع كسر الطنوب/الطنوبية؟	41، قريب 42، جدلي 43، بعيد 44، الجزء الكعبري (الكاحل)
إذا كان كسراً في الطنوب/الطنوبية: هل كان كسراً مفتوحاً في الطنوب/الطنوبية؟	0، لا 1، نعم
إذا كان كسراً في اليد: ما موقع كسر اليد؟	51، عظام الرسغ 52، عظام المشط 53، السلاميات
إذا كان كسراً في اليد: هل كان كسراً مفتوحاً في اليد؟	0، لا 1، نعم
إذا كان كسراً في الحوض: ما موقع كسر الحوض؟	61، حلقة الحوض 62، الخُفّ
إذا كان كسراً في الحوض: هل كان كسراً مفتوحاً في الحوض؟	0، لا 1، نعم
إذا كان كسراً في الكاحل (تفرع من 44)	
اعتلال عصبي محيطي موثق؟	0، لا 1، نعم
إصابة الكعبرة/الكاحل (Malleolar) (حدّد كل ما ينطبق)	0، لا شيء (إصابة معزولة للمفصل الليفي) 1، وحشي 2، إنسي 3، خلفي
نوع التثبيت النهائي (definitive fixation)	1، صفائح وبراغ 2، مسمار شطوي 3، مسمار الجزء الخلفي للقدم 4، مثبت خارجي (غير دائري) 5، إطار دائري / Hexapod 6، جبيرة جصية 7، أخرى
هل جرى تثبيت المفصل الليفي (syndesmosis)؟	1، لا 2، نعم – تثبيت صلب (برغي) 3، نعم – تثبيت مرن (tightrope)
إذا كانت الإجابة نعم: هل جرى تثبيت الكاحل الخلفي (posterior malleolus)؟	0، لا 1، نعم
إجمالي المدة المستهدفة لتقييد/عدم تحميل الوزن بعد الجراحة؟ (أيام)	نص حرّ
التثبيت المستهدف عند السماح بتحميل الوزن بالكامل	0، لا شيء 1، جبيرة جصية 2، حذاء طيني 3 (Boot)، أخرى

12

إذا كانت تحويلة بطينية بريتوانية (Ventriculoperitoneal shunt) (تقرّع من السؤال 19.1)	
سبب استسقاء الرأس (Hydrocephalus)	1، تشوهات (مثل السنسنة المشقوقة، Chiari) 2، تضيق القناة السليغية 3، ما بعد النزف (مثل SAH لدى البالغين، النزف داخل البطينات لدى حديثي الولادة 4، IVH، ورم - حميد 5، ورم - خبيث 6، رضّ 7، عدوى 8، كيسة (مثل غروانية، عنكبوتية، صنوبرية) 9، ارتفاع ضغط داخل القحف مجهول السبب 10، (IIH)، استسقاء الرأس سوي الضغط مجهول السبب 11، (iNPH)، أخرى (يرجى التحديد)
حالة الولادة (حتى عمر 18 عاماً)	1، خديج (قبل الأوان) 2، مكتمل 3، غير معروف
هل لدى هذا المريض عدوى متزامنة في الجهاز العصبي المركزي (CNS) أو خلال الأشهر الثلاثة الماضية	0، لا 1، نعم
إدخال تحويلة أولية	0، لا 1، نعم
إذا كان إدخال التحويلة الأولية «لا» - إدخال تحويلة مراجعة (المكونات التي جرت مراجعتها)	1، قسطرة بطينية 2، قسطرة بريتوانية 3، كلاهما 4، لا شيء (الصمّام فقط)
ما قساطر التحويلة المتوفرة في مستشفىك؟	1، بمضاد حيوي فقط 2، عادية فقط 3، بمضاد حيوي وعادية معاً
القساطر المستخدمة في جراحة التحويلة	1، بمضاد حيوي 2، عادية
عدوى التحويلة (30 يوماً)	0، لا 1، نعم
يوم ما بعد الجراحة الذي تأكدت فيه عدوى التحويلة (تاريخ العملية هو اليوم 0)	
عدوى التحويلة خلال 12 شهراً (هل توافق على التواصل معك عند 12 شهراً لتقييم عدوى التحويلة عند 12 شهراً؟ بوضع علامة نعم، فإنك توافق على ضمان توفير الموافقات الأخلاقية أو التنظيمية المناسبة، والحفاظ على أمان البيانات في مستشفىك (بما في ذلك تاريخ العملية)، وسيتواصل معك الفريق القائم على هذه الوحدة قرب الموعد لتقييم عدوى التحويلة عند 12 شهراً)	0، لا 1، نعم

إذا كان كلاهما دينو V أي الوفاة (تفرّع من السؤال 28.1)	
في أي يوم بعد الجراحة توفي المريض؟ (اليوم 0 هو يوم العملية)	نص حرّ
أين توفي المريض؟	1، في المستشفى الذي خضع فيه للعملية الأساسية 2، في مستشفى مختلف عن الذي خضع فيه للعملية الأساسية 3، خارج المستشفى (أي في المنزل أو المجتمع) 4، دار رعاية للمحتضرين أو ما يعادلها
هل أجري تشريح رسمي للجنة لهذا المريض، وهل النتائج متاحة لك؟	0، لم يُجر تشريح للجنة 1، أُجري التشريح لكن النتائج غير متاحة لي 2، أُجري التشريح والنتائج متاحة
هل جرت مراجعة الحالة رسمياً في اجتماع الاعتلال والوفيات (M&M) بالقسم أو ما يعادله؟	0، لا 1، نعم، لكن النتائج غير متاحة لي 2، نعم والنتائج متاحة
سبب الوفاة	1، أولي (من المرض) 2، ثانوي (مضاعفات عملية)
يُرجى بيان سبب الوفاة إن أمكن، يُرجى إدراج سبب (أسباب) الوفاة المسجلة في شهادة الوفاة.	نص حرّ
قتل أي جهاز عضوي باستخدام خوارزمية دعم الحياة المتقدم (ABCDE) هو ما أدى بشكل رئيسي إلى وفاة هذا المريض؟	1، المجري الهوائي، بما في ذلك انسداد المجري الهوائي 2، التنفّس، بما في ذلك نقص الأكسجة والقتل التنفّسي الأولي 3، الدورة الدموية، بما في ذلك الصدمة التوزيعة ونقص الحجم والانسدادية والقلبية المنشأ والعصبية المنشأ 4، العجز والتعرض، بما في ذلك الأحداث العصبية، انخفاض ارتفاع الحرارة، السوم، اضطراب الإيض أو الشوارد 5، غير قادر على تحديد سبب الوفاة
بناءً على المعلومات المتاحة لديك، هل كانت هذه الوفاة قابلة للتفادي؟	1، غير قابلة للتفادي 2، ربّما قابلة للتفادي (احتمال > 50%) 3، غالباً قابلة للتفادي (احتمال < 50%)
قبل العرض على المستشفى، ما الفرص أو التغييرات في رعاية هذا المريض التي ربّما كانت لتمنع الوفاة؟ (حدّد كل ما ينطبق)	1، تشخيص / كشف أبكر للمرض 2، وصول أفضل / قدرة أكبر على تحمّل تكلفة التقييم الأولي 3، سلوكيات أفضل لالتماس الرعاية 4، فرز أنسب إلى الرعاية الثانوية أو المستشفى 5، تحسين الحالات المزمنة القائمة 6، تحسين الاحتياطي الفيزيولوجي الأساسي (التأهيل المسبق) 7، أخرى (يُرجى التحديد) 8، لا شيء مما سبق
في مرحلة ما قبل الجراحة، وأثناء وجود المريض في المستشفى، ما الفرص أو التغييرات في رعاية هذا المريض التي ربّما كانت لتمنع الوفاة؟ (حدّد كل ما ينطبق)	1، تشخيص / كشف أبكر للمرض 2، وصول أفضل أو قدرة أكبر على تحمّل تكلفة التقييم 3، تواصل أفضل بين أفراد الكوادر أو الفرق في المستشفى 4، مراقبة / كشف أفضل للتدهور 5، وصول أفضل للفحوصات التشخيصية والتصوير 6، علاج إنعاشي مبكر 7، توفير أفضل لمنتجات الإنعاش (مثل الدم، السوائل، الأدوية) 8، تصعيد سريع إلى طبيب أعلى خبرة 9، قرار أبكر للتدخل الجراحي 10، سعة أكبر لغرف العمليات أو وصول أفضل إليها 11، الإدخال تحت الفريق التخصصي الصحيح 12، قرار غير صحيح بالجراحة – مثلاً كان ينبغي عرض علاج أقلّ توغلاً أو تدبير غير جراحي أو أنّ الجراحة كانت عبثية 13، تحسين مسبق غير أمثل قبل الجراحة، مثلاً عدم إدراك الأمراض المصاحبة، إنعاش غير كافٍ 14، توفير بيئة رعاية أعلى مثل وحدة الاعتماد العالي أو العناية المركزة 15، تحسين السعة للاستراتيجيات غير الجراحية (الأشعة التداخلية / داخل اللمعة) 16، أخرى (يُرجى التحديد) 17، لا شيء مما سبق
في مرحلة ما أثناء العملية، ما الفرص أو التغييرات في رعاية هذا المريض التي ربّما كانت لتمنع الوفاة؟ (حدّد كل ما ينطبق)	1، تواصل أفضل بين أفراد الكوادر أو الفرق في المستشفى 2، وجود جراح أكثر خبرة في غرفة العمليات 3، وجود طبيب تخدير أكثر خبرة في غرفة العمليات 4، توفر أفضل لجراحين من تخصصات أخرى 5، توفر أفضل لمنتجات الإنعاش (مثل الدم، السوائل، الأدوية) 6، تجنب الأخطاء التقنية الجراحية 7، تحسين اتخاذ القرار الجراحي 8، معذات أعلى جودة / تجنب عطل المعذات 9، إمداد أكثر استقراراً بالكهرباء 10، قرار جراحي خاطئ – مثلاً مفاغرة قولونية بدلاً من فقرة 11، مقارنة جراحية خاطئة – مفتوح بدلاً من تنظير بطني أو العكس 12، تأخر في التحويل إلى مقارنة جراحية مختلفة مثل تحويل التنظير البطني إلى مفتوح 13، تصعيد إلى جراح أعلى خبرة 14، أخرى (يُرجى التحديد) 15، لا شيء مما سبق
بعد العملية، وأثناء بقاء المريض في المستشفى، ما الفرص أو التغييرات في رعاية هذا المريض التي ربّما كانت لتمنع الوفاة؟ (حدّد كل ما ينطبق)	1، توفير بيئة رعاية أعلى مثل وحدة الاعتماد العالي أو العناية المركزة 2، تشخيص / كشف أبكر لمضاعفة ما بعد الجراحة 3، مراقبة / كشف أفضل للتدهور 4، وصول أفضل للفحوصات التشخيصية والتصوير 5، توفر أفضل لمنتجات الإنعاش (مثل الدم، السوائل، الأدوية) 6، تصعيد سريع إلى طبيب أعلى خبرة 7، قرار أبكر لإعادة تدخل جراحي / تنظيري / إشعاعي 8، سعة أكبر لغرف العمليات أو وصول أفضل إليها 9، سعة أكبر لاستراتيجيات الإنقاذ غير الجراحية (الأشعة التداخلية / داخل اللمعة) 10، تواصل أفضل بين أفراد الكوادر أو الفرق في المستشفى 11، وصول أفضل لإعادة التأهيل 12، تخفيف أفضل للأعراض (السيطرة على الألم، الغثيان والقيء) أو مضادات التخثر 13، وصول أفضل للتغذية التكميلية 14، وقاية مناسبة من الانصمام الخثاري الوريدي أو مضادات التخثر 15، القدرة على تحمّل تكلفة العلاج أو الرعاية 16، قرار غير صحيح بإعادة الجراحة مثلاً كان ينبغي عرض تدبير محافظ أو علاج أقلّ توغلاً أو أنّ الجراحة كانت عبثية 17، أخرى (يُرجى التحديد) 18، لا شيء مما سبق
بعد العملية، وبعد خروج المريض من المستشفى، ما الفرص أو التغييرات في رعاية هذا المريض التي ربّما كانت لتمنع الوفاة؟ (حدّد كل ما ينطبق)	1، تشخيص / كشف أبكر لمضاعفة ما بعد الجراحة 2، مراقبة / كشف أفضل للتدهور 3، وصول أفضل / قدرة أكبر على تحمّل تكلفة التقييم 4، سلوكيات أفضل لالتماس الرعاية 5، فرز أنسب إلى الرعاية الثانوية/المستشفى 6، متابعة أكثر انتظاماً مع الفريق السريري 7، وصول أفضل لإعادة التأهيل 8، تخفيف أفضل للأعراض (السيطرة على الألم، الغثيان والقيء) 9، وصول أفضل للتغذية التكميلية 10، وقاية مناسبة من الانصمام الخثاري الوريدي أو مضادات التخثر 11، القدرة على تحمّل تكلفة العلاج أو الرعاية 12، أخرى (يُرجى التحديد) 13، لا شيء مما سبق

العرض المتقدم للمرض المستلزم للجراحة (مثل السرطان المتقدم، الفتق الضخم)	1، غير موجود 2، موجود، لكن لم يُسهم 3، أسهم بشكل طفيف 4، أسهم بشكل متوسط 5، أسهم بشكل كبير
عدم استقرار الفيزيولوجيا وقت العرض (مثل الصدمة، نقص الأكسجة)	1، غير موجود 2، موجود، لكن لم يُسهم 3، أسهم بشكل طفيف 4، أسهم بشكل متوسط 5، أسهم بشكل كبير
الهشاشة الكامنة	1، غير موجود 2، موجود، لكن لم يُسهم 3، أسهم بشكل طفيف 4، أسهم بشكل متوسط 5، أسهم بشكل كبير
الحالات الصحية المزمنة الكامنة	1، غير موجود 2، موجود، لكن لم يُسهم 3، أسهم بشكل طفيف 4، أسهم بشكل متوسط 5، أسهم بشكل كبير
ما مصدر المعلومات أعلاه؟ (نوصي باستخدام نتائج اجتماع الاعتلال والوفيات أو رأيين مستقلين لطبيبين كبيرين بشأن الحالة) (حدد كل ما ينطبق)	0، مُدجّل البيانات فقط (بما في ذلك الرتبة) 1، اجتماع الاعتلال والوفيات 2، رأيان مستقلان لطبيبين كبيرين 3، أخرى، يُرجى التحديد

الأمثلة	التعريف	الفئة
صحي، غير مدخن، بدون أو استخدام قليل للكحول	الصحة الطبيعية	1
الأمراض الخفيفة فقط دون قيود وظيفية جوهرية. تشمل الأمثلة (ولكن لا تقتصر على): مدخن حالي، شارب اجتماعي للكحول، حمل، 30 > مؤشر كتلة الجسم > 40، وداء السكري/ارتفاع ضغط الدم المضبوط جيداً، ومرض رئوي خفيف	مرض جهازى خفيف	2
القيود الوظيفية الجوهرية. مرض أو أكثر متوسط إلى شديد. تشمل الأمثلة (ولكن ليس حصراً): ضعف السيطرة على العضلة أو التهاب العضلات العضلي، مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)، السمنة المفرطة (مؤشر كتلة الجسم ≤ 40)، التهاب الكبد النشط، الاعتماد أو إساءة استخدام الكحول، زرع منظم ضربات القلب، انخفاض متوسط في نسبة القذف، خضع ESRD لغسيل الكلى المجدول بانتظام، خضع PCA للرضيع الخدج > 60 أسبوعاً، تاريخ (< 3 أشهر) من التهاب العضلة القلبية، ال CVA، TIA أو CAD/دعامات	مرض جهازى شديد	3
تشمل الأمثلة (على سبيل المثال لا الحصر): احتشاء عضلة القلب (MI)، أو الحادث الوعائي الدماغى (CVA)، أو النوبة الإقفارية الدماغية العابرة (TIA)، أو مرض الشريان التاجي/الدعامات الحديثة (> 3 أشهر)، أو الإقفار القلبي المستمر أو الخلل الشديد في وظيفة الصمامات، أو الانخفاض الشديد في الكسر القففي، أو الإنتان، أو التخثر المنتشر داخل الأوعية (DIC)، أو الضائقة التنفسية الحادة (ARD)، أو مرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD) غير الخاضع لغسيل كلوي مجدول بانتظام	مرض جهازى شديد يشكل تهديداً مستمراً للحياة	4
تشمل الأمثلة (ولكن لا تقتصر على): تمدد الأوعية الدموية البطنية/الصدرية الممزق، إصابات شديدة، نزيف داخل الجمجمة مع تأثير كتلي، أمعاء إقفارية في مواجهة أمراض قلبية كبيرة أو خلل في وظائف متعددة في الأعضاء/الأنظمة	الموت المرضي: البقاء على قيد الحياة غير متوقع بدون جراحة	5
	متبرع بالأعضاء الميت دماغياً	6

BMI، مؤشر كتلة الجسم؛ DM، داء السكري؛ ESRD، مرض الكلى في المرحلة النهائية؛ HTN، ارتفاع ضغط الدم؛ PCA، العمر بعد الإخصاب؛ MI، احتشاء عضلة القلب؛ CVA، الحادث الوعائي الدماغى؛ TIA، النوبة الإقفارية الدماغية العابرة؛ CAD، مرض الشريان التاجي؛ DIC، التخثر المنتشر داخل الأوعية؛ ARD، الضائقة التنفسية الحادة.

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2007-2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



9.2. تغن الدم

يعرف الإنتان بأنه خلل في وظائف الأعضاء المهدد للحياة ناتج عن استجابة مضيف غير منظمة للعدوى. يمكن تحديد خلل الأعضاء على أنه تغير حاد في درجة تقييم فشل الأعضاء التسلسلي (SOFA) الإجمالي ≥ 2 نقطة نتيجة للعدوى.⁴

9.3. الصدمة

حالة مهددة للحياة من فشل الدورة الدموية تؤدي إلى نقص في توصيل التروية الأنسجة والأكسجين، مما يؤدي إلى خلل في وظائف الخلايا والأعضاء. هناك أربعة أنواع من الصدمات: الصدمة الإنتانية، الصدمة القلبية، الصدمة منخفضة حجم الدم، والصدمة التوزيعية. يعتمد تشخيص القشل الدوري الحاد على مزيج من العلامات السريرية، والديناميكية الدموية، والعلامات الكيميائية الحيوية. تشمل النتائج السريرية انخفاض ضغط الدم ($MAP < 65$ ملم زئبق)، تسرع القلب، تغير الحالة الذهنية، قلة التروية، وعلامات ضعف التروية (مثل ارتفاع اللاكتات).⁵

المرض الخبيث: يشار إليه أيضا بالسرطان، أو الورم الخبيث أو الورم؛ ويتميز المرض بخلايا غير طبيعية تنمو بشكل غير مسيطر عليه، وتغزو الأنسجة المجاورة، وقد تنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم (النقائل).⁴

الإجراء الجراحي العلاجي: تدخل جراحي يجرى بهدف إزالة أو القضاء الكامل على مرض (مثل السرطان)، بهدف البقاء أو الشفاء طويل الأمد.⁵

إجراء جراحي تلطيفي: تدخل جراحي يجرى لتخفيف الأعراض، تحسين جودة الحياة، أو إدارة مضاعفات المرض، دون توقع الشفاء.^{5,6}

مستشار أو ما يعادله

جراح كبير مؤهل بالكامل ومسؤول بشكل مستقل عن رعاية المرضى واتخاذ القرار السريري، أو طبيب ذو أقدمية وسلطة مماثلة ضمن نظام الرعاية الصحية المعنى. (مقتبس من: هيئة أرباب العمل التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية. "دور المستشار والمسؤوليات"؛ إرشادات المجلس الطبي العام (GMC) حول الأدوار والمسؤوليات الطبية).^{9,10}

السكين إلى الجلد (بداية العمل):

النقطة الزمنية التي يتم فيها أول شق جراحي في جلد المريض، مما يحدد بداية العملية الجراحية.^{11,12}

مستويات التلوث^{13,14,15}:

نظيف: لم تدخل المسارات التنفسية أو الأعضاء التناسلية أو الجهاز الهضمي أو الجهاز الهضمي؛ لا دخول إلى اللزجة المجوفة.

أمثلة: إصلاح الفتق، استئصال الطحال الاختياري، التحلل الالتصقي، جراحة الثدي، استبدال الورك والركبة الاختياري، إصلاح تمدد الأوعية الدموية الأبهري البطنية، وغيرها.

ملوثة نظيفة: المسارات التنفسية، التناسلية، الجهاز الهضمي أو الجهاز الهضمي تدخل بحالة مضبوطة، دخول محكم إلى لزجة مجوفة؛ دون انسكاب محتويات الجهاز الهضمي/الجهاز المعادي (GU).

أمثلة: استئصال الزائدة الدودية (غير ملتهب)، استئصال الأمعاء، استئصال المراحل (بدون انسكاب الصفراء)، عملية قيصرية، استئصال الرئة، وغيرها.

ملوث: تسرب طفيف لمحتويات المسارات المعوية/الجهازية الزجاجية، وهي شقوق تظهر فيها التهابات حادة غير متقرحة.

أمثلة: استئصال الزائدة الدودية (ملتهب)، استئصال المرارة (مع انسكاب الصفراء)، استئصال الأمعاء النخرية (بدون ثقب)، إصابة اختراقية، إزالة جرح رضحية جديدة.

قذر: انسكاب إجمالي لمحتويات الجهاز الهضمي/الجهاز الهضمي، التهاب الصفاق، عدوى معروفة.

أمثلة: إجراء هارتمان للقولون السيني المثقب، وفتح البطن لقرحة المعدة المثقوبة، والكسر المفتوح، وتصريف الحصى.

نظام تصنيف كلافين-دينودو

يمكن تصنيف الأحداث السلبية بعد العملية كالتالي:

1. **فشل العلاج** – يحدث ذلك عندما تفشل الجراحة الأصلية في تحقيق فوائدها المرجوة؛ على سبيل المثال، الألم المستمر بعد استئصال المراسي بالمنظار أو عودة الورم بعد جراحة السرطان.
2. **الدوام:** العواقب المعترف بها لإجراء معين؛ على سبيل المثال، سوء امتصاص الأمعاء بعد استئصال الأمعاء الكبيرة أو الدقيقة أو نقص المناعة بعد استئصال الطحال.
3. **المضاعفات:** أي انحراف عن المسار الطبيعي بعد العملية يكون له تأثير سلبي على المريض وليس فشلا علاجيا أو نتيجيا.

في تصنيف كلافين-دينودو، العامل الذي يحدد شدة المضاعفة هو العلاج المطلوب¹⁶. وبالتالي، قد يتم تصنيف المضاعفة بشكل مختلف حسب كيفية إدارتها. على سبيل المثال، يمكن إدارة تسرب الأناسيوموتيكي فقط باستخدام المضادات الحيوية إذا تم احتواؤه (الدرجة الثانية) أو قد يتطلب إعادة إجراء تحت التخدير (الدرجة الثالثة).

بعض الاعتبارات الأخرى:

1. لا تؤخذ المضاعفات أثناء العملية في الاعتبار إلا إذا كان لها تأثير سلبي على المريض بعد العملية. الاستثناء الوحيد هو الوفاة أثناء العملية؛ ويصنف هذا التصنيف كدرجة V.
2. تشمل جميع الأحداث الجانبية بعد العملية، حتى عندما لا يكون هناك ارتباط مباشر بالجراحة.
3. تشمل جميع الأحداث السلبية خلال فترة المتابعة (30 يوما)، بما في ذلك بعد الخروج.
4. الإجراءات التشخيصية غير مشمولة. على سبيل المثال، تنظير المريء الاثني عشر التشخيصي (OGD) للبحث عن مصدر نزيف دون أي تدخل لن يعتبر مضاعفة، لكن تنظير الانسداد النفسي العلاجي مع قص وعاء ينزف يعتبر مضاعفة من الدرجة IIIa. نظرا لأن عمليات البطن الاستكشافية السلبية تعتبر إجراءات تشخيصية، فلا ينبغي تسجيلها كمضاعفات.

كلايفين درجة ديندو	التعريف (أمثلة مذكورة بخط مائل)
I	أي انحراف عن المسار الطبيعي بعد العملية دون الحاجة إلى تدخل دوائي (باستثناء "الأنظمة العلاجية المسموح بها")، أو جراحي، أو تنظير أو إشعاعي. تشمل الأنظمة العلاجية المسموح بها: أدوية مختارة (مضادات القيء، مضادات الحرارة، مسكنات الألم، مدرات البول واستبدال الإلكتروليتات)، العلاج الطبيعي والتهابات الجروح التي تفتح بجانب السرير ولكن لا تعالج بالمضادات الحيوية. <u>أمثلة: العلوص (انحراف عن المؤلف)؛ نقص بوتاسيوم الدم المعالج بالبوتاسيوم (K)؛ الغثيان المعالج بالسكلينين؛ الإصابة الكلوية الحادة المعالجة بالسوائل الوريدية.</u>
II	يتطلب علاجاً دوائياً بأدوية تتجاوز تلك المسموح بها للمضاعفات من الدرجة الأولى؛ بما في ذلك نقل الدم؛ تغذية وريدية كاملة. <u>أمثلة: عدوى موقع الجراحة عولجت بالمضادات الحيوية؛ احتشاء عضلة القلب عولج طبياً؛ جلطة وريدية عميقة عولج بالإينوكسيمارين؛ التهاب رئوي أو التهاب المسالك البولية يعالج بالمضادات الحيوية؛ نقل دم لفقر الدم.</u>
III	يتطلب تدخلاً جراحياً أو تنظيرياً أو شعاعياً <u>أمثلة: العلاج العلاجي بالتنظير (لا يشمل الإجراءات التشخيصية)؛ إجراءات الأشعة التداخلية؛ العودة إلى غرفة العمليات لأي سبب كان.</u>
الرابع	مضاعفات تهدد الحياة تتطلب إدارة عالية حرجية؛ نزيف دماغي؛ أو السكتة الدماغية الإقفارية (باستثناء TIA). <u>أمثلة: التهاب رئوي مع دعم جهاز التنفس الصناعي، فشل كلوي مع الترشيح؛ SAH؛ السكتة الدماغية</u>
V	وفاة مريض

مضاعفات خلال 30 يوماً:

التهابات مواقع الجراحة

يتم تعريف عدوى موقع الجراحة بعد 30 يوماً من الجراحة باستخدام تعريف مراكز السيطرة على الأمراض (CDC) رقم 17 لمؤشر SSI الجرح العميق أو السطحي على النحو التالي:

1. يجب أن تحدث العدوى خلال 30 يوماً من عملية المؤشر
2. يجب أن تشمل العدوى الجلد، أو تحت الجلد، أو الطبقات العضلية، أو اللفافية للشق

3. يجب أن يكون لدى المريض واحد على الأقل من ما يلي: تصريف قذيفي من الجرح؛ الكائنات التي تم اكتشافها بواسطة مسحة الجرح؛ تم تشخيصه سريريا أو في التصوير الصناعي؛ فتح الجرح تلقائيا أو بواسطة طبيب
4. يعاني المريض على الأقل من الحالات التالية: ألم، ألم موضعي، تورم موضعي، احمرار، حرارة في موقع الجرح، حمى جهازية ($<38^{\circ}\text{C}$).

عدوى مرتبطة بالكسر

العدوى المرتبطة بالكسر هي عدوى تنشأ في أي وقت بعد الكسر. وجود أي من الميزات التالية يؤكد وجود معايير تأكيدية (FRI):

1. الناسور أو الجيوب الأنفية أو انهيار الجرح
 2. التصريف القيني من الجرح أو وجود الصديد أثناء الجراحة
 3. مسببات الأمراض غير المميزة ظاهريا تم تحديدها بالزراعة من عينتين منفصلتين على الأقل من الأنسجة العميقة/الزروعات
 4. وجود كائنات دقيقة في الأنسجة العميقة المأخوذة أثناء التدخل الجراحي، كما تم تأكيده من خلال الفحص النسيجي المرضي.
- تشمل المعايير الاقتراحية: احمرار الجلد، الحمى، علامات الإشعاع، بداية جديدة في المفصل، ارتفاع علامات التهاب المصل، تصريف مستمر أو متزايد أو جديد من الجرح. إذا تم تحديد معايير موحدة، يجب النظر في تشخيص المؤشر المعلوماتي والبحث عن معايير تأكيدية.

عدوى في أعماق الأعضاء:

تحدث العدوى خلال 30-90 يوما من الجراحة تشمل أعضاء أو مساحات تم التلاعب بها أثناء الإجراء (أعمق من اللقافة/العضلة)، وتعرف بتصريف قذيفي من مصرف، أو ميكروبيولوجيا إيجابية، أو دليل على عدوى (مثل الخراج) في التصوير أو الفحص، وتستوفي معايير عدوى معينة في العضو/المكان.¹⁷

مضاعفات رئوية بعد العملية

المضاعفات الرئوية بعد العملية ستكون نتيجة ثانوية. هذا مزيج من الالتهاب الرئوي بعد العملية، ومتلازمة الضيق التنفسي الحاد (ARDS)، والتهوية غير المتوقعة. تم اقتباس هذا النتيجة من تجربة PRISM العشوائية المحكمة.¹⁸

الالتهاب الرئوي بعد العملية

سيتم استخدام تعريف مراكز السيطرة على الأمراض الأمريكية (CDC) للالتهاب الرئوي¹⁹، مع تعديل لاستيعاب توفر محدود للمرافق الإشعاعية في بعض المراكز المشاركة: على الأقل واحد من الأسباب التالية:

1. الحمى ($>38^{\circ}\text{C}$) بدون سبب آخر معروف.
2. اللوكوبانيا (عدد خلايا الدم البيضاء $<4 \times 10^9$) أو الكريات البيضاء (عد خلايا الدم الأبيض $>12 \times 10^9$).
3. بالنسبة للبالغين الذين تبلغ أعمارهم 70 عاما <70 عاما، تغير الوضع العقلي دون سبب معترف به.

وعلى الأقل اثنان من الخيارات التالية:

1. ظهور بلغم مقيحي جديد أو تغير في طبيعة البلغم، أو زيادة الإفرازات التنفسية، أو زيادة متطلبات الشفط.
2. ظهور جديد أو سعال يزداد سوءا، أو ضيق في التنفس، أو تسرع التنفس.
3. أصوات رمل، طقطقة أو أصوات تنفس القصبات.
4. تفاقم تبادل الغازات (نقص الأكسجين، زيادة الحاجة إلى الأكسجين).

حيثما أمكن، يجب تأكيد التشخيص باستخدام تصوير شعاعي للصدر. النتائج التالية تؤكد الالتهاب الرئوي:

1. تسللات جديدة أو تقدمية ومستمرة.
2. التوحيد.
3. التجويف.

التهوية غير المتوقعة

تم تعريف التهوية غير المتوقعة بعد العملية بأنها:

1. أي حالة من التهوية غير الجراحية، أو التهوية الغازية، أو الأكسجة الغشائية خارج الجسم بعد الاستئصال الأولي بعد الجراحة، أو
2. لم يكن بالإمكان سحب الأنبوب المحدد للمريض كما هو مخطط بعد الجراحة.

متلازمة الضيق التنفسي الحاد

متلازمة الضيق التنفسي الحاد (ARDS) هي إصابة رئوية حادة منتشرة والتهابية، تؤدي إلى زيادة نفاذية الأوعية الدموية الرئوية، وزيادة وزن الرئة، وفقدان نسيج الرئة الهوائي مع نقص الأكسجة والعمامة الإشعاعية الثنائية. سيتم استخدام تعريف برلين الإجماعي رقم 20:

معايير متلازمة الضائقة التنفسية الحادة (ARDS) – جميع المعايير الأربعة مطلوبة	
1. التوقيت	خلال أسبوع واحد من إهانة سريرية معروفة أو تفاقم الأعراض التنفسية
2. تصوير الصدر	عنايات ثنائية الجانب (لا تُفسر بالكامل بالانصبابات / الانخماص / العقيدات).
3. المنشأ	فشل تنفسي (لا يُفسر بالكامل بقصور القلب / فرط الحمل السائل).
4. الأكسجة	خفيف: $\text{PaO}_2 < 300\text{mmHg}/200\text{mmHg}$ مع $\text{FIO}_2 \leq 300\text{mmHg}$ أو $\text{PEEP} \geq 5\text{cm H}_2\text{O}$ — متوسط: $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 100\text{mmHg}$ مع $\text{PEEP} \geq 5\text{cm H}_2\text{O}$ — شديد: $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 100\text{mmHg}$ مع $\text{PEEP} \geq 5\text{cm H}_2\text{O}$ CPAP: الضغط الإيجابي المستمر في مجرى الهواء؛ FIO_2 : نسبة الأكسجين المستنشق؛ PaO_2 : الضغط الجزئي للأكسجين الشرياني؛ PEEP : الضغط الإيجابي في نهاية الزفير.

الانصمام الرئوي (PE)

يُعرف الانصمام الرئوي (PE) بأنه:

- انصمام رئوي عرضي مؤكد بالتصوير (تصوير الأوعية الرئوية بالتصوير المقطعي المحوسب (CTPA) يُظهر عيباً امتلائياً جديداً داخل اللمعة في شريان رئوي بحجم تحت قطعي أو أكبر؛ أو مسح التهوية/التروية باحتمال عالٍ للانصمام الرئوي؛ أو تصوير الأوعية الرئوية يُظهر الانصمام)، أو
- انصمام رئوي مميت مكتشف عند تشريح الجثة أو بحسب تقدير الفريق السريري.

الخثار الوريدي العميق

يُعرف الخثار الوريدي العميق (DVT) بأنه خثار وريدي عميق في الطرف السفلي مع أو دون أعراض، مثبت بـ:

- تصوير الطرف السفلي بالموجات فوق الصوتية يكشف عدم انضغاط عند تفَرع الوريد المأبضي أو أعلى منه، أو
- تصوير الأوردة بالتصوير المقطعي المحوسب (CT) يُظهر عيباً امتلائياً ثابتاً داخل اللمعة أعلى تفَرع الوريد المأبضي.

المضاعفات القلبية بعد الجراحة — احتشاء عضلة القلب الحاد

احتشاء عضلة القلب (الأنواع 1 و 2 و 3) وفقاً للتعريف العالمي الرابع لاحتشاء عضلة القلب (2018) عندما «توجد إصابة عضلية قلبية حادة مع دليل سريري على إقفار عضلي قلبي حاد وكشف ارتفاع و/أو انخفاض في قيم التروبونين القلبي (cTn) مع قيمة واحدة على الأقل فوق الحد المرجعي الأعلى للنسبة المئوية 99، ومع واحد على الأقل مما يلي:

- أعراض الإقفار العضلي القلبي؛
- تغيرات إقفارية جديدة في تخطيط القلب الكهربائي (ECG)؛
- ظهور موجات Q مرضية؛
- دليل تصويري على فقدان جديد لعضلة قلبية قابلة للحياة أو شذوذات جديدة في حركة الجدار الموضعية بنمط يتوافق مع سبب إقفاري؛
- تحديد خثرة تاجية بتصوير الأوعية أو تشريح الجثة (لا ينطبق على الأنواع 2 أو 3 من الاحتشاء)
- يفي إثبات ما بعد الوفاة لتخثر عصيدي حاد في الشريان المغذي لعضلة القلب المحتشاء بمعايير احتشاء النوع 1. ويغي دليل الاختلال بين إمداد الأكسجين للعضلة القلبية والطلب عليه غير المرتبط بالتخثر العصيدي الحاد بمعايير احتشاء النوع 2. وتفي الوفاة القلبية لدى المرضى الذين تشير أعراضهم إلى إقفار عضلي قلبي مع افتراض تغيرات إقفارية جديدة في تخطيط القلب قبل توفر قيم التروبونين القلبي أو صيرورتها غير طبيعية بمعايير احتشاء النوع 3.

تسريب المفاغرة

خلل في سلامة الوصل/المفاغرة الجراحية بين حشوتين جوفالوين، مؤدياً إلى اتصال بين الحيزين داخل اللمعة وخارجها.

الإصابة الكلوية الحادة

تُعرف الإصابة الكلوية الحادة بأي مما يلي:

- ارتفاع الكرياتينين المصلي (SCr) بمقدار $dl/0.3mg$ أو أكثر خلال 48 ساعة؛ أو
- ارتفاع الكرياتينين المصلي إلى 1.5 ضعف الأساس أو أكثر، المعروف أو المفترض حدوثه خلال الأيام السبعة السابقة؛ أو
- حجم البول $h/kg/0.5ml$ لمدة 6 ساعات

33.1. التعافي المُعزَّز بعد الجراحة (ERAS): مسار رعاية محيطي بالجراحة متعدد الوسائط قائم على الأدلة، مصمَّم لتقليل الإجهاد الجراحي والحفاظ على الوظيفة الفيزيولوجية وتسريع التعافي بعد الجراحة.

وحدة الروبوتات:

- الإجراءات الروبوتية الصغرى والكبرى:

التخصص	صغرى	كبرى
الجراحة العامة	استئصال المرارة — إصلاح الفتق الإربي	استئصال القولون — استئصال المعدة استئصال البنكرياس والاثنى عشر
المسالك البولية	رأب الحويضة تقشير الكيسية	استئصال الكلية — استئصال البروستاتا
أمراض النساء	استئصال البوق والمبيض — استئصال بطانة الرحم الهاجرة	استئصال الرحم — تثبيت القبو المهبل بالعجز (Sacrocolpopexy)
القلب والصدر	استئصال الغدة التوتية استئصال إسفيني للرئة	إصلاح الصمام التاجي — مجازة الشريان التاجي (CABG) استئصال الفص الرئوي
جراحة الأعصاب	خزعة دماغية تجسيمية — وضع أقطاب SEEG	استئصال ورم دماغي وضع براغي العنقبة الفقرية
جراحة العظام	تنظير المفصل إعادة بناء الرباط	استبدال مفصل الركبة الكلي — استبدال مفصل الورك الكلي وضع براغي العنقبة الفقرية
الأنف والأذن والحنجرة (ENT)	استئصال اللوزتين	الجراحة الروبوتية عبر الفم لأورام البلعوم الفموي — استئصال الغدة الدرقية
الثدي	استئصال الكتلة الورمية خزعة العقدة اللمفية الخافرة	استئصال الثدي إعادة بناء الثدي ببديلة Latissimus dorsi
جراحة التجميل	تحرير النفق الرسغي — إصلاح العصب	المفاغرة اللمفية الوريدية أو إجراء جراحة مجهرية آخر — إعادة البناء ببديلة حرّة
جراحة الأطفال	تثبيت الخصية — بضع البواب	رأب الحويضة — تثبيت القاع
جراحة الأوعية الدموية	جراحة الدوالي الوريدية — استئصال الخثرة الوريدية	إصلاح تمدد الأبهر البطني — مجازة أبهرية حرقية

القائمة أعلاه ليست شاملة والقصد منها تقديم عدد قليل من الأمثلة فقط.

وحدة العملية البطنية:

- تغيير القفازات والأدوات: تغيير القفازات المعقمة (أو القفازات الخارجية في حال ازدواج القفازات) للجراحين العاملين والجراحين المساعدين وطواقم التمريض المعقم، والأدوات بما في ذلك حامل الإبرة والملقط والمقص، بعد إتمام الجزء البطني من العملية لكن قبل التعامل مع حواف الجرح وإغلاق البطن.
- العلوص (Ileus): يُعرّف العلوص بأنه «عدم تحمل التغذية الفموية بسبب تثبيط الدفع المعدي المعوي دون علامات انسداد ميكانيكي». ويبدأ عادةً بعد ثلاثة إلى خمسة أيام من الجراحة ويستمرّ يومين إلى ثلاثة قبل أن يزول.

وحدة فتح البطن الطارئ:

- فتح البطن (Laparotomy): إجراء جراحي يتضمّن شقاً عبر جدار البطن للوصول إلى التجويف البطني. ويمكن إجراء الشق في مواضع مختلفة، بما في ذلك خط الوسط والمجاور للوسط والمستعرض وغيرها، تبعاً للسبب السريري والموضع التشريحي المعني وتفضيل الجراح. وفي الحالات الطارئة، تتيح شقوق فتح البطن وصولاً سريعاً وسهلاً إلى التجويف البطني.

وحدة الولادة القيصرية:

- نزيف ما بعد الولادة: يُعدّ النزيف الأولي ما بعد الولادة (PPH) الشكل الأكثر شيوعاً للنزف الوليدي الكبير. والتعريف التقليدي للنزيف الأولي ما بعد الولادة هو فقدان 500 مل أو أكثر من الدم من السبيل التناسلي خلال 24 ساعة من ولادة الطفل بعد الولادة المهبليّة و1000 مل بعد الولادة القيصرية. ويمكن أن يكون النزيف طفيفاً (500-1000 مل) أو كبيراً (أكثر من 1000 مل). ويمكن تقسيم الكبير أيضاً إلى متوسط (1001-2000 مل) وشديد (أكثر من 2000 مل). ويُعرّف النزيف الثانوي ما بعد الولادة بأنه نزيف غير طبيعي أو مفرط من قناة الولادة بين 24 ساعة و12 أسبوعاً بعد الولادة.

- درجة أبغار (Apgar)

درجة أبغار هي تقييم موحّد للحالة السريرية للمولود مباشرة بعد الولادة، يستند إلى خمسة مكونات (اللون، معدل ضربات القلب، المنعكسات، التوتر العضلي، والتنفس)، يُسجّل كلّ منها من 0 إلى 2، ما ينتج مجموعاً كلياً يتراوح من 0 إلى 10، ويُسجّل عند الدقيقة الأولى والخامسة بعد الولادة.

الدرجة	0	1	2
اللون	أزرق أو شاحب	ازرقاق الأطراف	وردي بالكامل
معدل ضربات القلب	غائب	<100 نبضة/دقيقة	>100 نبضة/دقيقة
استثارة المنعكسات	لا استجابة	تكشيرة	بكاء أو انسحاب نشيط
التوتر العضلي	ارتخاء	بعض الثني	حركة نشيطة
التنفس	غائب	بكاء ضعيف؛ نقص التهوية	جيد، يبكي

وحدة الكسور:

- تصنيف غوستيلو-أندرسون (Gustillo-Anderson)

نظام يُستخدم لتصنيف الكسور المفتوحة استناداً إلى آلية الإصابة، ومدى تلف الأنسجة الرخوة، ووجود تلوث أو إصابة وعائية.

يُقسّم التصنيف الكسور المفتوحة إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

- النوع I: جرح نظيف، >1 سم، تلف أدنى في الأنسجة الرخوة.
- النوع II: جرح <1 سم، إصابة متوسطة للأنسجة الرخوة، دون تلف واسع أو سدائل أو اقتلاعات.
- النوع III: تلف واسع للأنسجة الرخوة، رضّ عالي الطاقة، أو تلوث شديد، ويُقسّم إلى:
 - IIIA: تغطية كافية للأنسجة الرخوة رغم الإصابة الواسعة.
 - IIIB: فقدان واسع للأنسجة الرخوة مع تعرية السمحاق وانكشاف العظم، ويستلزم عادةً تغطية ببديلة.
 - IIIC: مرتبط بإصابة شريانية تستلزم إصلاحاً إسعافياً.

المراجع

1. ASA House of Delegates. ASA physical status classification system. 2014. <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>. (accessed 3/10/2018)
2. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
3. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.
4. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. JAMA. 2016;315(8):801–810.
5. Cecconi M, De Backer D, Antonelli M, et al. *Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine*. Intensive Care Med. 2014;40(12):1795–1815.
6. World Health Organization. "Cancer." WHO Fact Sheets; and DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology
7. National Cancer Institute. *NCI Dictionary of Cancer Terms*. Available from: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>
8. World Health Organization. *Palliative care* [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
9. NHS Employers. *The consultant role and responsibilities*
10. General Medical Council. *Good medical practice*. Available from: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice>
11. World Health Organization. *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives*. Geneva: WHO; 2009.
12. Royal College of Surgeons of England. *Good Surgical Practice*. London: RCS Eng; 2014.
13. Yin V, Cobb JP, Wightman SC, Atay SM, Harano T, Kim AW. Centers for Disease Control (CDC) Wound Classification is Prognostic of 30-Day Readmission Following Surgery. World J Surg. 2023 Oct;47(10):2392-2400.
14. Prevention of Infection After Gynecologic Procedures: ACOG Practice Bulletin, Number 195. Obstetrics & Gynecology 131(6):p e172-e189, June 2018.
15. Chan D et al. Society of Interventional Radiology; Association of periOperative Registered Nurses. Joint Practice Guideline for Sterile Technique during Vascular and Interventional Radiology Procedures: From the Society of Interventional Radiology, Association of periOperative Registered Nurses, and Association for Radiologic and Imaging Nursing, for the Society of Interventional Radiology [corrected] Standards of Practice Committee, and Endorsed by the Cardiovascular Interventional Radiological Society of Europe and the Canadian Interventional Radiology Association. J Vasc Interv Radiol. 2012 Dec;23(12):1603-12. doi: 10.1016/j.jvir.2012.07.017. Erratum in: J Vasc Interv Radiol. 2013 Apr;24(4):608.
16. Clavien P, Barkun, J, de Oliveira, ML, Vauthey, JN, Dindo, D, Schulick, RD, de Santibañes, E, Pekolj, J, Slankamenac, K, Bassi, C, Graf, R, Vonlanthen, R, Padbury, R, Cameron, JL, Makuuchi, M. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. Annals of surgery. 2009;250(2):187-96.

- Centers for Disease Control and Prevention. *National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual: Surgical Site Infection (SSI) Event*. Atlanta: CDC .17
18. Pearse, R.M., et al., The Prevention of Respiratory Insufficiency after Surgical Management (PRISM) Trial. Report of the protocol for a pragmatic randomized controlled trial of CPAP to prevent respiratory complications and improve survival following major abdominal surgery. *Minerva Anesthesiol*, 2017. 83(2): p. 175-182.
19. Jain V, Vashisht R, Yilmaz G, et al. Pneumonia Pathology. [Updated 2023 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526116/>
- ARDS Definition Task Force, Ranieri V, Rubenfeld, GD, Thompson, BT, Ferguson, ND, Caldwell, E, Fan, E, .20
Camporota, L, Slutsky, AS. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA*. 2012;307(23):2526-33.
21. van der Hulle T, Cheung WY, Kooij S, Beenen LFM, van Bommel T, van Es J, et al. Simplified diagnostic management of suspected pulmonary embolism (the YEARS study): a prospective, multicentre, cohort study. *Lancet*. 2017 Jul 15;390(10091):289-297.
22. Shalhoub J, Lawton R, Hudson J, Baker C, Bradbury A, Dhillon K, et al. Graduated compression stockings as adjuvant to pharmaco-thromboprophylaxis in elective surgical patients (GAPS study): randomised controlled trial. *BMJ*. 2020 May 13;369:m1309.
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth Universal Definition of .23
Myocardial Infarction (2018). *Circulation*. 2018;138(20):e618-e51.
24. Rahbari NN, Weitz J, Hohenberge W et al. Definition and grading of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: A proposal by the International Study Group of Rectal Cancer. *Surgery*. 2010; 147(3):339-351
25. KIDGO, KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury, 2012, www.kidney-international.org
- ERAS® Society. *Guidelines for perioperative care* [Internet]. Available from: .26
<https://erassociety.org>
27. ChEETAh Trial Collaborative. *Effect of a sterile glove and instrument change at the time of abdominal wound closure on surgical site infection (ChEETAh): an international, multicentre, cluster randomised trial*. *Lancet*. 2022;400:1767–1776.
28. Beach EC, De Jesus O. Ileus. [Updated 2023 Aug 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558937/>
- Frassini S, et al. ECLAPTE: Effective Closure of LAParotomy in Emergency-2023 World Society of Emergency .29
Surgery guidelines for the closure of laparotomy in emergency settings. *World J Emerg Surg*. 2023 Jul 26;18(1):42.
doi: 10.1186/s13017-023-00511-w. Erratum in: *World J Emerg Surg*. 2023 Nov 27;18(1):52. doi: 10.1186/s13017-023-00522-7.
30. WHO. Guideline on prevention and management of PPH. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/BRN-MN-32-03-OPERATIONALGUIDANCE-eng-Prevention-Management-PPH.pdf>

31. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn: American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. The Apgar Score. Pediatrics. 2015 Oct;136(4):819-22. doi: 10.1542/peds.2015-2651.
32. Yim GH, Hardwicke JT. The Evolution and Interpretation of the Gustilo and Anderson Classification. J Bone Joint Surg Am. 2018 Dec 19;100(24):e152. doi: 10.2106/JBJS.18.00342. PMID: 30562299.

الملحق D: خطة التحليل الإحصائي

الهدف الأساسي لدراسة SurgWeek-2 هو تقييم المضاعفات المقيسة بدرجة كلايفين-دينغو عند 30 يوماً بعد الجراحة. وتشمل النتائج الثانوية: الوفاة خلال 30 يوماً بعد الجراحة، وعدوى الموقع الجراحي خلال 30 يوماً، والالتهاب الرئوي بعد الجراحة خلال 30 يوماً، والانصمام الرئوي والخثار الوريدي العميق بعد الجراحة خلال 30 يوماً، والمضاعفات القلبية بعد الجراحة خلال 30 يوماً، وأيام البقاء على قيد الحياة خارج المستشفى عند اليوم 30 بعد الجراحة. ويتضمن الملحق C تعريفات مفصلة لهذه النتائج. وسيستند التحليل إلى مقارنة معدلات المضاعفات بين المرضى بحسب مستوى الدخل، والجراحة الطارئة مقابل الاختيارية، وعبر التخصصات.

سُجِّرى الدراسة وفقاً لإرشادات STROBE (تعزيز الإبلاغ عن الدراسات الرصدية في علم الأوبئة) وإرشادات SAMPL (التحليلات والطرق الإحصائية في الأدبيات المنشورة). وستلخص البيانات غير المعلمية بالوسطاء والمدى الربيعي، وتختبر الفروق بين المجموعات باستخدام اختبار مان-ويتني U. وسيستخدم اختبار كاي تربيع (χ^2) للبيانات الفئوية. وستدرج البيانات المفقودة في المخططات الانسيابية وجدول الملخص، بما يتيح بقاء المقامات متسقة في الحسابات.

سيستخدم الانحدار اللوجستي الهرمي متعدد المتغيرات ذو التأثيرات المختلطة لاستكشاف الارتباطات مع مقياسي النتيجة الأساسي والثانوي، مُلخصة كنسب أرجحية وفواصل ثقة 95% (C.I.). وقد اختيرت مسبقاً عوامل معقولة سريريا تتعلق بالمرضى والمرضى والعملية والموقع لإدراجها في التحليلات المعدلة، بهدف تحديد المتنبئات المستقلة بالنتائج الصادرة بعد الجراحة.

نتوقع تجنيداً من نحو 1000 مستشفى حول العالم بوسيط 100 مريض لكل مستشفى (بمتوسط خمسة فرق مصغرة لكل مستشفى و20 مريضاً يُجمعون لكل فريق مصغر)، ما يوفر تقديراً لحجم العينة يبلغ 100000 مريض. ويستند ذلك إلى دراسات سابقة أجرتها وحدة أبحاث الصحة العالمية للجراحة التابعة لـ (1-4) NIHR. وسُجِّرى التحليلات باستخدام برنامج R Foundation الإحصائي الإصدار 3.1.1 (الحزم: finalfit، tidyverse).

المراجع:

1. Naluyimbazi R, Fitzgerald TN. Hernia repair as a tracer for elective surgical care. The Lancet Global Health. 2024;12(7):e1069-e70.
2. COVIDSurg Collaborative. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. Br J Surg. 2020;107(11):1440-9.
3. COVIDSurg Collaborative, GlobalSurg Collaborative. Timing of surgery following SARS-CoV-2 infection: an international prospective cohort study. Anaesthesia. 2021;76(6):748-58.
4. Glasbey JC, Nepogodiev D, Simoes JFF, Omar O, Li E, Venn ML, et al. Elective Cancer Surgery in COVID-19-Free Surgical Pathways During the SARS-CoV-2 Pandemic: An International, Multicenter, Comparative Cohort Study. J Clin Oncol. 2021;39(1):66-78.

الملحق E: عمليات موافقات الدراسة – معايير التدقيق في المملكة المتحدة

في المملكة المتحدة نقرح تسجيل الدراسة كـتدقيق أو تقييم خدمة. ومعايير التدقيق التي سنقيم مقابلها ضمن المملكة المتحدة هي التالية:

1. استخدام قائمة التحقق من سلامة الجراحة لمنظمة الصحة العالمية (WHO)
 - a. تُعد قائمة التحقق من سلامة الجراحة لمنظمة الصحة العالمية من التدخلات القليلة التي ثبت أنها تقلل الوفيات عبر التخصصات الجراحية وفي السياق العالمي. ولذلك سنقيم استخدامها في جميع العمليات في المملكة المتحدة. (1)
 - b. معيار التدقيق: 100%
 2. الوقت حتى إعطاء المضادات الحيوية لدى المصابين بالإنتان
 - a. يمكن عزو كثير من الوفيات بعد الجراحة إلى الإنتان أو النزيف. (2) وتقترب الوفيات داخل المستشفى للمصابين بالصدمة الإنتانية من 40-60%. والمرضى الجراحيون الذين يُعرضون للإنتان أمر شائع، وغالباً ما يستلزمون السيطرة على المصدر بتدخلات جراحية. (3) لكن قبل ذلك، توصي حزمة الإنتان الستة (Sepsis 6) بإعطاء المضادات الحيوية خلال ساعة من التعرف على الإنتان. (4) وتشير بيانات التدقيق الوطني لفتح البطن الطارئ (NELA) إلى أن 15.4% فقط من المرضى يتلقون المضادات الحيوية خلال ساعة، غير أنه لا تتوفر لدينا بيانات على مستوى المملكة المتحدة لجميع التخصصات. (5)
 - b. لذلك سنقيم لدى المصابين بالإنتان من يتلقى مضادات حيوية وريديّة خلال ساعة واحدة من العرض.
 - c. معيار التدقيق: 100%
 3. تصنيف NCEPOD للتدخل
 - a. أنشئ التحقيق الوطني السري في نتائج المرضى والوفاة (NCEPOD) استجابةً لمخاوف بشأن الوفاة المحيطة بالجراحة. وقد نشروا لاحقاً تقارير عديدة حول هذا الموضوع. وقد أنشأوا إطاراً بشأن توقيت التدخلات الجراحية، إذ من المعترف به أن تأخر الجراحة، خصوصاً خارج ساعات العمل، يرتبط بزيادة الاعتلال والوفيات. (6)
 - b. لذلك سنقارن زمن الوصول إلى غرفة العمليات للدخول الطارئ مقابل تصنيف NCEPOD المُدخل وقت حجز المريض لغرفة العمليات.
 - c. معيار التدقيق: 100%
- سيصف مكون تقييم الخدمة الممارسة السريرية الحالية ويقم مدى تبني الجراحة الروبوتية ونتائجها في NHS، ويصف:
- توفر واستخدام المنصات الجراحية الروبوتية عبر المستشفيات المشاركة
 - توصيف المرضى الخاضعين للجراحة الروبوتية
 - مقارنة النتائج (الوفاة بعد الجراحة، والمضاعفات، وإعادة الجراحة) بين المقاربات الجراحية (الروبوتية مقابل المفتوحة مقابل التقنيات الأخرى الطفيفة التوغّل)
- القصد من هذا التحليل وصف الأنماط الحالية للممارسة ووضع معايير مرجعية للنتائج عبر المقاربات الجراحية، لا اختبار تدخل جديد أو إدخال تغييرات على الرعاية السريرية.

المراجع:

1. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-9.
2. NIHR Global Health Research Unit on Global Surgery. Mechanisms and causes of death after abdominal surgery in low-income and middle-income countries: a secondary analysis of the FALCON trial. Lancet Glob Health. 2024;12(11):e1807-e15.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Sepsis 2024 [Available from: <https://cks.nice.org.uk/topics/sepsis/>].
4. Sepsis Trust. Sepsis screening tool acute assessment 2024 [Available from: <https://sepsistrust.org/wp-content/uploads/2024/08/SEPSIS-Trust-Screening-Acute-Tool-Kits-16-2024.pdf>].
5. NELA Audit. Tenth Patient Report of the National Emergency Laparotomy Audit EXECUTIVE SUMMARY 2024 [Available from: <https://rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2025-09/NELA-ExecSumm2024.pdf>].
6. National confidential enquiry into Patient Outcome and death. The NCEPOD Classification of Intervention 2004 [Available from <https://www.ncepod.org.uk/classification.html>]

Go straight to content.



Medical
Research
Council



Is my study research?

i To print your result with title and IRAS Project ID please enter your details below:

Title of your research:

SurgWeek-2: Identifying the global burden of post operative complications: an international prospective cohort study protocol

IRAS Project ID (if available):

You selected:

- 'No' - Are the participants in your study randomised to different groups?
- 'No' - Does your study protocol demand changing treatment/ patient care from accepted standards for any of the patients involved?
- 'No' - Are your findings going to be generalisable?

Your study would NOT be considered Research by the NHS.

You may still need other approvals.

Researchers requiring further advice (e.g. those not confident with the outcome of this tool) should contact their R&D office or sponsor in the first instance, or the [HRA](#) to discuss your study. If contacting the HRA for advice, do this by sending an outline of the project (maximum one page), summarising its purpose, methodology, type of participant and planned location as well as a copy of this results page and a summary of the aspects of the decision(s) that you need further advice on to the HRA Queries Line at Queries@hra.nhs.uk.

For more information please visit the [Defining Research](#) table.

[Follow this link to start again.](#)

Print This Page

NOTE: If using Internet Explorer please use browser print function.

NHS Foundation Trust (CARMS) جامعة برمنغهام

Audit title	Surgical outcomes and national/international surgical benchmarks
Audit Code	CARMS 24253

Your audit has now been registered with the Clinical Audit Team and will appear on the [Clinical Audit Registration and Management System](#) (CARMS).

Please ensure that you log on to the system to update it with any progress made. Once your audit is completed you will need to log in to the system and update your audit status to complete. You will also be required to input your 'key' findings and any recommendations (if applicable) that may have come out of the audit.

Please note that all recommendations will be monitored and you be required to update the progress made on each recommendation (action). Also the person nominated for the action will be alerted so ensure you liaise with them appropriately.

This audit code must be quoted to the Medical Records department (ext 8171/8172) or Health Informatics (<http://charon/Requests/>) if you wish to use their services in connection with this audit.

Please only request notes if you will definitely need to view them, as the Medical Records department have limited space and capacity. If you request patient identifiable data from Informatics, this can only be sent to UHB (@uhb.nhs.uk) or nhs.net email accounts.

If you have any queries please contact ClinicalAudit@uhb.nhs.uk.

Thank You

C.A.R.M.S.

Clinical Audit & Registration Management System

الملحق F: جمع البيانات عبر الإنترنت باستخدام REDCap

سُجِّعَت البيانات وتُخزَّن عبر الإنترنت من خلال خادم آمن يُشغِّل تطبيق الويب (REDCap) Research Electronic Data Capture. ويتيح REDCap للمتعاونين إدخال البيانات وتخزينها في نظام آمن. ويُدار خادم REDCap من قِبل جامعة برمنغهام، المملكة المتحدة. ولن تُرفع إلى قاعدة البيانات إلا بيانات مجهولة الهوية. ولن تُجمع أي بيانات محدَّدة لهوية المريض.

استُخدمت قواعد بيانات REDCap في جامعة برمنغهام بنجاح في عدد من الدراسات الدولية، منها:

- CovidSurg Study (1,040 participating sites across 85 countries), reference: COVIDSurg Collaborative. *Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study*. Lancet. 2020;396(10243):27-38. doi:10.1016/S0140-6736(20)31182-X.
- European Society of Coloproctology 2017 Left Colon and Rectal Resection Study (335 participating sites across 49 countries), reference: 2017 European Society of Coloproctology (ESCP) Collaborating Group. *The 2017 European Society of Coloproctology (ESCP) international snapshot audit of left colon, sigmoid and rectal resections - Executive Summary*. Colorectal Dis. 2018;20.
- Right Iliac Fossa Treatment Study (290 participating sites across 5 countries), reference: RIFT Study Group on behalf of the West Midlands Research Collaborative. *Identifying children at low-risk of appendicitis: systematic review and prospective, multicentre validation of risk prediction models in children presenting with right iliac fossa pain*. Lancet Child Adolesc Health 2020; 4: 271–80.

تُدار قاعدة بيانات REDCap المستخدمة في دراسة SurgWeek-2 من قِبل وحدة أبحاث الصحة العالمية للجراحة العالمية التابعة لـ NIHR، ضمن بنية الأجهزة الافتراضية بجامعة برمنغهام المؤمَّنة فيزيائياً. وتقع مسؤولية هذه البنية على فريق التخزين والأنظمة الافتراضية بجامعة برمنغهام، Edgbaston· Birmingham· B15 2TT. ويوجد تشفير «أثناء السكون» على خادم قاعدة البيانات. وسُخِّرَت البيانات الخام وتبقى في موقع برمنغهام؛ ولن تُنقل إلى أي موقع خارجي آخر. والموقع مؤمَّن فيزيائياً. وقد صُمِّمت خدمة الاستضافة الافتراضية بحيث لا توجد نقطة فشل واحدة، مع نشر تكرار فيزيائي للبنية التحتية للخوادم والشبكة والتخزين. ويدعم برنامج الخادم الافتراضي النقل الحي للأجهزة الافتراضية بين الخوادم الفيزيائية المسماة مضيفات. ويجرى النقل الحي تلقائياً لموازنة حمل الخادم عبر البنية المتاحة. وعند فشل خادم فيزيائي، يُعاد تشغيل الجهاز الافتراضي تلقائياً على مضيف آخر. وأثناء صيانة المضيف أو الصيانة التداخلية لبرنامج الخادم الافتراضي، تُنقل الأجهزة الافتراضية يدوياً لمنع أي انقطاع في الخدمة. وتراقب جميع البنية الفيزيائية وتُولَّد تنبيهات تلقائية لكوادر الأنظمة عند أي عطل. ولا تُنَبِّه جميع الأجهزة الافتراضية على خادم فيزيائي واحد بل على طيف من المضيفات تُنقل عليها الأجهزة الافتراضية حياً تلقائياً. ولذلك، بما أنه لا يوجد موقع فيزيائي واحد لجهازنا، يمكن اعتباره مؤمَّناً فيزيائياً.

والبنية الفيزيائية وبرنامج الخادم الافتراضي تصونها خدمات تقنية المعلومات بجامعة برمنغهام. وتراقب جميع البنية الفيزيائية وتولد تنبيهات تلقائية لكوادر الأنظمة عند أي عطل.

يحكم أمن نظام قاعدة بيانات REDCap للدراسة سياسات جامعة برمنغهام بالمملكة المتحدة، وفقاً لمتطلبات اللائحة العامة لحماية البيانات (GDPR). وستجرى الدراسة في المواقع المتعاونة وفقاً لمتطلبات حماية البيانات الخاصة بكل بلد. وبمجرد اكتمال جمع البيانات، ستُخزن ملفات البحث الإلكترونية المحتوية على بيانات مجهولة الهوية على حواسيب مكتبية غير متصلة بالشبكة لمدة تصل إلى 25 عاماً، بما يتماشى مع اللوائح الحالية. وسيقتصر الوصول على الباحثين أنفسهم. وستبقى البيانات الشخصية بأمان في المستشفيات المحلية.

لن تُجمع أي بيانات حساسة أو محدّدة للهوية في قاعدة البيانات؛ إذ لن يرفع الفريق السريري للمريض إلا بيانات مجهولة الهوية. وسيكون الوصول إلى البيانات مقيداً، وسيكون لكل متعاون فردي يُدخل بيانات لدراسة SurgWeek-2 اسم مستخدم وكلمة مرور خاصان به. وسيُخصّص لكل مريض رقم دراسة فريد عند الإدخال. ولن يكون لفريق البحث المركزي أي وصول إلى البيانات المحدّدة لهوية المريض. وستستخدم جميع المراسلات هذا الرقم كمعرف. وستُحلّل جميع البيانات ويُبلغ عنها بصيغة ملخصة. ولن يُبلغ عن أي بيانات على مستوى المستشفى. ولن يكون أي فرد قابلاً للتحديد. وستُحفظ البيانات المجهولة الهوية الناتجة عن الدراسة مركزياً في جامعة برمنغهام بالمملكة المتحدة، ويحلّلها عمر عمر (إحصائي أول، جامعة برمنغهام).

الملحق G: التنفيذ التشغيلي

القادة الوطنيون: سيتألف هذا من شبكة من الجراحين وأطباء التخدير أنشئت مع دراسي GlobalSurg و CovidSurg السابقين. وهم مسؤولون عن التنسيق الوطني للدراسة. وستشمل أدوارهم المحددة:

- العمل كحلقة وصل بين الفرق المصغرة / قادة المستشفيات، واللجنة التوجيهية
- المشاركة الفاعلة في نشر الدراسة وأنشطة وحدة NIHR للجراحة العالمية التعاونية الأخرى في بلدهم.
- التواصل الفعال والمتجاوب مع اللجنة التوجيهية ومع المتعاونين المحليين
- تجنيد المستشفيات داخل بلدهم
- تسجيل قادة المستشفيات وفرقهم
- تأمين الموافقات الأخلاقية أو التنظيمية الوطنية عند الحاجة

قائد المستشفى: سيكون نقطة اتصال قيادية وحيدة لجمع البيانات في كل موقع، وتقع عليه المسؤولية الشاملة عن تسجيل حوكمة الموقع وتنسيق التسليم بين فرق المتعاونين المحليين. وينبغي أن يكون استشارياً أو طبيباً كبيراً. وتشمل الحدود الدنيا لمتطلبات التأليف في هذه الدراسة كقائد مستشفى:

- الحصول على الموافقات المحلية لإجراء الدراسة (مثل تسجيل التدقيق، والتماس إذن حارس Caldicott لرفع البيانات إلى REDCap، وتقديم البروتوكول إلى لجنة الأخلاقيات حيثما ينطبق)
- تنسيق التسليم بين جميع فرق المتعاونين المحليين في المركز
- تحديد قادة مشاركين للمستشفى
- المشاركة في النشر المحلي وعرض النتائج المحلية في مركزهم من الدراسة (أو ترتيب متعاون آخر للعرض نيابة عنهم)

القادة المشاركون للمستشفى: سيكون نقطة اتصال قيادية لجمع البيانات في كل مستشفى. وسيدعمون قائد المستشفى في تحديد المتعاونين المحليين ليكونوا ضمن الفرق المصغرة، ويدعمون الفرق المصغرة في تحديد المرضى وجمع البيانات. وتشمل الحدود الدنيا لمتطلبات التأليف في مخرجات هذه الدراسة الأثرية:

- الامتثال لعمليات موافقة التدقيق المحلية وسياسات حوكمة البيانات.
- المشاركة الفاعلة في تجنيد الفرق المصغرة وإشراكها
- التعاون مع قائد المستشفى لضمان الإبلاغ بالنتائج إلى مكتب التدقيق / السري

المتعاونون المحليون (جامعو البيانات): سيتألف هذا من فريق يصل إلى 3 أشخاص مسؤولين عن جمع البيانات خلال فترة أسبوع ضمن تخصص واحد أو عدة تخصصات في مستشفىهم. والفريق المثالي مجموعة متغيرة على مستويات مختلفة من التدريب السريري (مثل طلاب الطب، المتدربين، الاستشاريين). وتشمل الحدود الدنيا لمتطلبات التأليف في مخرجات هذه الدراسة الأثرية:

- الامتثال لعمليات موافقة التدقيق المحلية وسياسات حوكمة البيانات.
- المشاركة الفاعلة في جمع البيانات ورفعها إلى REDCap
- التعاون مع القائد الإقليمي / المحلي لضمان الإبلاغ بالنتائج إلى مكتب التدقيق / السريري