

1- هدف: این سند با هدف ارتقای رعایت استانداردها و الزامات آماده سازی خون و فرآورده های خونی و به حداقل رساندن مخاطرات تزریق خون و فرآورده ها در شرایط اضطراری در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.	
2- دامنه کاربرد: اجرای این سند در واحد آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب الزامی است.	
3- تعاریف: -	
4- سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند، اطمینان از رعایت الزامات ایمنی بیمار، تسریع در تهیه و تزریق فرآورده خونی مورد نیاز و به حداقل رساندن مخاطرات مربوط به تزریق خون ناسازگار در شرایط اضطراری از طریق بررسی وضعیت عملکرد و اندازه گیری دوره ای شاخص ها، مطابق با اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی و استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش پنجم می باشد.	
5- مسئول پاسخگو: مسئول بانک خون- سوپروایزر آزمایشگاه	
6- مسئولیت ها و اختیارات:	
6-1	مسئول بانک خون مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.
6-2	مدیر آزمایشگاه و سوپروایزر آزمایشگاه مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را برعهده دارند.
6-3	کارشناسان آزمایشگاه و مسئول بانک خون مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.
7- شیوه انجام کار:	
7-1	جهت انجام آزمایش، از نمونه هایی که ظاهر همولیز یا لیپیمی (hemolyzed -lipemic) دارند، استفاده نمی شود و نمونه گیری مجدد انجام می گیرد.
7-2	سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز A ₁ و B به صورت تجاری یا توسط آزمایشگاه براساس روش عملکردی استاندارد تهیه می شود.
تبصره 1: استفاده از دستکش و عینک محافظ در هنگام کار و وجود سیفتی باکس جهت دفع کلیه مواد بیولوژیک و زباله های برنده در زمان کار الزامی است.	
7-3	درخواست تحویل خون در شرایط اضطراری (بدون کراس مچ) با امضای پزشک درخواست کننده و توضیح اندیکاسیون شرایط بالینی بیمار دریافت می شود .
7-4	پیش از تزریق، نمونه خون بیمار جهت آزمایشات تهیه می شود.
7-5	براساس نوع درخواست، به یکی از روش های زیر اقدام می گردد:
7-5-1- بلافاصله پس از درخواست پزشک (بدون کراس مچ و تعیین گروه خون)	
7-5-1-1- خون کراس مچ نشده با شرایط و الویت بندی زیر تحویل می شود :	1- خون با گروه (O) و Rh-(Negative) به ویژه به بیمار زن در سن بارداری
	2- خون با (O) و Rh-(Positive)
7-5-2- بلافاصله پس از درخواست پزشک و تعیین گروه خونی (هم گروه و بدون کراس مچ)	

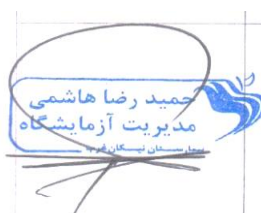
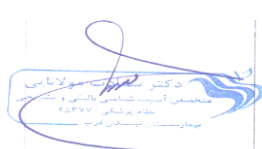
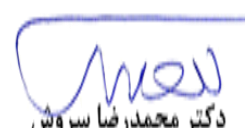
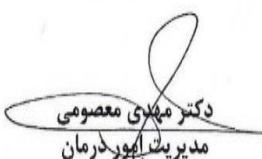
کارشناس آزمایشگاه	1-7-5-2- تعیین گروه خونی بیمار 2-7-5-2- انتخاب کیسه هم گروه با بیمار 3-7-5-2- انجام مرحله IS(Immediate Spin) آزمایش سازگاری
3-7-5- ۳۰ دقیقه پس از دریافت درخواست (هم گروه و کراس میچ شده)	
کارشناس آزمایشگاه	1-7-5-3- تعیین گروه خونی بیمار 2-7-5-3- انتخاب کیسه همگروه با بیمار 3-7-5-3- انجام آزمایش سازگاری کامل در اسرع وقت
مسئول بانک خون	6-7- کیسه های ارسالی خونی که کراس میچ کامل نشده اند با علامت "کراس میچ نشده" مشخص می شود.
مسئول بانک خون	7-7- پس از ارسال کیسه های خون، آزمایش کراس میچ کامل همراه با آزمایش آنتی بادی اسکرینینگ (در صورت امکان) فوراً شروع می شود.
مسئول بانک خون	8-7- در صورت مشاهده نتیجه مثبت در هر یک از مراحل، نتیجه به پزشک اطلاع داده می شود.
تبصره 2: تحت هیچ شرایطی بدون دریافت نمونه قبل از تزریق، فرآورده های جهت تزریق تحویل نگردد.	
مسئول بانک خون	9-7- در هر صورت خون با گروه ABO سازگار به بخش درخواست کننده تحویل داده می شود.
تبصره 3: درخواست خون در شرایط اضطراری با امضای پزشک، ساقط کننده مسئولیت مسئول بانک خون جهت تحویل خون با گروه ABO سازگار نمی باشد.	
8- پایش و نظارت: 8-1- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول بانک خون ، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط مسئول بانک خون در کمیته طب انتقال خون و هر 6 ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت بیمارستان در کمیته ی سنجش و پایش کیفیت بیمارستان مطرح خواهد شد. 8-2- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح ذیل خواهد بود: 8-2-1- نظارت بر عملکرد کارشناسان آزمایشگاه در اجرای صحیح سند بر عهده مسئول بانک خون و سوپروایزر آزمایشگاه خواهد بود. 8-2-2- نظارت بر عملکرد مسئول بانک خون و سوپروایزر آزمایشگاه در اجرای صحیح سند بر عهده مدیر آزمایشگاه خواهد بود. تبصره 4: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط مسئول بانک خون خطاب به مدیر آزمایشگاه، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت و ثبت در نرم افزار تریتا انجام می شود.	
9- مرجع تایید، تصویب ، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری: 9-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته طب انتقال خون مرجع تایید این سند خواهد بود. 9-2- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود. 9-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت. 9-4- بازنگری: این سند توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، سوپروایزر آزمایشگاه و دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه ی زمانی عادی و بازنگری مطرح نمایند.	

10-منابع و مراجع:

10-1- روشهای عملکردی استاندارد (SOPs) فعالیت بانک خون و بخش های مصرف کننده خون و فرآورده های آن

10-2- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال 1401

بیمارستان نیکان غرب

 حمید رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب	دکتر سعادت مولانایی - مسئول فنی آزمایشگاه  دکتر سعادت مولانایی مسئول فنی آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب	 محبوب ملکی سوپروایزر آزمایشگاه	حمیده ناظری - مسئول بانک خون / دبیر کمیته طب انتقال خون 	تهیه کنندگان
 دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته طب انتقال خون مورخ 1403/11/08  دکتر مهدی معصومی مدیریت امور درمان	تایید کننده جانشین رئیس کمیته	تایید اولیه
نسخه کپی  تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۰۲/۰۱ بیمارستان نیکان غرب  کنترل شد ۱۴۰۴/۰۲/۰۹ بیمارستان نیکان غرب		دفتر سنجش و پایش کیفیت 		توزیع نسخ