

1-هدف: این سند با هدف ارتقای رعایت استانداردها و الزامات انجام آزمون و تستهای درخواستی به منظور ارائه نتایج دقیق و صحیح و رعایت استاندارد زمانی در بیمارستان نیکان غرب می باشد.	
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 کیفیت خدمات آزمایشگاه و نیز افزایش ایمنی بیمار از طریق بررسی وضعیت عملکرد آزمایشگاه 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 مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.
7-شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	
7-1	ابتدا نوار ادرار به نمونه آغشته شده و مطابق دستورالعمل شرکت سازنده قرائت می شود.
تبصره 1: جهت انجام نمونه گیری میزان نمونه قابل قبول حداقل 20 میلی لیتر می باشد.	
تبصره 2: در صورت کاهش برونده ادراری بیمار و ارسال نمونه با حجم ناکافی، آزمایش را حتی المقدور با همان حجم نمونه انجام دهید.	
تبصره 3: نمونه باید در ظروف دهان گشاد مخصوص جمع آوری ادرار به آزمایشگاه ارسال گردد.	
تبصره 4: 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.	
7-2	در صورتی که نتیجه آزمایش Blood/Hb نوار ادرار منفی باشد، نتیجه گزارش می شود.
تبصره 5: در صورت منفی بودن نتیجه آزمایش Blood/Hb نوار ادراری، نتیجه از نظر وجود هموگلوبین در ادرار منفی است.	
7-3	در صورت مثبت بودن نتیجه آزمایش Blood/Hb نوار ادرار مراحل به ترتیب زیر انجام می شود.
7-3-1	مقدار ۱۰ میلی لیتر از نمونه در لوله ریخته و با دور ۴۵۰g (در سانتریفیوژهای رایج معادل ۳۰۰۰-۲۰۰۰rpm) به مدت ۵ دقیقه سانتریفیوژ می شود.
7-3-2	مایع رویی به وسیله پیپت به لوله تمیز دیگری منتقل می شود.
7-3-3	رسوب ته لوله با ۱ میلی لیتر از مایع رویی مخلوط شده و زیر میکروسکوپ نوری مشاهده می شود.

بیمارستان نیکان غرب

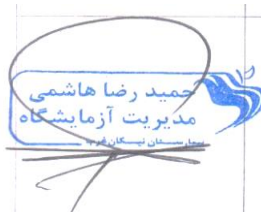
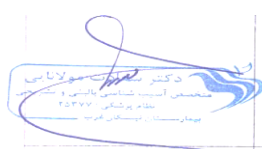
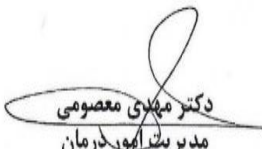
کارشناس آزمایشگاه	4-3-7- در صورت مشاهده گلبول های قرمز در رسوب ادرار زیر میکروسکوپ متناسب با شدت واکنش Blood/Hb نوار ادراری نتیجه و تعداد تقریبی ثبت می شود.
تبصره 6: مشاهده گلبول قرمز در بررسی میکروسکوپی رسوب ادرار نشانه وجود خون در ادرار (هماچوری) است.	
کارشناس آزمایشگاه	5-3-7- در صورت عدم مشاهده گلبول قرمز و یا کمتر بودن تعداد گلبول های مشاهده شده نسبت به شدت واکنش Blood/Hb نوار ادراری مراحل بعدی انجام می شود.
کارشناس آزمایشگاه	6-3-7- مقدار 2.8 gr از پودر آمونیوم سولفات در 5 ml از مایع رویی ادرار حل می شود.
کارشناس آزمایشگاه	7-3-7- محلول حاصل به مدت 5 دقیقه در دور ۴۵۰g سانتریفیوژ می شود.
کارشناس آزمایشگاه	8-3-7- لوله پس از سانتریفیوژ از نظر وجود ذرات رنگی (آجری رنگ) در ته لوله و یا در مایع رویی بررسی و نتیجه ثبت گردد.
تبصره 7: عدم مشاهده ذرات رنگی در آزمایش آمونیوم سولفات پس از سانتریفیوژ نشانه عدم وجود هموگلوبین در ادرار بوده و نتیجه آزمایش از نظر هموگلوبین در ادرار (هموگلوبینوری) منفی است.	
تبصره 8: مشاهده ذرات رنگی در مایع رویی لوله آزمایش آمونیوم سولفات پس از سانتریفیوژ نشانه وجود میوگلوبین در ادرار است و نتیجه آزمایش از نظر هموگلوبین در ادرار (هموگلوبینوری) منفی است.	
تبصره 9: مشاهده ذرات رنگی رسوب یافته در ته لوله آزمایش آمونیوم سولفات پس از سانتریفیوژ نشانه وجود هموگلوبین در ادرار (هموگلوبینوری) است و نتیجه آزمایش از نظر هموگلوبین در ادرار (هموگلوبینوری) مثبت است.	
تبصره 10: هماچوری یافته ای دال بر همولیز داخل عروقی نمی باشد و باید از هموگلوبینوری افتراق داده شود.	
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 کمیتهی 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 سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بانک خون خواهد بود. 8-2-2- نظارت بر عملکرد سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بانک خون در اجرای صحیح سند بر عهده مدیر آزمایشگاه خواهد بود. تبصره 11: 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.	

4-9- 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 زمانی عادی و بازنگری مطرح نمایند.

10- منابع و مراجع:

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

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

 حمید رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب	دکتر سعادت مولانایی- مسئول فنی آزمایشگاه  دکتر سعادت مولانایی مسئول فنی آزمایشگاه بافتی و شیمیایی تلفن: ۲۵۴۷۷ بیمارستان نیکان غرب	 سید سعادت مولانایی سوپروایزر آزمایشگاه	حمیده ناظری- مسئول بانک خون / دبیر کمیته طب انتقال خون  ناظر	تهیه کنندگان
 دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته طب انتقال خون مورخ 1403/11/08  دکتر مهدی معصومی مدیریت بیمارستان	تایید کننده جانشین رییس کمیته	تایید اولیه  دکتر مهدی معصومی مدیریت بیمارستان
نسخه کپی		دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخ
 تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۰۲/۰۱ بیمارستان نیکان غرب	 کنترل شد ۱۴۰۴/۰۲/۰۹ بیمارستان نیکان غرب			

