



1- هدف: هدف از تدوین این سند، اطمینان از انجام نمونه گیری صحیح در بیمارستان نیکان غرب به گونه ای که بتوان به منظور جداسازی، آماده سازی و انجام آزمایش از آن استفاده نمود. منظور از نمونه گیری صرفاً نمونه خون نبوده و تمامی نمونه های آزمایش نظیر ادرار، مدفوع، قارچ، اسپرم، خلط و موارد اینچنینی را نیز شامل می شود که باید در واحد پذیرش احراز هویت، ثبت و بررسی گردد و سپس به مرحله بعد منتقل شود.

2- دامنه کاربرد: اجرای این سند در بخش نمونه گیری آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد.

3- تعاریف: _

4- مسئولیت ها و اختیارات:

1-4- مسئول بخش نمونه گیری آزمایشگاه مسئول تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

2-4- مسئول فنی آزمایشگاه و سوپروایزر آزمایشگاه مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این سند را بر عهده دارند.

3-4- کارکنان بخش نمونه گیری آزمایشگاه مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

1-5- مراجعه کننده باید توسط کارشناس نمونه گیری آزمایشگاه فراخوانی شود.

2-5- اطلاعات قبض بیمار اعم از مشخصات بیمار و تستها باید توسط کارشناس نمونه گیری بررسی شود و عدم تطابق به مسئول پذیرش گزارش گردد.

3-5- عملیات احراز هویت برای بیماران سرپایی و بستری به شکل فعال باید توسط کارشناس نمونه گیری انجام گیرد به این صورت که نام کامل بیمار از خود بیمار پرسیده شود. فرد مسئول تعیین هویت نمونه بردار می باشد و نحوه اطمینان از هویت بیمار قبل از نمونه گیری به این شکل می باشد که نمونه گیر نام بیمار را پرسیده و با قبض آن تطبیق دهد. بیان نام بیمار از جانب نمونه بردار بدون پرسش نام بیمار از خود بیمار عدم انطباق در حوزه نمونه برداری و تعیین هویت بیمار تلقی می گردد. همچنین سن بیمار نیز باید از شخص بیمار پرسیده شود. کارت شناسایی (کارت ملی، گواهی نامه، شناسنامه، دفترچه بیمه، گذرنامه) نیز در این مرحله بررسی می گردد. کارشناس نمونه گیری باید قبل از خروج از کنار بیمار نسبت به صحیح بودن اطلاعات نمونه و کیفیت نمونه از طریق بررسی مجدد نمونه ها اطمینان حاصل نماید.

4-5- لیبل الکترونیک بیمار باید از طریق HIS توسط کارشناس نمونه گیری دریافت شود و لیبلینگ لوله های آزمایش بیماران بستری و سرپایی بر اساس آزمایش درخواست شده طبق برگه پذیرش بیمار بر بالین بیمار انجام گیرد. بر روی لیبل نام و نام خانوادگی، سابقه، شماره پذیرش، بارکد اطلاعات بیمار، نوع لوله و در بخش فنی نوع تست ثبت گردد.

5-5- جهت رعایت حریم خصوصی بیمار، تحت هیچ شرایطی نباید نمونه گیری از یک خانم و آقا همزمان انجام شود و در صورت لزوم از فضای نمونه برداری جداگانه استفاده شود. محرمانگی اطلاعات بیمار در تمامی قسمت های بیمارستان و خارج از بیمارستان بایستی توسط کارشناس نمونه گیری حفظ گردد.

6-5- توسط کارشناس نمونه گیری باید از رعایت رژیم غذایی و الزامات پیش از نمونه گیری بر اساس دستورالعمل الزامات قبل از نمونه گیری، اطمینان حاصل گردد. بعضی از آزمایشها نیاز به ناشتا بودن و حذف بعضی مواد از رژیم غذایی قبل از خون گیری دارند. محدودیت غذایی و زمانی بر اساس نوع آزمایش متفاوت می باشد و این محدودیتها جهت حصول نتایج صحیح آزمایش ضروری است. کارشناس نمونه گیری جهت اطمینان از رعایت شرایط پیش از نمونه گیری موارد حائز اهمیت را از بیمار پرسیده و در توضیحات بیمار ثبت نماید.

جهت انجام نمونه گیری هایی مثل Prolactin, PSA, UBT که نیاز به آماده سازی بیمار قبل از انجام آزمایش می باشد، در نمونه گیری سوال شود و در صورتی که بیمار دستورالعمل را مطالعه نکرده باشد و شرایط نمونه گیری را رعایت ننموده باشد نمونه گیری به روز بعد موکول گردد.



- 7-5- شرح حال بیمار بر اساس آزمایش های درخواست شده باید توسط کارشناس نمونه گیری در کمال ادب و احترام و به صورت دقیق پرسیده شده و در سیستم نمونه گیری ثبت گردد.
- 8-5- در صورت وجود درخواست اورژانس برای بیمار، فراخوانی بیمار باید توسط کارشناس نمونه گیری سریعتر انجام شود و بر اساس دستورالعمل آزمایش های اورژانسی، روی لوله های دارای درخواست اورژانسی لیبل گرد قرمز که علامت اورژانسی می باشد، زده شود و سریعتر تحویل بخش جداسازی گردد.
- 9-5- نمونه گیری انواع آزمایش باید در ظرف مناسب خود توسط کارشناس نمونه گیری بر اساس دستورالعمل نحوه نمونه گیری انجام شود و تا جایی که در کیفیت نمونه مشکل ایجاد نشود از سیستم خلاء جهت نمونه گیری بستری و سرپایی استفاده گردد.
- 10-5- لیست درخواست های آزمایش ثبت شده توسط بخش های بیمارستان، باید هر 45 دقیقه توسط کارشناس نمونه گیری بررسی شود و راس هر ساعت جهت انجام نمونه گیری بر اساس دستورالعمل های ایمنی کارکنان، ایمنی بیمار، نحوه نمونه گیری و انتقال نمونه بر بالین بیمار در بخش حاضر شود و نمونه سریعاً به آزمایشگاه منتقل شود.
- 11-5- انتقال نمونه های آزمایش در بیمارستان و آزمایشگاه باید بر اساس دستورالعمل انتقال نمونه های آزمایش توسط کارشناس نمونه گیری و داخل باکس مخصوص حمل نمونه انجام شود.
- 12-5- تمامی نمونه های ارسال شده به آزمایشگاه باید از لحاظ اطلاعات بیمار، اطلاعات فرد نمونه گیر، مشخص بودن زمان نمونه گیری، اجرای الزامات حمل نمونه و بر اساس دستورالعمل معیارهای رد و قبول نمونه توسط کارشناس نمونه گیری بررسی شود و در صورتی که نمونه مورد قبول است در سیستم ثبت گردد و تحویل بخش جداسازی شود. در غیر این صورت باید مورد رد نمونه در فرم عدم انطباق ثبت شده و انجام نمونه گیری مجدد به واحد یا فرد مربوطه اطلاع داده شود.
- 13-5- آزمایش های BT-CT-PPD باید توسط کارشناس های نمونه گیری و بر اساس دستورالعمل انجام آزمایش های نام برده انجام شود و در دفتر مربوطه و در سیستم HIS ثبت گردد.
- تبصره 1: بر اساس شرح وظایف ابلاغ شده، در پایان هر شیفت کاری باید لیست ناقصی نمونه گیری بررسی و بایگانی شود و بخش مرتب شده تحویل شیفت بعدی گردد.
- 14-5- نمونه گیری آزمایش با درخواست اورژانسی یا از بخش اورژانس باید طبق دستورالعمل آزمایش های اورژانسی توسط کارشناس نمونه گیری انجام شود.

6- پایش و نظارت:

- 1-6- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط سوپروایزر آزمایشگاه، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل هر 3 ماه یکبار توسط سوپروایزر آزمایشگاه در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح خواهد شد.
- 2-6- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح ذیل خواهد بود:
- 1-6-2- نظارت بر عملکرد پرسنل آزمایشگاه در اجرای صحیح دستورالعمل به ترتیب بر عهده مسئول/ سوپروایزر آزمایشگاه خواهد بود.
- 2-6-2- نظارت بر عملکرد مسئول/ سوپروایزر آزمایشگاه در اجرای صحیح دستورالعمل به ترتیب بر عهده مدیر آزمایشگاه و مدیر درمان خواهد بود.



تبصره 2: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر آزمایشگاه خطاب به مدیر آزمایشگاه، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

7- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

- 7-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.
- 7-2- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.
- 7-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.
- 7-4- بازنگری: این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، سوپروایزر آزمایشگاه و دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه ی زمانی عادی و بازنگری مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

- 8-1 الزامات آزمایشگاه مرجع سلامتبخش های 1 و 2 و 27 و 28
- 8-2 استاندارد INSO-ISO 15189:2012 بند 4-5 روش های اجرایی قبل از انجام آزمایش
- 8-3 استاندارد ISIRI-ISO 9001:2008 بند 2-7 فرآیندهای مرتبط با مشتری
- 8-4 0Guidelines for implementation of quality standards for health laboratories, WHO, 200
- 8-5 نرم افزار پذیرش و جوابدهی آزمایشگاه
- 8-6 استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال 1401



جمید رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه	دکتر امیر رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه	محبوب علی سوپروایزر آزمایشگاه	علی خسروی - مسئول تضمین کیفیت آزمایشگاه	دبیر کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	تهیه کنندگان
دکتر محمد رضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مورخ 1404/10/22 دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید کننده جانشین رئیس کمیته	دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید اولیه
نسخه کپی تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۲۰ بیمارستان نیکان غرب			دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخ

