



1- هدف : این دستورالعمل با هدف اطمینان از افزایش دقت و سرعت در تشخیص بیماری‌ها و ارائه خدمات درمانی اورژانسی به بیماران، و همچنین برقراری ارتباط موثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج اورژانسی آزمایشگاه در بیمارستان نیکان غرب تدوین شده است.

2- دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش‌های درمانی، اورژانس و آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف:

1-3- آزمایش اورژانسی: آزمایش خون اورژانسی جهت دستیابی سریع به اطلاعات مورد نیاز برای مدیریت و تشخیص موارد اضطراری پزشکی ضروری است.

1-3-1- آزمایش خون اورژانسی در دسته‌های عمومی زیر قرار می‌گیرد:

- آزمایشات بانک خون: به پزشکان امکان می‌دهد نوع و گروه خون را برای انتقال خون، تعیین کنند. تا در صورت نیاز بیمار به تزریق خون و فرآورده های خونی، با انجام آزمایشات سازگاری توسط کارشناس بانک خون، خون مناسب جهت تزریق آماده گردد. به عنوان مثال می‌توان به آزمایشات کراس میچ و غربالگری آنتی بادی‌ها اشاره کرد.
- آزمایشات شیمی بالینی : به پزشکان در مورد مواد داخل خون اطلاعات می‌دهد که ممکن است نشانه ای از بیماری یا اختلال عملکرد اعضای بدن باشد. به عنوان مثال می‌توان به آنزیم ها ، الکترولیت ها و هورمون ها اشاره کرد.
- آزمایشات سطح دارو : میزان دارو در خون شما را نشان می‌دهد. این آزمایشات ممکن است برای شناسایی مسمومیت دارویی یا مصرف بیش از حد آن مانند استامینوفن (درمان درد و کاهش تب) ، فنی توئین (کنترل تشنج) ، دیگوکسین (ضربان قلب را برای درمان فیبریلاسیون دهلیزی) ، لیتیوم (درمان افسردگی) ، اتانول (الکل) ، و تتوفیلین (بیماری های تنفسی) باشد.
- آزمایشات خون شناسی : میزان خون و اجزای پلاسما و نحوه عملکرد آنها را بررسی می‌کند. به عنوان مثال می‌توان به شمارش کامل خون (CBC) و آزمایش توانایی لخته شدن خون اشاره کرد.
- آزمایشات میکروبیولوژی : وجود قارچ ، باکتری یا انگل در خون را به پزشکان اطلاع می‌دهد. به عنوان مثال می‌توان کشت برای رشد ارگانیسم و آزمایشات حساسیت برای یافتن اینکه کدام داروها برای مقابله با عفونت کار می‌کنند، را نام برد.

4- مسئولیت ها و اختیارات:

1-4- سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول تضمین کیفیت آزمایشگاه مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

2-4- پرستاران و پزشک معالج و پرسنل آزمایشگاه مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

3-4- مسئول فنی آزمایشگاه و مدیر درمان مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

1-5- اورژانسی بودن نوع درخواست و آزمایش باید توسط پزشک معالج بیمار اعلام و در پرونده بیمار ثبت گردد.

2-5- حوادثی نظیر تصادف و بیهوش شدن نیز جزو موارد اورژانس محسوب می‌شود. درخواست آزمایش در سیستم به صورت اورژانسی باید توسط پرستار بیمار ثبت گردد.

تبصره 1: پرسنل پذیرش، نمونه گیری، جداسازی، انجام آزمایش و گزارش دهی آزمایشگاه با در اختیار داشتن موارد اورژانس باید نسبت به ارائه خدمات خود جهت نمونه های اورژانسی متعهد بوده و آموزش کافی در این خصوص را دریافت نموده اند.



تبصره 2: در صورتی که اورژانسی بودن تست با تماس تلفنی، توسط پزشک یا پرستار بیمار به آزمایشگاه اعلام شود هر کدام از کارشناسان آزمایشگاه که پاسخگو تماس بوده اند موظف هستند نمونه را پیدا کرده و فرآیند اورژانس را از مرحله حال حاضر نمونه به بعد اجرا کنند. همچنین باید به مسئول بخش انجام دهنده آزمایش مربوطه نیز اورژانسی بودن آزمایش اعلام شود.

3-5- چرخه زمانی جوابدهی تست‌ها باید به صورت ماهیانه توسط مسئول تضمین کیفیت و سوپروایزر آزمایشگاه کنترل شود و موارد عدم انطباق ثبت گردد.

4-5- در مواردی که درخواست تست اورژانسی از بخش اورژانس یا سایر بخش‌های بالینی ثبت شده، باید در اولین زمان نمونه توسط پرسنل پذیرش و نمونه‌گیری در آزمایشگاه پذیرش و نمونه‌گیری شود و نمونه همراه با لیبل گرد قرمز (علامت تست اورژانسی) به بخش جداسازی تحویل گردد.

5-5- کارشناس بخش جداسازی آزمایشگاه باید در اسرع وقت و بلافاصله نمونه‌های دارای لیبل قرمز را، در دور و زمان مشخص شده در دستورالعمل جداسازی، ثبت نموده و سریعاً تحویل بخش انجام دهنده آزمایش نماید.

6-5- کارشناس بخش جداسازی موظف است در صورتی که کیفیت نمونه با معیارهای قبول نمونه همخوانی ندارد سریعاً این موضوع را به بخش مربوط که بیمار در آن بستری است اطلاع دهد تا در صورت امکان سریعتر نمونه مناسب تهیه و تحویل آزمایشگاه گردد.

7-5- کارشناسان بخش‌های فنی آزمایشگاه باید به محض دریافت نمونه اورژانسی، نسبت به انجام آزمایش‌های اورژانسی مشخص شده اقدام نمایند و نتیجه آزمایش را بررسی و جهت تائید به مسئول فنی آزمایشگاه ارجاع نمایند.

تبصره 3: در صورتی که پزشک معالج بیمار درخواست اورژانس داده باشد و بیمار به صورت سرپایی به آزمایشگاه مراجعه نموده باشد، بیمار را پذیرش کرده و آیتم مراجعه اورژانس را فعال کرده، نمونه بیمار پس از نمونه‌گیری همراه لیبل قرمز تحویل بخش جداسازی شده و فرآیند اورژانس همانند موارد گفته شد برای نمونه اجرا میگردد.

8-5- مسئول فنی آزمایشگاه باید تائید نتایج آزمایش اورژانس که با کلمه اورژانس مشخص شده است و نمونه‌های بخش اورژانس که در پتل جداگانه جهت تائید قرار گرفته است، در اولویت بررسی قرار دهد.

9-5- پس از تائید نهایی نتیجه آزمایش توسط مسئول فنی آزمایشگاه، کارمند آزمایشگاه باید نتیجه آزمایش را در بخش بستری برای مشاهده توسط پزشک و پرستار بیمار در سیستم جهت نمایش و در دسترس قرار گرفتن بارگذاری نماید .

تبصره 4: در صورت پذیرش سرپایی بیمار لینک نتیجه آزمایش برای تلفن همراه بیمار ارسال می‌گردد.

10-5- سوپروایزر و مسئول تضمین کیفیت آزمایشگاه باید زمان سپری شده بین پذیرش تا تائید نهایی نتیجه آزمایشات اورژانس (شاخص تعیین انطباق با جدول زمانی آزمایش‌های اورژانس) را پایش نمایند و در صورت عدم انطباق اقدامات اصلاحی انجام دهند.

11-5- شاخص انطباق زمان پاسخ دهی به آزمایشات اورژانس با جدول زمانی ابلاغ شده باید توسط مسئول فنی آزمایشگاه تایید شود.

تبصره 5: در مواردی که دلیل اینکه اورژانسی بودن نمونه در سیستم ثبت نشده است، پایش اجرای صحیح فرآیند اورژانس از طریق سیستم ممکن نیست و صاحب فرآیند باید نسبت به اجرای صحیح فرآیند دقت کافی داشته و زمان‌ها در چک لیست مشخصی ثبت شود.



6- پایش و نظارت:

۶-۱- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول تضمین کیفیت با همکاری دفتر سنجش و پایش کیفیت بصورت الکترونیک، طراحی و مطابق فرایند مشخص تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل بصورت فصلی توسط سوپروایزر آزمایشگاه بر اساس چک لیست پایش انجام و در کمیته‌ی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان مطرح خواهد شد.

۶-۲- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل به شرح ذیل خواهد بود:

۶-۲-۱- نظارت بر عملکرد پرسنل آزمایشگاه در اجرای دستورالعمل به ترتیب بر عهده‌ی سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول تضمین کیفیت خواهد بود.

۶-۲-۲- نظارت بر عملکرد سوپروایزر آزمایشگاه و مسئولین تضمین کیفیت در اجرای درست دستورالعمل به ترتیب بر عهده‌ی مسئول فنی آزمایشگاه و مدیر درمان خواهد بود

تبصره ۶: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول تضمین کیفیت خطاب به مدیر آزمایشگاه، بصورت رونوشت به دفتر سنجش و پایش کیفیت و ثبت در نرم افزار تریتا انجام می‌شود.

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

۷-۱- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته ارتقای خدمات اورژانس مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.

۷-۲- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.

۷-۳- 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.

۷-۴- بازنگری: این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت بصورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، سوپروایزر آزمایشگاه و دفتر سنجش و پایش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

8-1- طراحی و مبانی تضمین کیفیت در آزمایشگاه پزشکی

8-2- دستورالعمل جوابدهی اورژانسی مرجع سلامت

8-3- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش پنجم - سال 1401



حمید رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب	دکتر حمید رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب	دکتر حمید رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب	علی خسروی - مسئول تضمین کیفیت آزمایشگاه	داریوش عندلیبی - دبیر کمیته ارتقای خدمات اورژانس	تهیه کنندگان
دکتر مهدی معصومی رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته ارتقای خدمات اورژانس مورخ 1404/09/11 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 ۱۴۰۴/۱۰/۲۹ بیمارستان نیکان غرب			دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخ