



1-هدف: هدف از تدوین این سند در بیمارستان نیکان غرب، اطمینان از ارایه گزارش نهایی نتایج آزمون ها، به گونه ای است که الزامات درخواست کننده آزمایش، پارامترهای انجام آزمون و الزامات قانونی را در بر داشته باشد.

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در بخش آزمایشگاه بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف :

1-3- نتایج آزمایش معوقه: نتایج آزمایشی که پس از ترخیص بیمار از بیمارستان آماده می شوند.

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 سند را بر عهده دارند.

2-4- مدیر آزمایشگاه و سوپروایزر آزمایشگاه مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند.

3-4- مسئولین بخش و سرشیفت های آزمایشگاه مسئولیت اجرا، آموزش و پایش این سند در واحدهای مرتبط را بر عهده دارند.

5-گام های دستورالعمل:

1-5- نحوه ارایه گزارش موقت :

در رابطه با نتایجی که به عنوان نتایج موقت قلمداد می شود مثل زمانی که یک نتیجه بحران باشد و یا بیمار قسمتی از جواب را به دستور پزشک اورژانس نیاز داشته باشد، در قسمت جوابدهی به بیمار گفته شود که جهت دریافت کامل جواب در تاریخ معین مراجعه نماید. در رابطه با تست هایی که به طور اورژانس مورد تقاضای پزشک می باشند جواب اولیه گزارش شده و جواب کامل بعداً به بیمار تحویل می شود.

2-5- رونویسی نتایج و اطلاعات آزمون های انجام شده توسط آزمایشگاه ارجاع:

مسئول فرآیند ارسالی مسئولیت پیگیری نتایج را از آزمایشگاه ارجاع دارد. تایپ مجدد نتایج عیناً با در نظر گرفتن مستندات آزمایشگاه ارجاع بوده و تحت کنترل مسئول فنی باشد. نتایجی که شامل منحنی های دستگاهی است به جواب بیمار پیوست گردد. کلیه سوابق حداقل به مدت 1 سال بایگانی شوند.

3-5- تحویل نتایج به بیماران :

نتایج توسط مسئولین جوابدهی به بیماری که قبض همراه دارد تحویل داده شود. در صورتی که مراجعه کننده قبض به همراه نداشته باشد با ارجاع به سوپروایزر یا مسئول پذیرش و بعد از احراز هویت توسط کارت شناسایی می توان به او جواب تحویل داد. در مواردی که همراه بیمار قبض ایشان را به همراه داشته باشند جواب تحویل داده شود. در موارد خاص ذکر شده بدون قبض و کارت شناسایی به هیچ عنوان جواب داده نشود. جوابدهی تلفنی در این آزمایشگاه به اشخاص ممنوع بوده، بعلاوه نتایج در صورت حضور و یا تلفن پزشک به وی نیز می تواند اعلام شود. در صورت درخواست پزشک چنانچه مسئول جوابدهی پزشک را مورد شناسایی قرار ندهد به مدیریت ارجاع می دهد و نتیجه به ایشان اعلام می گردد. این دستورکار به لحاظ محرمانه بودن نتایج بیماران لازم الاجرا می باشد.

4-5- کامل نبودن گزارش آزمایش :

گاه ممکن است گزارش آزمایش حاوی نتایج همه آزمایش های درخواست شده نباشد. کامل نبودن گزارش آزمایش ممکن است ناشی از موارد زیر باشد:



1- اشتباه دفتري و وارد نشدن نتایج آزمایش های انجام شده، در فرم گزارش

2- از قلم افتادن آزمایشی که درخواست شده از لیست کاری آزمایشگاه و عدم انجام آزمایش

3- عدم انجام آزمایش به دلیل نمونه ناکافی یا نامناسب

4- عدم انجام آزمایش به دلیل گم شدن نمونه

به محض آگاهی از کامل نبودن گزارش آزمایش، اقدامات مقتضی برای کامل کردن آن صورت میگیرد. چنانچه گزارش قبلاً صادر شده است باید به پزشک یا بیمار اطلاع رسانی شود و در صورت لزوم مجدداً نمونه گیری شده و آزمایش انجام شود. کلیه سوابق مربوطه در آزمایشگاه نگهداری می گردد. در صورتی که پزشک یا بیمار اعلام کند که آزمایش انجام نشده ابتدا نسخه یا درخواست آزمایش بررسی شده و بعد از اینکه صحت آن مشخص شد در صورت مناسب بودن نمونه اولیه از لحاظ زمانی و کیفیت، آزمایش بر روی همان نمونه توسط بخش مربوطه انجام می شود در غیر این صورت نمونه گیری مجدد انجام می شود.

5-5- نتایج آزمایش معوقه:

سه عملیات همزمان برای رسیدن نتیجه آزمایش به دست بیمار در بیمارستان طراحی شده است:

5-5-1- پرستار بیمار موظف است در هنگام ترخیص بیمار علاوه بر آموزش شفاهی فرم آموزش هنگام ترخیص را نیز پر نماید و آزمایش های معوقه را همراه شماره تماس بیمار برای وی مشخص نماید.

5-5-2- واحد فالوآپ بیمارستان موظف است پس از ترخیص بیمار دریافت نتایج آزمایش معوقه را نیز به وی یادآور شود.

5-5-3- در نهایت نتایج آزمایش پس از تایید در آزمایشگاه توسط لینک برای بیمار ارسال گردد.

تبصره 1: کارشناس آزمایشگاه موظف است برای نتایج آزمایش بحرانی، پاتولوژی یا مغایر با شرح حال جهت اطلاع به بیماران تماس بگیرد.

6- پایش و نظارت:

6-1- 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.

6-2- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل به شرح ذیل خواهد بود:

6-2-1- نظارت بر عملکرد پرسنل آزمایشگاه در اجرای صحیح دستورالعمل بر عهده مسئول/ سوپروایزر آزمایشگاه خواهد بود.

6-2-2- نظارت بر عملکرد 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 و ثبت در نرم افزار تریتا 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: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.



3-7- 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.

4-7- بازنگری: این دستورالعمل 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 دستورالعمل را خارج از بازه‌ی زمانی عادی و بازنگری مطرح نمایند.

۸- منابع و مراجع:

1-8- اصول طراحی و استقرار سیستم مدیریت کیفیت در آزمایشگاه پزشکی

2-8- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم سال 1401

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