



1- هدف: این سند با هدف اطمینان از حفظ ایمنی و کیفیت سلامت بیماران در بیمارستان نیکان غرب، در مواردی که نتایج آزمایش در محدوده بحرانی قرار می گیرد، تدوین شده است.

2- دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمامی بخش های مرتبط با آزمایش بیمار در بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد.

3- تعاریف:

1-3- محدوده هشدار یا مقادیر بحرانی (panic values/critical values): به نتیجه ای از آزمایش اطلاق می شود که از محدوده نرمال انحراف دارد. به طوری که برای حیات فرد تهدید آمیز باشد و نیاز به اقدام درمانی فوری دارد و گزارش فوری آن ممکن است تاثیر بسزایی در تفسیر و یا ماهیت تشخیص و یا پیشگیری از بیماری داشته باشد.

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 دارد.

2-4- مسئول فنی آزمایشگاه مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

3-4- پرسنل پرستاری و تمام پرسنل آزمایشگاه مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

1-5- مقادیر بحرانی یا محدوده هشدار باید در قالب جدول برای بخش های مختلف آزمایشگاه توسط صاحبان فرآیند تدوین و سالانه بازنگری گردد.

2-5- جداول تایید شده محدوده هشدار یا مقادیر بحرانی (critical value) در آزمایشگاه باید توسط سوپروایزر آزمایشگاه در آزمایشگاه نصب و به اطلاع کارکنان مرتبط در بخش های آزمایشگاه و سایر بخش های بالینی رسانده شود.

3-5- پس از مشاهده نتیجه آزمایش در محدوده بحرانی، باید نمونه و اطلاعات آن سریعاً توسط کارشناس آزمایشگاه بررسی گردد.

4-5- به محض مشاهده نتیجه آزمایش بحرانی باید توسط کارشناس آزمایشگاه سریعاً با خط hot line بخش مربوطه تماس گرفته شود و نتیجه بحرانی برای پزشک یا پرستار بیمار مربوطه خوانده شود.

تبصره ۱: از تماس غیر ضروری با خط hot line خودداری شود.

5-5- پس از ثبت شنیده ها، باید نام بیمار و نتیجه بحرانی توسط گیرنده گزارش برای کارشناس آزمایشگاه تکرار شود (Read-back).

6-5- پس از تایید شنیده ها توسط کارشناس آزمایشگاه، پزشک باید توسط پرستار دریافت کننده نتایج بحرانی از نتایج آزمایش مطلع شود و نسبت به دستورات ایشان اقدام گردد و موارد در پرونده بیمار و در دفتر موارد بحرانی ثبت شود.

7-5- پس از پایان تماس باید نام بیمار، نام و مقدار آزمایش بحرانی، ساعت تماس، نام فرد تماس گیرنده، نام فرد پاسخ دهنده توسط کارشناس آزمایشگاه در فرم مقادیر بحرانی (Panic value) و در نرم افزار آزمایشگاه ثبت گردد.

8-5- در صورتی که نیاز به تکرار آزمایش باشد یا نتیجه آزمایش با سوابق و شرح حال بیمار همخوانی نداشته باشد باید پس از اعلام نتیجه بحرانی توسط کارشناس آزمایشگاه به پزشک یا پرستار مربوطه، اعلام کند که نتیجه آزمایش نیاز به تکرار دارد و نتیجه آزمایش پس از تکرار مطابق با بند ۵-۵ و ۵-۶ اطلاع رسانی و ثبت گردد.

9-5- اگر نتایج حاصل از تکرار آزمایش با نتیجه اولیه به دست آمده یکسان باشد باید سریعاً بندهای ۳-۵، ۴-۵، ۵-۵، ۶-۵ و ۷-۵ اجرا شود.



- ۵-۱۰- در صورت مغایرت نتیجه به دست آمده با نتیجه اولیه، باید نتیجه سریعاً توسط کارشناس آزمایشگاه جهت بررسی صحت نتیجه به دست آمده و یا انجام نمونه گیری مجدد به اطلاع مسئول فنی یا سوپروایزر آزمایشگاه رسانده شود و به بخش مربوطه اطلاع داده شود.
- ۵-۱۱- در مواردی که بیمار مراجعه سرپایی داشته است باید توسط سوپروایزر / مسئول شیفت / کارشناس آزمایشگاه با بیمار تماس گرفته شود و اعلام شود که جهت دریافت نتیجه آزمایش سریعاً مراجعه نماید و بند ۷-۵ اجرا گردد.

۶- پایش و نظارت:

- ۶-۱- 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 ۳ ماه یکبار توسط سوپروایزر آزمایشگاه به کمیته 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 سند برعهده سوپروایزر آزمایشگاه خواهد بود.
- ۶-۲-۲- نظارت بر عملکرد سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول تضمین کیفیت در اجرای درست دستورالعمل بر عهده سوپروایزر فنی آزمایشگاه و مدیر درمان خواهد بود.
- تبصره ۲: 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 می شود.

۷- 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 دستورالعمل در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.
- ۷-۴- بازنگری: این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه زمانی عادی و بازنگری مطرح نمایند.

۸- منابع و مراجع:

- ۸-۱- جدول مقادیر بحرانی-دفتر ثبت نتایج بحرانی
- ۸-۲-فلوچارت بحران
- ۸-۳-فرم ثبت مقادیر بحرانی
- ۸-۴-اطلاعات جامع آزمایش های تشخیص طبی - دکتر وحید فلاح آزاد - چاپ ۱۳۹۰ - ناشر دبیر
- ۸-۵-گزارش نتایج آزمایش بند ۸-۵- استاندارد آزمایشگاه های پزشکی ویرایش سال ۱۳۹۷
- ۸-۶-استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال ۱۴۰۱

۸-۷- Critical values the university of Kansas hospital 2005

۸-۸- Critical value chart UCL & DBQPaca laboratories 2010



Mayo Clinic Laboratories Critical Values / Critical Results List-۸-۹

حمید رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه	دکتر حمید رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه	حمید رضا هاشمی مدیریت آزمایشگاه	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 مدیریت اورژانس	تایید کننده جانشین رئیس کمیته	دکتر مهدی معصومی مدیریت اورژانس	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