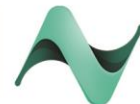


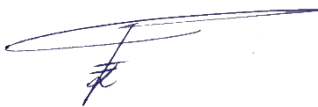
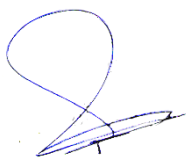
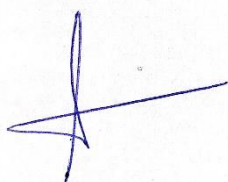


۱- هدف: این دستورالعمل درجهت ارسال صحیح و حفظ کیفیت نمونه‌ها با رعایت اصول ایمنی و امنیت زیستی، در راستای سیاست ارائه خدمات ایمن و اثربخش و ارتقا کیفیت خدمات سلامت بیمارستان تدوین گردیده است.	
۲- دامنه کاربرد: دامنه کاربرد این سند آزمایشگاه بیمارستان نیکان است.	
۳- تعاریف: در این دستورالعمل آزمایشگاه بیمارستان نیکان به اختصار آزمایشگاه ذکر شده است.	
۴- سیاست اجرائی بیمارستان: ۱-۴- سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف ارسال صحیح و حفظ کیفیت نمونه‌ها با رعایت اصول ایمنی و امنیت زیستی، در راستای سیاست ارائه خدمات ایمن و اثربخش و ارتقا کیفیت خدمات سلامت بیمارستان گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: سوپروایزر آزمایشگاه	
۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئول فنی آزمایشگاه مسئول مستقیم اجرای صحیح و نظارت بر اجرا صحیح این سند در واحدهای مرتبط می‌باشد.
۲-۶	سوپروایزر آزمایشگاه از طریق پیگیری نواقص روزانه بر اجرای صحیح دستورالعمل نظارت دارد و براساس شرح وظایف و در محدوده فعالیت خود دارای اختیار می‌باشد.
۳-۶	مسئول ارجاع بر اجرای صحیح نظارت دارد و براساس شرح وظایف و در محدوده فعالیت خود دارای اختیار می‌باشد.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول پذیرش	۱-۷- نمونه‌های آزمایش ارسالی باید مانند سایر نمونه‌های آزمایش براساس دستورالعمل نمونه‌گیری و پذیرش نمونه‌های آزمایش دریافت و در نهایت تحویل بخش ارسال نمونه‌های آزمایش در آزمایشگاه شود.
مسئول تفکیک	۲-۷- جداسازی نمونه‌های ارجاعی: نمونه‌هایی که در آزمایشگاه قابل انجام نیست و براساس لیست آزمایش‌های ارسالی که در بخش نصب شده است جداسازی شده و تحویل مسئول ارسال نمونه داده شود.
مسئول ارجاع	۳-۷- آماده‌سازی نمونه‌های ارجاعی قبل از ارسال: نمونه داخل ظرف دریچ‌دار غیرقابل نفوذ به مایعات و غیرقابل نشت، جمع‌آوری شود. در صورتی که تعداد نمونه‌ها و بالطبع تعداد لوله‌ها زیاد باشد، لوله‌ها را توسط جداکننده‌های مقوایی ضخیم و یا جداکننده‌هایی از جنس دیگر مانند اسفنج بسته‌بندی نموده و در صورتی که نمونه مایع باشد، اطراف لوله‌ها به‌طور جداگانه ماده جاذب الرطوبه مانند تکه‌های ابر قرارداده شود که در واقع این مواد جاذب بین محفظه اول و محفظه دوم قرار گیرند، تا در صورت شکستن و یا نشت لوله‌ها، مواد آلوده به محفظه بیرونی نشت ننماید. سپس محفظه اول را داخل محفظه دوم مقاومی که غیرقابل نشت و غیرقابل نفوذ به مایعات بوده، قرارداده و مشخصات نمونه روی آن درج شود.
مسئول ارجاع	سپس محفظه دوم را داخل محفظه سوم مقاوم به ضربه و شرایط محیطی (که معمولاً در نمونه‌هایی که نیاز به رعایت زنجیره سرد دارند محفظه سوم را می‌تواند Cold Box تشکیل دهد) قرارداده و درغیر این صورت، باید این محفظه از مقاومت بسیار خوبی برخوردار باشد. محفظه باید قابلیت نظافت و گندزدایی داشته باشد.
مسئول ارجاع	۴-۷- برچسب‌گذاری ظرف حمل نمونه: برچسب‌گذاری ظروف جهت ارسال نمونه توسط مسئول ارجاع انجام شده و نام آزمایشگاه ارجاع نیز بر روی برچسب قید گردد.
مسئول ارجاع	۵-۷- چرخه‌کاری: نمونه‌های ارجاعی براساس چرخه‌کاری ارائه شده توسط آزمایشگاه ارجاع، به آن آزمایشگاه ارسال گردد.
مسئول ارجاع	۶-۷- ارسال نمونه‌ها به آزمایشگاه ارجاع: فرم پذیرش نمونه‌ها باید شامل مشخصات بیمار و نمونه، تاریخ و زمان ارسال نمونه، نام فرد ارسال کننده و تحویل گیرنده باشد به همراه نمونه‌ها در زمان و ساعت مقرر به آزمایشگاه ارجاع ارسال گردد و یک نسخه از آن در بایگانی آزمایشگاه ارجاع‌دهنده نگهداری شود.
مسئول ارجاع	۷-۷- دریافت گزارش نتایج آزمایش‌ها: گزارش نتایج آزمایش‌های انجام شده به‌صورت کاغذی/ الکترونیک در زمان تعیین شده توسط آزمایشگاه ارجاع از آزمایشگاه ارجاع دریافت گردیده و در صورت وجود عدم‌انطباق در زمان جواب‌دهی ثبت و گزارش شود.
مسئول ارجاع	۸-۷- گزارش نتایج: گزارش نتایج آزمایش‌ها در سیستم نرم‌افزار آزمایشگاه وارد شود تا مانند سایر نتایج آزمایش توسط مسئول فنی بررسی و تأیید شوند.



مستول ارجاع	۹-۷- بایگانی نتایج: نتایج ارسالی در زونکن آزمایشگاه به مدت ۲-۱ ماه و در بایگانی آزمایشگاه به مدت ۲ سال و در سیستم الکترونیکی برای سال‌های متممادی بایگانی گردد.
	۱۰-۷- ارزیابی آزمایشگاه ارجاع: عملکرد آزمایشگاه ارجاع مانند سایر بخش‌های آزمایشگاه بیمارستان چک و از دقت و صحت نتایج آزمایش اطمینان حاصل شود. این ارزیابی براساس تعداد نمونه‌های ارسالی بهتر است به صورت ۳ ماهه انجام شود.
	۱۰-۷-۱- ارزیابی دقت: تکرار پذیری آزمایش ارسالی و CV آزمایش مورد نظر با جدول CV مجاز آزمایشگاه (در صورت امکان) بررسی گردد.
مستول ارجاع و مستول تضمین کیفیت آزمایشگاه و مستول فنی	۱۰-۷-۲- ارزیابی صحت: بخشی از یک نمونه که دارای حجم کافی می‌باشد به دو قسمت تقسیم شده و نیمی از آن به آزمایشگاه مرجع دیگری ارسال شود یا در صورت عدم امکان انجام مسیر اول نیمه دوم آزمایش با نام متفاوت به همان آزمایشگاه ارسال شود. نتایج آزمایش و میزان اختلاف نتایج باید به صورت آماری توسط مستول تضمین کیفیت آزمایشگاه و مستول فنی بررسی و تصمیم گیری شود.
مستول فنی آزمایشگاه	۱۰-۷-۳- در صورت وقوع خطا، پیگیری‌های لازم صورت گرفته و اشکالات و منبع خطا مشخص گردد. به عنوان مثال ممکن است اشکال در قسمت پره‌آنالیز شامل نحوه ارسال نمونه و یا قسمت کردن نمونه و... (مربوطه به مستولین بخش ارجاع) و یا اشکال در قسمت آنالیز و پست آنالیز (مربوط به آزمایشگاه مقصد) وجود داشته باشد که در صورت وجود مشکل در نحوه ارسال نمونه و... موارد خطا باید در دفتر عدم انطباق ثبت گردد و با فیدبک مناسب به پرسنل انجام این کار و سعی در انجام اقدامات اصلاحی، از تکرار خطای فوق جلوگیری به عمل آید. لیکن در صورتی که منبع خطا آزمایشگاه مقصد باشد پیگیری‌های لازم به صورت تماس با مستولین آزمایشگاه مربوطه و گزارش خطای ایجاد شده، صورت گیرد و مستندات آن، در زونکن مربوطه بایگانی گردد. و در صورت تکرار مراتب، با صلاحدید ریاست آزمایشگاه و استعلام از معاونت درمان دانشگاه، تلاش جهت ارسال آزمایش به آزمایشگاه دیگری با کیفیت خدمات بالاتر صورت گیرد.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط سوپروایزر آزمایشگاه به صورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مرتبط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل هر ۳ ماه یکبار توسط سوپروایزر آزمایشگاه به کمیته طب انتقال خون و هر ۶ ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت بیمارستان در کمیته‌ی سنجش و پایش کیفیت بیمارستان مطرح خواهد شد.	
۸-۲- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل به شرح زیر خواهد بود:	
نظارت بر عملکرد پرسنل آزمایشگاه در اجرای صحیح دستورالعمل به ترتیب برعهده مستول فنی، سوپروایزر و مدیر درمان خواهد بود. تبصره: گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده به صورت رونوشت توسط سوپروایزر آزمایشگاه به دفتر بهبود کیفیت ارسال می‌گردد.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۹-۱- تأیید: پس از تأیید اولیه مدیر درمان، کمیته طب انتقال خون و آزمایشگاه مرجع تأیید این سند خواهد بود.	
۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.	
۹-۳- توزیع و نگهداری: 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.	
۹-۴- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت. صاحب فرایند، رئیس بیمارستان، مدیر درمان، دفتر بهبود می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه‌ی زمانی مشخص شده مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع:	
۱۰-۱- مرجع سلامت	
۱۰-۲- استاندارد آزمایشگاه‌های پزشکی ویرایش سال ۱۳۹۷	
۱۰-۳- دستورالعمل ارجاع نمونه‌های بالینی در آزمایشگاه	



تهیه کنندگان			
		ثمره ملکی مسئول کنترل کیفی آزمایشگاه	رامین متقی سوپروایزر آزمایشگاه
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	