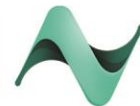


۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل جوابدهی به‌هنگام آزمایش در مواقع اورژانسی همراه با دقت و صحت مورد قبول می‌باشد.	
۲- دامنه کاربرد: دامنه کاربرد این سند تمامی بخش‌های مرتبط با نتایج آزمایش اورژانسی در بیمارستان است.	
۳- تعاریف: در این دستورالعمل آزمایشگاه بیمارستان نیکان به اختصار آزمایشگاه ذکر شده است.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان:	
۴-۱- سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف جوابدهی به‌هنگام آزمایش در مواقع اورژانسی همراه با دقت و صحت مورد قبول مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: سوپروایزر آزمایشگاه	
۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئول فنی آزمایشگاه مسئول مستقیم نظارت بر حسن اجرای و پایش این سند در واحدهای مرتبط می‌باشد.
۲-۶	سوپروایزر آزمایشگاه مسئول مستقیم اجرای صحیح و نظارت بر اجرا صحیح این سند در واحدهای مرتبط می‌باشد.
۳-۶	مسئول بخش‌های فنی آزمایشگاه، مسئول مستقیم اجرا، آموزش و پایش این سند در واحدهای مرتبط می‌باشد.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	
سوپروایزر، مسئول تضمین کیفیت و سر شیفت‌های آزمایشگاه	۷-۱- تمامی تست‌های بخش اورژانس بیمارستان که در دامنه جدول تست‌های اورژانسی آزمایشگاه هستند باید اورژانسی محسوب شوند. درخصوص سایر بخش‌ها، اورژانسی بودن تست را پزشک درخواست کننده اعلام نماید.
پرسنل مربوطه	۷-۲- فهرست تست‌های اورژانسی در اختیار کارکنان بخش‌های بستری بیمارستان و در پذیرش، نمونه‌گیری، جداسازی، انجام آزمایش و گزارش‌دهی آزمایشگاه قرار گیرد و نسبت به ارائه خدمات خود جهت نمونه‌های اورژانسی متعهد بوده و آموزش کافی در این خصوص ببینند.
سوپروایزر، مسئول تضمین کیفیت و سر شیفت‌های آزمایشگاه	۷-۳- سوپروایزر، مسئول تضمین کیفیت و سر شیفت‌های آزمایشگاه از طریق سیستم مدیریت نمونه آزمایشگاه به صورت مداوم مدت زمان جوابدهی تست‌های آزمایشگاه بخصوص تست‌های اورژانسی را پایش نمایند و مسئول تضمین کیفیت آزمایشگاه موظف است به صورت ماهیانه متوسط زمان جوابدهی تست‌های اورژانسی را کنترل کرده موارد عدم انطباق را ثبت و پیگیری کند.
پرسنل پذیرش	۷-۴- در مواردی که بیمار سرپایی مراجعه کرده است و پزشک معالج بیمار درخواست آزمایش اورژانس داده است آیتم مراجعه اورژانس فعال شود و روی قبض کلمه اورژانس و لیبل قرمز درج شود تا همکاران نمونه‌گیری آزمایشگاه متوجه اورژانسی بودن آزمایش شوند.
پرسنل پذیرش و نمونه‌گیری آزمایشگاه	۷-۵- پرسنل پذیرش و نمونه‌گیری آزمایشگاه موظف هستند درموردی که درخواست تست اورژانسی از بخش اورژانس یا سایر بخش‌های بالینی ثبت شده است در اولین زمان نمونه را پذیرش و نمونه‌گیری نموده و نمونه را همراه لیبل گرد قرمز (علامت تست اورژانسی) تحویل بخش جداسازی دهند.
کارشناسان بخش نمونه‌گیری	۷-۶- کارشناسان بخش نمونه‌گیری آزمایشگاه موظف هستند قبض‌های دارای لیبل قرمز و درخواست‌های آزمایش با تیک اورژانس را به سرعت و دقت براساس دستورالعمل نحوه نمونه‌گیری آزمایش‌ها نمونه‌گیری نموده و با نصب لیبل گرد قرمز روی نمونه‌های اورژانسی آن‌ها را سریعاً تحویل بخش جداسازی دهند و به پرسنل جداسازی نمونه اطلاع داده شود که نمونه بیمار در اسرع وقت جدا شود و به پرسنل بخش‌های فنی تحویل داده شود.
مسئول جوابدهی آزمایشگاه	۷-۷- لیست کار هم گرفته شده و در اختیار پرسنل فنی قرار گیرد. در ساعت مشخصی که به بیمار هم قول دادیم پیگیری جواب از بخش جوابدهی انجام شود. لیست اورژانس در بخش فنی و جوابدهی گرفته شود. مسئول پیگیری جواب اورژانس مسئول جوابدهی آزمایشگاه است.
کارشناس بخش فنی آزمایشگاه	۷-۸- کارشناس‌های بخش‌های فنی آزمایشگاه موظف هستند به محض دریافت نمونه اورژانسی نسبت به انجام آزمایش‌های اورژانسی مشخص شده اقدام نمایند نتیجه آزمایش را بررسی و جهت تأیید مسئول فنی آزمایشگاه ارسال نمایند.
کارشناس آزمایشگاه	۷-۹- تأیید نتایج آزمایش اورژانس که با کلمه اورژانس مشخص شده است و نمونه‌های بخش اورژانس که در پل جداگانه جهت تأیید آزمایش در اختیار مسئول فنی قرار می‌گیرد باید در اولویت قرار داشته باشد و به محض تأیید نهایی نتیجه آزمایش توسط مسئول فنی آزمایشگاه، نتیجه آزمایش در بخش بستری برای مشاهده توسط پزشک و پرستار بیمار نمایش داده شود و درصورت پذیرش سرپایی بیمار لینک نتیجه آزمایش برای تلفن همراه بیمار ارسال گردد.
سوپروایزر و مسئول تضمین کیفیت آزمایشگاه	۷-۱۰- زمان سپری شده بین پذیرش تا تأیید نهایی نتیجه آزمایش شاخص تعیین انطباق با جدول زمانی آزمایش‌های اورژانس است که باید توسط سوپروایزر و مسئول تضمین کیفیت آزمایشگاه پایش و در انتهای ماه به مسئول فنی آزمایشگاه گزارش گردد.



کارشناس آزمایشگاه

۱۱-۷- در صورتی که با تماس تلفنی اورژانسی بودن تست پزشک یا پرستار بیمار به آزمایشگاه اعلام شود هر کدام از کارشناسان آزمایشگاه که پاسخگو تماس بوده‌اند موظف هستند نمونه را پیدا کرده و فرآیند اورژانس را از مرحله حال حاضر نمونه به بعد اجرا کنند. همچنین باید به مسئول بخش انجام‌دهنده آزمایش مربوطه نیز اورژانسی بودن آزمایش اعلام شود.

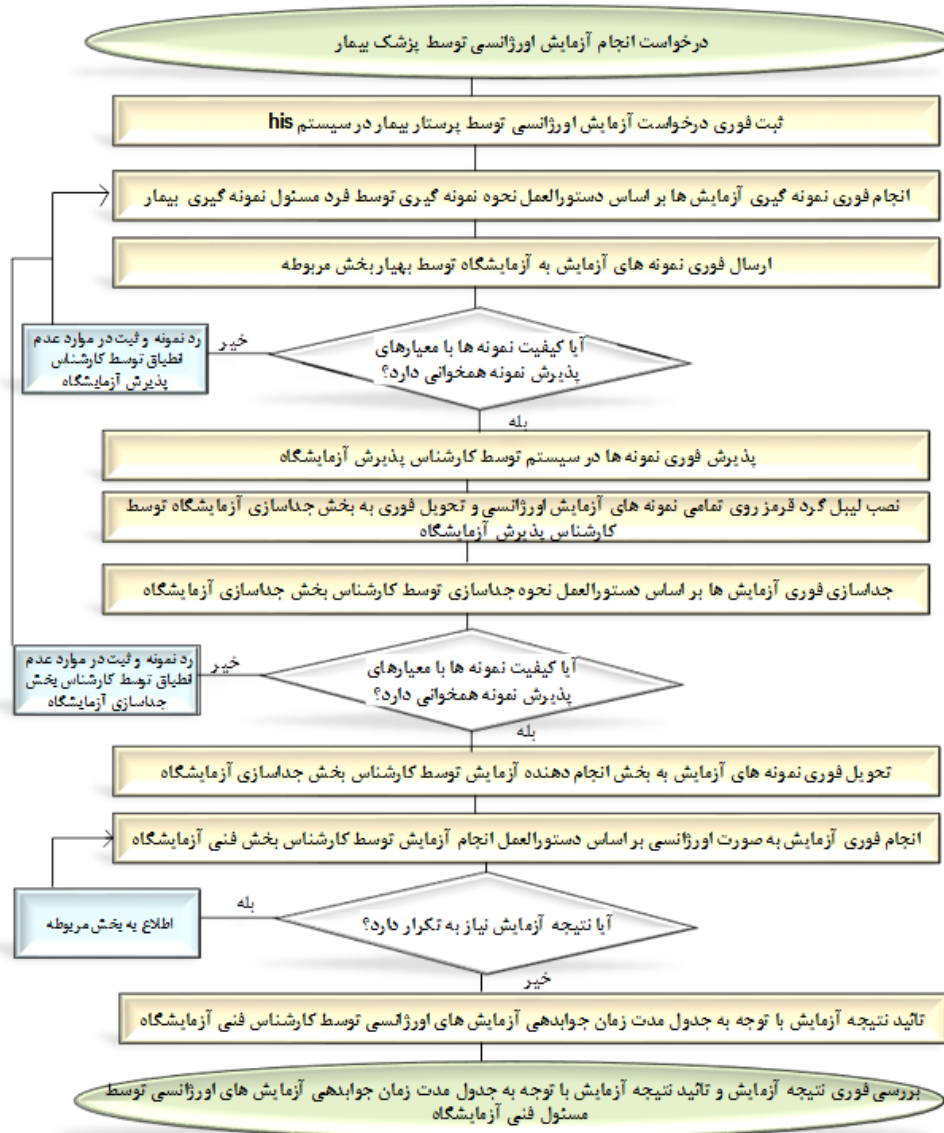
۱۲-۷- جدول مدت زمان جوابدهی آزمایش‌های اورژانسی:

ردیف	نام آزمایش	زمان چرخه اورژانس آزمایشگاه برای هر یک آزمایش (دقیقه)	زمان چرخه اورژانس آزمایشگاه برای پنل آزمایش (دقیقه)
۱	ABG	10	10
۲	Fbs/BS	60	90
۳	GTT	60	90
۴	Urea	60	90
۵	Creatinine	60	90
۶	Albumin	60	90
۷	Total protein	60	90
۸	AST/ALT/ALP	60	90
۹	Amylase	60	90
۱۰	Lipase	60	90
۱۱	Bilirubin T/D	60	90
۱۲	TG/CHOL	60	90
۱۳	HDL/LDL	60	90
۱۴	LDH	60	90
۱۵	Calcium	60	90
۱۶	Phosphorus	60	90
۱۷	Magnesium	60	90
۱۸	Ca++	60	90
۱۹	Na/K	30	30
۲۰	Cl/Li	30	30
۲۱	Lactate	60	90
۲۲	CRP	60	90
۲۳	B.HCG	60	90
۲۴	CBC	30	30
۲۵	ESR 1Hrs	60	60
۲۶	PT	60	60
۲۷	PTT	60	60
۲۸	Fibrinogen	60	90
۲۹	D-Dimer	60	90
۳۰	Urine Analysis	60	60
۳۱	ABO & Rh typing	30	30
۳۲	Cross match	60	60
۳۳	Direct & Indirect coombs	60	60
۳۴	Body fluid Smear	60	60
۳۵	CK Total	60	90
۳۶	CK MB	60	90
۳۷	Troponin	60	90
۳۸	PRO BNP	60	90
۳۹	Pro Calcitonin	60	90
۴۰	Hbs -Ag	120	120



۴۱	Hbs -Ab	120	120
۴۲	HCV -Ab	120	120
۴۳	HIV -Ab	120	120

۱۳-۷- فلوچارت نحوه برخورد با نتایج آزمایش بحرانی:



۸- پایش و نظارت:

۱-۸- 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 بهبودکیفیت بیمارستان در کمیته سنجش و پایش کیفیت بیمارستان مطرح خواهد شد.

۲-۸- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل به شرح زیر خواهد بود:

نظارت بر عملکرد پرسنل آزمایشگاه در اجرای صحیح دستورالعمل به ترتیب برعهده مسئول فنی، سوپروایزر و مدیر درمان خواهد بود. تبصره: گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده به صورت رونوشت توسط سوپروایزر آزمایشگاه به دفتر بهبودکیفیت ارسال می گردد.

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

۱-۹- تأیید: پس از تأیید اولیه مدیر درمان، کمیته طب انتقال خون و آزمایشگاه مرجع تأیید این سند خواهد بود.

۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.

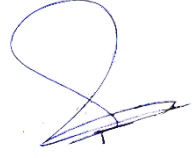
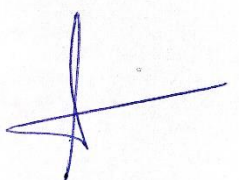


- ۳-۹- توزیع و نگهداری: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.
- ۴-۹- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت. صاحب فرایند، رئیس بیمارستان، مدیر درمان، دفتر بهبود می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه زمانی مشخص شده مطرح نمایند.

۱۰- منابع و مراجع :

۱-۱۰- طراحی و مبانی تضمین کیفیت در آزمایشگاه پزشکی

۲-۱۰- استاندارد اعتبار بخشی بند ب-۸-۳-۳

تهیه کنندگان			
		ثمره ملکی مسئول کنترل کیفی آزمایشگاه	رامین متقی سوپروایزر آزمایشگاه
			
تصویب و ابلاغ کننده		تائید کننده	تائید 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	